（参考様式２４）

ショートステイからの転換計画書

令和　　年　　月　　日

（宛先）大　津　市　長

（申請者）　所在地

名　称

代表者氏名

担当者氏名

連絡先
（電話）

１．転換するショートステイ及び本体施設の概要

		本体特別養護老人ホーム		ショートステイ	
施設名					
介護保険事業所番号					
事業開始年月日					
事業所指定年月日					
空床利用の指定		有り　・　無し			
転換希望数					
定員数	転換前				
	転換後				
面積内訳（共有面積は按分すること）	転換前	階	㎡	階	㎡
		階	㎡	階	㎡
		階	㎡	階	㎡
		階	㎡	階	㎡
	転換後	階	㎡	階	㎡
		階	㎡	階	㎡
		階	㎡	階	㎡
		階	㎡	階	㎡
転換希望時期		令和　　年　　月　　日			

２．施設の利用実績

（１）特別養護老人ホームの延べ利用日数※令和６年度実績。空床利用を含む

４月	５月	６月	７月	８月	９月
１０月	１１月	１２月	１月	２月	３月

（２）特別養護老人ホームの稼働率の算定

年間延べ利用日数	稼働率(%)

（３）ショートステイの延べ利用日数※令和６年度実績。空床利用を含む

４月	５月	６月	７月	８月	９月
１０月	１１月	１２月	１月	２月	３月

（４）ショートステイの稼働率の算定

年間延べ利用日数	稼働率(%)

３．転換を実施する理由及び転換によって期待される効果

４．転換実施にあたりショートステイ利用者への対応について

５．事故防止・安全対策、高齢者虐待への対応について