**宛先：高齢者福祉課　施設・事業者指導担当　FAX：０４８－８３０－４７８１**

※集計処理はシステムを用いて行っているため、原則Eメールで電子ファイル（エクセル様式）の提出をお願いしております。

　施設でEメールが利用できる場合は、エクセル様式を県HPからダウンロードしていただき、Eメールでの提出に御協力ください。

**【特養・老健】空床・入所待ち情報提供システム 提出様式（FAX専用）　　　　年　　月分**

提出日：　　年　　月　　日

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 圏域番号・圏域名 |  | 法人名 |  | 担当者 |  |
| 施設の種別  （特養/老健） |  | 施設名 |  | 連絡先 |  |

**①施設空床・入所待ち情報**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 設置・  運営主体 | 施設名 | 施設  定員 | 定員の うち、　　　　　ユニット型の定員 | ショート  ステイ | 入所  待ち数 | 入所  待ち数  のうち、  要介護４  以上 | 空床数 | 施設からのコメント |
| 所在地 |
| 電話番号 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |

**②短期入所空き情報**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **月** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** | **11** | **12** | **13** | **14** | **15** | **16** | **17** | **18** | **19** | **20** | **21** | **22** | **23** | **24** | **25** | **26** | **27** | **28** | **29** | **30** | **31** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |