

(別紙様式)

指定通所介護事業所等における宿泊サービスの実施に関する

開始  
変更  
休止・廃止  
※1

届出書

年 月 日

各指定権者 殿

法人所在地  
名 称  
代表者氏名

基本情報	事業所情報	フリガナ		事業所 番号							
		名称									
		フリガナ		連絡先	(緊急時) — —						
		代表者氏名			— —						
		所在地	(〒 — )								
	宿泊サービスの開始・廃止・休止予定年月日 (既に開始している場合はその年月日)	平成 年 月 日									
宿泊サービス	利用定員	人	提供日	月	火	水	木	金	土	日	
		提供時間	：	その他年 間の休日							
		：	～								
		：									
1泊当たりの 利用料金	宿泊	円	夕食	円	朝食	円					
人員関係	人員	宿泊サービスの提供時間帯を通じて配置する職員数	人	時間帯での増員(※2)	夕食介助	：	～	：	人		
		配置する職員の保有資格等	看護職員・介護福祉士・左記以外の介護職員・その他有資格者( )								
設備関係	個室	合計	床面積(※3)								
		( 室)	( m <sup>2</sup> )	( m <sup>2</sup> )	( m <sup>2</sup> )	( m <sup>2</sup> )	( m <sup>2</sup> )				
		( m <sup>2</sup> )	( m <sup>2</sup> )	( m <sup>2</sup> )	( m <sup>2</sup> )						
		合計	場所(※4)	利用定員	床面積(※3)	プライバシー確保の方法(※5)					
		( 室)	( )	( 人)	( m <sup>2</sup> )						
	( )	( 人)	( m <sup>2</sup> )								
	( )	( 人)	( m <sup>2</sup> )								
	( )	( 人)	( m <sup>2</sup> )								
	( )	( 人)	( m <sup>2</sup> )								
	消防設備	消火器	有・無		スプリンクラー設備			有・無			
自動火災報知設備		有・無		消防機関へ通報する火災報知設備			有・無				

※1 事業開始前に届け出ること。なお、変更の場合は変更箇所のみ記載すること。

※2 時間帯での増員を行っていない場合は記載は不要。

※3 小数点第二位まで(小数点第三位以下を切り捨て)記載すること。

※4 指定通所介護事業所の設備としての用途を記載すること。(機能訓練室、静養室等)

※5 プライバシーを確保する方法を記載すること。(衝立、家具、パーテーション等)