

(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

令和 年 月 日

各指定権者 殿

法人所在地
名 称
代表者氏名

印

基本情報	事業所情報	フリガナ			事業所番号			
		名称			連絡先	(緊急時) - -		
		フリガナ			所在地	(〒 -)		
		代表者氏名			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		
		所在地			利用定員	人	提供日	月 火 水 木 金 土 日
	宿泊サービス	提供時間	～	その他年間の休日				
1泊当たりの利用料金		宿泊	夕食	朝食				
		円	円	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()					朝食介助
設備関係	宿泊室	個室	合計	床面積(※3)				
			(室)	(m ²)	(m ²)	(m ²)	(m ²)	(m ²)
		個室以外	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 ²)		
			()	()	(人)	(m ²)		
	()		()	(人)	(m ²)			
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)