

(別添様式)

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届出書

サービスの種類

<input type="checkbox"/> 地域密着型通所介護
<input type="checkbox"/> 総合事業第一号通所型サービス

年 月 日

中間市長様

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														
		フリガナ											連絡先 (緊急時)	-	-	
		代表者氏名												-	-	
		所在地	(〒 - )											フリガナ		
		届け出事由	開始・休止・廃止・変更													
		宿泊サービスの開始・廃止・休止・変更予定年月日 (既に開始している場合はその年月日)	年 月 日													
宿泊サービス	利用定員	人	提供日	月	火	水	木	金	土	日						
		平日	土曜	日曜・祝日			その他年間の休日									
		: ~ :	: ~ :	: ~ :												
		宿泊		夕食			朝食									
1泊あたりの利用料金	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	夕食介助	: ~ :	人	朝食介助	: ~ :	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	宿泊室	個室	合計	床面積												
			( 室)	( m <sup>2</sup> )												
		個室以外	合計	場所	利用定員	床面積	プライバシー確保の方法									
			( 室)	( )	( 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									

【記載時の留意事項】

- ※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 小数第二位まで(小数第三位以下を切り捨て)記載すること。
- ※4 指定(地域密着型)通所介護事業所等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 個室以外の場合、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)
- ※6 届出事業所の平面図を添付すること。
- ※7 「消防用設備等点検結果報告書」の写しを添付すること。まだ報告書がない場合は、「消防用設備等設置届出書」の写しを添付すること。