

(別紙様式)

指定地域密着型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

匝瑳市長 あて

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	— —						
		代表者氏名			(緊急時) — —						
	所在地	(〒 —)									
	宿泊サービスの開始・変更・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)			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	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 増員 (※2)	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 (※3)							
			(室)	(m ²)	(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)						
()	(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)