

(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

届出書 (※1)

(宛先)

平成 年 月 日

大津市長

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	-									
		フリガナ				(緊急時)		-									
		責任者氏名															
		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	祝					
	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		朝食介助	: ~ :		人				
		配置する職員の保有資格等	<input type="checkbox"/> 看護職員 <input type="checkbox"/> 介護福祉士 <input type="checkbox"/> 左記以外の介護職員 <input type="checkbox"/> 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									
		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	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無		スプリンクラー設備			<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無										
	自動火災報知設備	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無		消防機関へ通報する火災報知設備			<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 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)

(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

記入例

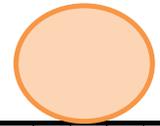
届出書 (※1)

(宛先)

平成 27 年 6 月 1 日

大津市長

法人所在地 滋賀県大津市御陵町 × ×
 名称 株式会社 レイカディア
 代表者氏名 代表取締役 滋賀 花子



基本情報	事業所情報	フリガナ	ツウショカイゴジギョウシヨ レイカディア			事業所番号	2	5	1	2	3	4	5	6	7	×	
		名称	通所介護事業所 レイカディア				連絡先	077	-	528	-	×	×	×	×		
		フリガナ	シガ ジロウ			(緊急時)	090	-	1212	-	×	×	×	×			
		責任者氏名	滋賀 次郎														
		所在地	(〒 520 - × × × ×) 大津市御陵町 × ×														
	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 27 年 8 月 1 日														
宿泊サービス	利用定員	4	人	提供日	月	火	水	木	金	土	日	祝					
	提供時間	18	:	30	~	8	:	30	その他年間の休日	12/30~1/3							
	1泊当たりの利用料金	宿泊			夕食			朝食									
		10,000 円			1,000 円			500 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	2	人	時間帯での増員(※2)	夕食介助	18	:	30	~	19	:	30	1	人		
		朝食介助	6	:	30	~	8	:	00	1	人						
		配置する職員の保有資格等	<input type="checkbox"/> 看護職員 <input checked="" type="checkbox"/> 介護福祉士 <input type="checkbox"/> 左記以外の介護職員 <input checked="" type="checkbox"/> その他有資格者 (介護職員初任者研修)														
設備関係	宿泊室	個室	合計	床面積 (※3)													
			2 室	9.72 m ²	10.93 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)											
		2 室	食堂兼機能訓練室の一部	2 人	19.44 m ²	パーティション											
				人	m ²												
				人	m ²												
消防設備	消火器	<input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無			スプリンクラー設備			<input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無									
	自動火災報知設備	<input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無			消防機関へ通報する火災報知設備			<input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無									

※1 事業開始前に届け出ること。

※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、パーティション等)