

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・再開  
 休止・廃止  
 ※1
 
 届出書

海南市長 様

年 月 日

法人所在地

名称

代表者 職・氏名

基本情報	事業所情報	フリガナ			介護保険事業所番号						
		名称									
		フリガナ			職種						
		責任者氏名			連絡先	(緊急時)					
		兼務状況									
	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)		年 月 日			変更・再開年月日		年 月 日			
宿泊サービス	利用定員	人	提供日	日	月	火	水	木	金	土	祝
			提供時間	平日	～	土曜	～	日・祝	～	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	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	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> )					
	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 <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 該当するものを○で囲むこと。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)