

(参考様式17)

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

年 月 日

津市長 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	(緊急時) — —						
	代表者氏名			— —								
	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)			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	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			
		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)							
	()	(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)