

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

(あて先)

新宮市長

平成 年 月 日

法人所在地

名称

代表者 職・氏名

印

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	宿泊サービス	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	変更・再開年月日	平成	年	月	日	
		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	宿泊室	個室	合計	床面積(※3)									
			(室)	(m ²)	(m ²)	(m ²)	(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 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)