

(様式)

指定地域密着型通所介護事業所における宿泊サービスの実施に関する

開始
変更
休止・再開・廃止
1

届出書

平成 年 月 日

(宛先)綾瀬市長

法人所在地

名 称

代表者職・氏名

印

基本情報	フリガナ		事業所 番号								
	名称										
	フリガナ		連絡先 (緊急時)								
	責任者氏名										
	所在地	(〒 -)	通所介護の 利用定員	人							
	宿泊サービスの開始・廃止・休止・再開予定年月日 (既に開始している場合はその年月日)	平成 年 月 日									
	宿泊サービスの廃止・休止・再開の理由										
宿泊サービス (2)	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	宿泊サービスの提 供時間を通じて 配置する職員数	人	時間帯での 増員(3)	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 ・ その他資格者 () ・ 左記以外の介護職員									
設備 関係	個室	合計	床面積(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。)								
		(室)	(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 (個室床面積と同 様に記載するこ と。)	プライバシー確保の方法 (5)					
		(室)	()	(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し、休止、再開、廃止の場合は休止・再開・廃止予定年月日及びその理由を記載すること。

2 運営規程等で定めている内容を記載すること。

3 時間帯での増員を行っていない場合は記載は不要。

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)

(添付書類)ベッド、布団及びプライバシー確保の方法の設置状況を記載した事業所平面図