

記入例

指定地域密着型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

休止後、再開する場合は、開始届として、改めて届出ください。

平成 年 月 日

柏原市長 様

法人所在地 大阪府〇〇〇市〇〇町〇丁目〇番〇号
 名 称 株式会社〇〇〇〇
 代表者職氏名 代表取締役社長 〇〇 〇〇 印

基本情報	フリガナ	デイサービス〇〇〇〇		事業所番号	27〇〇〇〇〇〇〇〇							
	名 称	デイサービス〇〇〇〇										
	フリガナ	〇〇 〇〇		連絡先	(TEL)	072-〇〇〇-〇〇〇〇						
	管理者氏名	〇〇 〇〇			<緊急時>	(TEL) 090-〇〇〇〇-〇〇〇〇						
	所在地	(〒 582 - 〇〇〇〇) 柏原市〇〇〇〇〇〇〇〇										
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 〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日											
宿泊サービス	利用定員	3	人	提供日	月	火	水	木	金	土	日	祝日
	提供時間	18 : 00	~	〇	〇	〇	〇	〇	〇			
	1泊当たりの利用料金	宿泊(夕食・朝食含む) 〇〇〇〇 円		夕食	〇〇〇 円		朝食 〇〇〇 円					
人員関係	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(※1)	夕食介助	18 : 30 ~ 19 : 30	1		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	(1 室)	(8.25 m ²)	配置職員の保有資格は、配置するすべての職員に該当する資格に〇等を記入してください。(例)配置職員が複数で、どちらも介護福祉士の資格の場合、介護福祉士に〇を記載。							
		合計	場所(※3)	利用定員								
	個室以外	(静養室)	(2)人	(15.25)m ²	パーテーション							
		()	()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							

消防設備については、現状の設置有無について、記入してください。

注)開始届は事業開始前、変更届は変更後10日以内、休止・廃止届は休廃止の1月前までに届け出ること。

なお、変更の場合は変更箇所のみ記載すること。

- ※1 時間帯での増員を行っていない場合は記載は不要。
- ※2 少数第二位まで(少数点第三位以下を切り捨て)記載すること。
- ※3 指定地域密着型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)
- ※4 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】

- ①平面図(宿泊場所を表示してください。)
- ②別紙のチェックリスト