

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
※1

届出書

平成 年 月 日

うるま市長 殿

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										
		所在地	(〒 -)									
		フリガナ			連絡先	— —						
		責任者氏名				— —						
		宿泊サービスの開始・廃止・休止・変更(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	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	人員	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(※2)	夕食介助	：	～	：	人			
					朝食介助	：	～	：	人			
					その他	：	～	：	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 ・ その他資格者 ()										
設備関係	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)	
			(m ²)	(m ²)	(m ²)	(m ²)	(m ²)	(m ²)	(m ²)	(m ²)	(m ²)	
		(室)	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)					
			()	(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(連動含む)			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(「事業所情報」はすべての項目)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 指定地域密着型通所介護事業所等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)。