

(様式)

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・再開・廃止
※1

届出書

年 月 日

小田原市長 殿

法人所在地
名 称
代表者職・氏名

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	(〒 —)	地域密着型 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)	年 月 日									
	宿泊サービスの廃止・休止・再開の理由										
	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	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(※4)								
		(室)	(m ²)	(m ²)	(m ²)	(m ²)	(m ²)				
	個室以外	合 計	場 所 (※5)	利用定員	床面積 (※6)	プライバシー確保の方法 (※7)					
		(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 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。

※5 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)

※6 個室床面積と同様に記載すること。

※7 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