

(別紙様式)

指定認知症対応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

※1

平成 年 月 日

大村市長 様

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 | | | | | | | | |
| | | フリガナ | | 連絡先 | (緊急時) ー ー | | | | | |
| | | 代表者氏名 | | | ー ー | | | | | |
| | | 所在地 | (〒 ー) | | | | | | | |
| | 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 | | | | | | | | |
| 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 円 | | 夕食 円 | | | 朝食 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 | |
| | | 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) |
| | | 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 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)