

指定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  
再開

届出書

※1

年 月 日

(あて先) 豊山町長

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		
		事業所名称										
		事業所所在地	(郵便番号 - )									
		連絡先(電話番号)	-	-	-	-	-	-	緊急連絡先	-	-	
		フリガナ								責任者の職種		
		責任者氏名										
宿泊サービス	宿泊サービス	宿泊サービスの開始・休止・廃止・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									
		利用定員	人	提供日 (提供曜日に○)	月	火	水	木	金	土	日	
		提供時間(平日)	:	~	:	その他 年間の休日						
		提供時間(土曜)	:	~	:							
		提供時間(日曜・祝日)	:	~	:	提供時間備考						
		1泊当たりの 利用料金	宿泊		夕食			朝食				
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			
		朝食介助	:	~	:	人						
設備関係	指定通所介護事業所等の設備	個室	合計	床面積(※3)								
			( 室)	m <sup>2</sup>	m <sup>2</sup>	m <sup>2</sup>	m <sup>2</sup>	m <sup>2</sup>				
		個室以外 (2人部屋・多床室)	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)	備考				
			( 室)		人	m <sup>2</sup>						
					人	m <sup>2</sup>						
					人	m <sup>2</sup>						
		外指定通所介護事業所等の設備	個室	合計	床面積(※3)							
				( 室)	m <sup>2</sup>	m <sup>2</sup>	m <sup>2</sup>	m <sup>2</sup>	m <sup>2</sup>			
			個室以外 (2人部屋・多床室)	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)	備考			
				( 室)		人	m <sup>2</sup>					
				人	m <sup>2</sup>							
				人	m <sup>2</sup>							
消防設備	消火器	有・無		スプリンクラー設備(※6)		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(※6)		有・無						

(※) 指定通所介護事業所等と同一建物内又は同一敷地内の別の建物内で、他に用途が明確に定められていない部屋等  
 ※1 該当するものに○をつけること。開始の場合は事業開始前に届け出ること。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 小数第二位まで(小数第三位を四捨五入して)記載すること。  
 ※4 指定通所介護事業所等の設備としての用途(機能訓練室、静養室等)を記載すること。指定通所介護事業所等の設備でなければ記載は不要。  
 ※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)  
 ※6 避難が困難な要介護者を主として宿泊させる事業所が対象。対象となるかを所轄の消防署に確認すること。  
 備考 1 用紙の大きさは、日本工業規格A4とする。  
 2 事業所(同一敷地内の別の建物で宿泊サービスを提供する場合にあっては、当該建物を含む。)の平面図を添付すること。

3 宿泊場所の写真を添付すること。