

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 届出書
休 止 ・ 廃 止 】

令和 年 月 日

大阪市長 様

法人所在地
名 称
代表者職氏名

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	(Tel)			
	管理者氏名							<緊急時>	(Tel)			
	所在地	(〒 -)										
宿泊サービス	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)		令和 年 月 日									
	利用定員	人	提供日	月	火	水	木	金	土	日	祝日	
	提供時間	： ～ ：	その他年間の 休日									
	1泊当たりの 利用料金(税込)	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(※1)	夕食介助	：	～	：	人			
		朝食介助	：	～	：	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	個室	合計	床面積(※2)									
		(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)	
	個室以外	合計	場所(※3)	利用定員	床面積(※2)	プライバシーの確保 の方法(※4)						
		(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						

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(少数第三位以下を切り捨て)記載すること。

※3 指定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)

※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)