

**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届出書**

**開始** **変更** **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					連絡先	(TEL) <緊急時> (TEL)			
		管理者氏名									
	所在地	(〒 一 )									
		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							
宿泊サービス	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		夕食			朝食				
	円	円	円	円	円	円	円	円	円	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		
		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(※2)							
			(室)	( m <sup>2</sup> )	( m <sup>2</sup> )						
	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)			
			( )	( 人)	( m <sup>2</sup> )						
			( )	( 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				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)