

第6号様式(第6条関係)

(あて先) 浜松市長

年 月 日

指定介護予防通所サービス事業所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 ※1

 届出書

届出者 主たる事務所の所在地
 名称及び代表者の職・氏名

指定介護予防通所サービス事業所における宿泊サービスの実施について、次のとおり届け出ます。

基本情報	フリガナ			事業所番						
	事業所名称			事業所号						
	事業所所在地	(〒)								
	連絡先(電話番号)			緊急連絡先						
	フリガナ									
宿泊サービス	責任者氏名									
	宿泊サービスの開始・変更・廃止予定年月日			年 月 日						
	利用定員	人	提供日 (提供日に○)	月	火	水	木	金	土	日
	提供時間(平日)	: ~ :		その他						
	提供時間(土曜)	: ~ :		年間の休日						
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	円		夕食	円		朝食	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※2	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※3						
	個室	室		m ²	m ²	m ²	m ²	m ²	m ²	
	個室以外(2人部屋・多床室)	合計	場所※4	利用定員	床面積	プライバシーの確保の方法※5	備考			
	個室以外(2人部屋・多床室)	室		人	m ²					
	個室以外(2人部屋・多床室)			人	m ²					
消防設備(有・無)	消火器			スプリンクラー設備						
	自動火災報知設備			消防機関へ通報する火災報知設備						

備考

- ※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」欄は、時間帯での増員を行っていない場合は記載は不要。
- ※3 「床面積」欄は、少数第二位まで(小数第三位を切り捨て)記載すること。
- ※4 「場所」欄は、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)
- ※5 「プライバシー確保の方法」欄は、プライバシーを確保する方法を記載すること。(衝立、家具、パーティション等)