

第18号様式（第15条関係）

年 月 日

（あて先） 浜松市長

住 所
〔所在地〕
届出者 氏 名
〔名称及び
代表者氏名〕 印

〔代表者氏名を自署する場合は、押印は不要です。〕

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・廃止届出書

指定通所介護事業所等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。

記

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	— —		
		代表者氏名							(緊急時) — —		
	所在地										
	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)		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		夕食			朝食				
		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	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	宿泊室	個 室	合計	床面積							
			() 室	(m ²)	(m ²)	(m ²)	(m ²)	(m ²)	(m ²)		
		個室以外	合計	場所	利用定員	床面積	プライバシーの確保の方法				
			() 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			

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とを記載すること。（機能訓練室、静養室等）
- 5 「プライバシーの確保の方法」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）