

記載例

平成●年●月●日

（あて先） 浜松市長

届出者 住所 所在地 浜松市中区元城町103番地の2
 氏名 株式会社シティハママツ介護サービス 印
 名称及び 代表取締役 浜松 三朗
 代表者氏名 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	シティハママツカイゴデイサービス		事業所番号	2277654321				
		名称	シティ浜松介護デイサービス		連絡先	053-457-2875 (緊急時) 053-457-2787				
		フリガナ	ハママツ ハナコ							
		代表者氏名	浜松 花子							
	所在地	浜松市中区元城町103番地の2		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)		平成25年 4月 1日				
宿泊サービス	利用定員	7人	提供日	月	火	水	木	金	土	日
	提供時間	16:15~9:00	その他の年間の休日	○	○	○	○	○	×	×
	1泊当たりの利用料金	宿泊	夕食	朝食	3,500円 800円 400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	1人	時間帯での増員	夕食介助	17:30~18:30	1人	朝食介助	7:30~8:30	1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							
		()室	()㎡	()㎡	()㎡	()㎡	()㎡	()㎡	()㎡	()㎡
	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				
		(2)室	(静養室)	(2)人	(19.42)㎡	衝立				
		(食堂兼機能訓練室)	(5)人	(71.0)㎡	衝立					
		()室	()人	()㎡						
	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（小数第三位を四捨五入して）記載すること。
- 4 「場所」欄は、指定通所介護事業所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）

開始の場合	変更の場合	休止・廃止の場合
←届出日を記載。		
←法人所在地		
←代表者氏名及び代表印		
←該当する内容（開始、変更、休止、廃止）に○で囲む。		
←「代表者氏名欄」：事業所管理者の氏名		
←開始年月日	平成○年○月○日（変更） と変更日を記載する。	廃止又は休止年月日
←「利用定員欄」：緊急時等も含めた利用定員を記入。 「提供日欄」：有無を「○」又は「×」にて記載。		「宿泊サービスの開始・廃止・休止予定年月日欄」 から下は記載不要。
←宿泊料金、夕食代、朝食代はそれぞれ別に計上すること。		
←「床面積」：各室（場所）の総面積を記載。（1人あたりの面積ではない。）		