

（あて先） 浜松市長

住 所  
〔所在地〕  
届出者 氏 名  
〔名称及び〕 印  
〔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						事業所番号				
		名 称							連絡先	(緊急時)		
		フリガナ						— —				
		代表者氏名						— —				
		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 <sup>2</sup> )	( m <sup>2</sup> )	( m <sup>2</sup> )	( m <sup>2</sup> )	( m <sup>2</sup> )	( m <sup>2</sup> )	( m <sup>2</sup> )		
		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 <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			

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）