（別紙様式）

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）※1届出書

年　　月　　日

（あて先）新潟市長

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										
		フリガナ			連絡先	ー　ー （緊急時） ー　ー						
		管理者氏名										
		所在地	（〒　　ー　　）新潟市　　区									
		宿泊サービスの開始、変更、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（※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	宿泊室	個　室	合　計	場所（※３）、床面積（※４）								
			（　　室）	場所：（　　㎡）	場所：（　　㎡）	場所：（　　㎡）	場所：（　　㎡）	場所：（　　㎡）				
				場所：（　　㎡）	場所：（　　㎡）	場所：（　　㎡）	場所：（　　㎡）					
		個室以外	合　計	場　所（※３）	利用定員	床面積（※４）	プライバシー確保の方法（※５）					
			（　　室）	（　　）	（　人）	（　　㎡）						
				（　　）	（　人）	（　　㎡）						
				（　　）	（　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							

【添付書類】

- **開始届には、宿泊サービスについて規定した運営規程及び平面図（宿泊室を明示）を添付してください。**
- **変更届には、変更後の運営規程（運営規程の変更の場合に限る）、平面図（宿泊室の変更の場合に限る（宿泊室を明示））を添付してください。**

※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　時間帯での増員を行っていない場合は記載は不要。
※３　指定通所介護事業所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　小数点第二位まで（小数点第三位以下を切り捨て）記載すること。
※５　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）