

(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

該当するものを丸
で囲んでください

令和 〇年 〇月 〇日

(あて先) 新潟市長

法人所在地 新潟市〇〇区〇〇本町〇丁目〇番〇号
名称 株式会社 〇〇〇介護事業所
代表者職・氏名 代表取締役 新潟 太郎

基本情報	事業所情報	フリガナ	〇〇〇〇デイサービスセンター			事業所番号	15〇〇〇〇〇〇〇〇						
		名称	〇〇〇〇デイサービスセンター										
		フリガナ	ニイガタ ハナコ			連絡先	025-〇〇〇-〇〇〇〇						
		管理者氏名	新潟 花子				(緊急時) 090-〇〇〇〇-〇〇〇〇						
		所在地	(〒951-〇〇〇〇) 新潟市〇〇区〇〇〇通〇〇〇番地〇〇										
	宿泊サービス	宿泊サービスの開始日 (既に開始している場合は記入不要)	日中の利用者の1/2以下 かつ9人以下			令和 〇年 〇月 〇〇日							
		利用定員	5人		提供日	月	火	水	木	金	土	日	
						〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	
		提供時間	17:00~9:00		その他年間の休日	年末年始(12/29~1/3)							
		1泊当たりの利用料金	宿泊 〇,〇〇〇円		夕食 〇〇〇円	朝食 〇〇〇円							
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(※2)	夕食介助	18:00~20:00		1人				
		配置する職員の保有資格等	<input type="checkbox"/> 看護職員 <input checked="" type="checkbox"/> 介護福祉士 <input type="checkbox"/> 左記以外の介護職員 <input checked="" type="checkbox"/> その他有資格者(介護職員初任者研修修了者)										
設備関係	宿泊室	個室	(1室)	場所: 静養室	場所:	場所:	場所:	場所:					
				(12.39 m ²)	(m ²)	(m ²)	(m ²)	(m ²)					
				場所:	場所:	場所:	場所:						
				(m ²)	(m ²)	(m ²)	(m ²)						
		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)							
	個室以外	(1室)	(食堂機能訓練室)	(4人)	(60.28 m ²)	パーティション							
			()	(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						

【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、該当箇所に丸をつけてください 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、パーティション等)