

千葉県における指定通所介護事業所の設備を利用し夜間及び深夜に指定通所介護以外のサービスを提供する場合の事業の人員、設備及び運営に関する  
 ガイドライン 新旧対照表

新	旧
<p>目次 (略)</p> <p>第1～第4 (略)</p> <p>第5 その他                      県において、当該指定通所介護事業所の宿泊サービスの人員配置や設備などから利用者に対するサービス提供に支障がないと認める場合は、第2から第4の限りではないこと                      附則                      このガイドラインは、平成25年11月1日から施行する。                      附則                      このガイドラインは、平成27年7月31日から施行する。                      附則                      このガイドラインは、平成31年4月1日から施行する。  <u>附則</u>  <u>このガイドラインは、令和3年9月31日から施行する。</u></p>	<p>目次 (略)</p> <p>第1～第4 (略)</p> <p>第5 その他                      県において、当該指定通所介護事業所の宿泊サービスの人員配置や設備などから利用者に対するサービス提供に支障がないと認める場合は、第2から第4の限りではないこと                      附則                      このガイドラインは、平成25年11月1日から施行する。                      附則                      このガイドラインは、平成27年7月31日から施行する。                      附則                      このガイドラインは、平成31年4月1日から施行する。  <u>(新設)</u>  <u>(新設)</u></p>

(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  
※ 届出書

年 月 日

千葉県知事 様

法人所在地  
名 称  
代表者氏名

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	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								
	利用定員	人	提供日	月	火	水	木	金	土	日	
	提供時間	: ~ :	その他の年間の休日								
	1泊当たりの利用料金	円	夕食	円	朝食	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 (※2)	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	床面積 (※3)							
		( 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> )		
		個室以外	合計	場所 (※4)	利用定員	床面積 (※3)	プライバシー確保の方法 (※5)				
		( 室)	( )	( 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						

- ※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 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。
- ※4 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)
- ※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)

(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

平成 年 月 日

千葉県知事 様

法人所在地  
名 称  
代表者氏名

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	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)		平成 年 月 日								
	利用定員	人	提供日	月	火	水	木	金	土	日	
	提供時間	: ~ :	その他の年間の休日								
	1泊当たりの利用料金	円	夕食	円	朝食	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 (※2)	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	床面積 (※3)							
		( 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> )		
		個室以外	合計	場所 (※4)	利用定員	床面積 (※3)	プライバシー確保の方法 (※5)				
		( 室)	( )	( 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						

- ※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 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。
- ※4 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)
- ※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)