

(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
平成 年 月 日
届出書

千葉県知事 様

法人所在地
名称
代表者氏名
印

基本情報	事業所情報	フリガナ			事業所							
		名称			番号							
		フリガナ			連絡先	(緊急時) — —						
		代表者氏名										
		所在地	(〒 —)									
宿泊サービス	利用定員	フリガナ			月	火	水	木	金	土	日	
		提供時間	：	～	提供日		その他年間の休日					
		1泊当たりの利用料金	宿泊	円	夕食	円	朝食	円				
		人員	人	時間帯での増員(※2)	夕食介助	：	～	：	人			
人員関係	人員	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()									
		個室	合計	床面積(※3)								
設備関係	宿泊室	(室)	(m ²)	(m ²)	(m ²)	(m ²)	(m ²)	(m ²)				
			(m ²)	(m ²)	(m ²)	(m ²)	(m ²)					
		(室)	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)					
			()	()	(人)	(m ²)						
			()	()	(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				

- ※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)