（別紙様式）

**作成例**

※1

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 　開始

指定通所介護事業者等における宿泊サービスの実施に関する　　 ~~変更~~　　　届出書

~~休止・廃止~~

法人に関する内容を記入してください。

平成**○○**年**○○**月**○○**日

（あて先）千葉市長

法人所在地　**千葉市中央区千葉港１－１**

名称　**株式会社○○**

法人の代表者印を押印してください。

代表者氏名　**△△　△△**　　　　　　　　印

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 基本情報 | 事業所情報 | フリガナ | デイサービス○○ | | | | | | | 事業所  番号 | | | | １２７０１０９９９９ | | | | | | | | |
| 名称 | でいさーびす○○ | | | | | | |
| フリガナ | ●●　●● | | | | | | | 連絡先 | | | | ０４３－２４５－５０６２  （緊急時）  ０４３－２４５－５２０５ | | | | | | | | |
| 責任者氏名 | ●●　●● | | | | | | |
| 所在地 | （〒２６０－８７２２）  提供時間を通じて常時配置する職員数を記入してください。（繁忙時間帯の増員や個別の状況に応じた増員は含めない。宿直職員も含めない）  **千葉市中央区千葉港１－１** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 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） | | | | 平成２６年４月１日 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 宿泊サービス | 利用定員 | **４**人 | | | | 提供日 | | | | | 月 | 火 | | | 水 | | 木 | 金 | | 土 | 日 |
| **○** | **○** | | | **○** | | **○** | **○** | | **○** | **○** |
| 提供時間 | **１８**：**００** | | | | その他年間  の休日 | | | | | **12月29日から1月3日まで** | | | | | | | | | | |
| ～ | | | |
| **９**：**００** | | | |
| 1泊あたりの  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 | **１**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（　　　　）  宿泊サービスを提供する曜日に○を付けてください。 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 設備関係 | 宿泊室 | 個室 | 合計 | 床面積（※3） | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| （　　　**１**室） | （　7.5　㎡） | | | | （　　㎡） | | | （　　㎡） | | | | | | （　　㎡） | | | （　　㎡） | | |
| （　　㎡） | | | | （　　㎡） | | | （　　㎡） | | | | | | （　　㎡） | | |  | | |
| 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） | | | | | |
| （　　　**１**室） | (**食堂兼機能訓練室**) | | | | （　　３人） | | | （２６．６㎡） | | | | | | パーテーション | | | | | |
| （　　　　） | | | | （　　　人） | | | （　　　㎡） | | | | | |  | | | | | |
| （　　　　） | | | | （　　　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 | | | | | | | |

※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　小数第二位まで（小数第三位を四捨五入して）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）