

(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

届出書
開始
変更
休止・廃
※1

該当するものを丸
で囲んでください

令和 ○年 ○月 ○日

(あて先) 新潟市長

法人所在地 新潟市○○区○○本町○丁目○番○号
名称 株式会社 ○○○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	○○○○デイサービスセンター		事業所番号	15○○○○○○○○							
		名称	○○○○デイサービスセンター		連絡先	025-○○○-○○○ (緊急時) 090-○○○-○○○							
		フリガナ	ニイガタ ハナコ		所在地	(〒951-○○○) 新潟市○○区○○通○○番地○○							
		管理者氏名	新潟 花子		宿泊サービスの開始日 (既に開始)	令和 ○年 ○月 ○日							
		所在地	(〒951-○○○) 新潟市○○区○○通○○番地○○		日中の利用者の1/2以下 かつ9人以下								
宿泊サービス	利用定員	利用定員	5 人		提供日	月	火	水	木	金	土	日	
		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 0,000 円		夕食	000 円		朝食 000 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	□ 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(介護職員初任者研修修了者)			朝食介助	7:00~9:00		1 人						
設備関係	宿泊室	個室	(1 室)		場所(※3)、床面積(※4)								
		場所: 静養室	(12.39 m ²)		場所:	(m ²)		場所:	(m ²)		場所:	(m ²)	
		場所:	(m ²)		場所:	(m ²)		場所:	(m ²)		場所:	(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		
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)