

第1号様式

指定地域密着型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

※1

平成 年 月 日

(あて先) 酒々井町長

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 番号					
		名称									
		フリガナ				連絡先	— —				
		代表者氏名					(緊急時) — —				
		所在地	(〒 —)								
			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
宿泊サービス	利用定員	人		提供日	月	火	水	木	金	土	日
	提供時間	: ~ :		その他 年間の 休日							
	1泊当たりの 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	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 ²)	(m ²)	(m ²)	(m ²)	(m ²)	(m ²)		
		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 ²)					
				()	(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 指定地域密着型通所介護事業所等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)

(裏面)

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									
事業所名											
事業所番号											
人員配置の状況		緊急対応要員の確保状況			夜勤		名		□ 連絡体制整備		
宿泊室の状況		男女別室への配慮			有 ・ 無						
防災対策の状況	消防法令上の区分	消防法施行令別表第1 (6)項ロ ・ (6)項ハ									
	消防計画の作成	消防計画の作成			有 ・ 無						
	消防用設備等の状況	防災物品の使用		有 ・ 無		誘導灯		有 ・ 無			
		避難経路の掲示		有 ・ 無							
	避難訓練	年に 回実施				夜間想定訓練		有 ・ 無			
	消防署との連携	有 ・ 無									