

(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

年 月 日

宇 都 宮 市 長 殿

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									
		フリガナ		連絡先	- -						
		管理者氏名			(緊急時) - -						
		所在地	(〒 -)								
	宿泊サービス開始・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)				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	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	人	時間帯での増員(※2)	夕食介助	: ~ :	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 その他の有資格者()								
設備関係	個室	合計	床面積(※3)								
		_____室	_____㎡	_____㎡	_____㎡	_____㎡	_____㎡				
			_____㎡	_____㎡	_____㎡	_____㎡	_____㎡				
	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	_____㎡					
					_____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不要
- ※3 小数点第二位まで（小数点第三位以下切捨て）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）