様式第１号

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 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（※１） | 届出書 |

年　　　月　　　日

（宛先）高槻市長

主たる事務所の所在地

法人名称

代表者の職・氏名

　みだしのことについて、次のとおり届け出ます。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 基本情報 | 事業所情報 | 事業種別 | □通所介護　　□認知症対応型通所介護（予防）□地域密着型通所介護 |
| フリガナ |  |
| 事業所名称 |  |
| フリガナ |  | 事業所番号 |  |
| 管理者氏名 |  |
| 事業所連絡先 | 電話番号（緊急時） | 　　　　　　　－　　　　　　－　　　　　　　－　　　　　　－ |
| ＦＡＸ番号 | 　　　　　　　－　　　　　　－ |
| メールアドレス |  |
| 事業所所在地 | 〒 |
| 宿泊サービス情報 | 利用定員 | 人 | 提供日 | 月 | 火 | 水 | 木 | 金 | 土 | 日 | 祝 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
| 提供時間 | 平日 | ：　　～　　： | その他年間の休日 |  |
| 土 | ：　　～　　： |
| 日祝 | ：　　～　　： |
| １泊当たりの利用料金 | 宿　泊 | 夕　食 | 朝　食 |
|  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 人員関係 | 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（※３） | 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　（　　　名）□介護福祉士（　　　名） | □左記以外の介護職員（　　　　　名）□その他有資格者（　　　　　　　　） |
|
| 設備関係 | 宿泊室 | 個　　室 | 合　計 | 床面積（※４） |
| 室 | ㎡ | ㎡ | ㎡ | ㎡ | ㎡ |
| ㎡ | ㎡ | ㎡ | ㎡ | ㎡ |
| 個室以外 | 合　計 | 場　所（※５） | 利　用定　員 | 床面積（※４） | プライバシー確保の方法（※６） |
| 室 |  | 人 | ㎡ |  |
|  | 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 |
| 開始・変更年月日 | 年　　　月　　　日 |

※１　開始の届出にあっては宿泊サービスの事業開始前に、変更の届出にあっては変更の事由が生じた日から１０日以内に届け出ること。

※２　変更の届出にあっては、変更が生じた内容以外の項目も全て記載すること。

※３　時間帯での増員を行っていない場合は、記載不要

※４　小数第２位まで（小数第３位を四捨五入して）記載すること。

※５　指定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）

※６　プライバシーを確保する方法を記載すること。（つい立、家具、パーテーション等）