

(別紙様式)

年 月 日

(宛先) 高松市長

法人所在地
名 称
代表者氏名

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

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	(緊急時)							
	代表者氏名										
	所在地	(〒 -)									
宿 泊 サ ー ビ ス	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 年 月 日							
	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泊あたりの 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		
		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)	(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(小数点第三位以下を切り捨て)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)