（別紙様式）

開始

指定通所介護事業所等における宿泊サービス実施に関する　　　変更　　　届出書

休止・廃止

※１

令和　　年　　月　　日

茨城県知事　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 | | | －　　　　－  （緊急時）  －　　　　－ | | | | | | | | |
| 代表者氏名 |  | | | | | | | | |
| 所在地 | （〒　　－　　　） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 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） | | | | 令和　　　　　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 | 人 | | 時間帯での　増員（※２） | | | | 夕食介助 | | | | ：　　 ～ : | | | | | | | | | 人 | |
| じて配置する職  員数 | 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） | （　　 ㎡） | | | | （　 　㎡） | | | （　　 ㎡） | | | | | | | （　 　㎡） | | | （　 　㎡） | | |
| （　　 ㎡） | | | | （　 　㎡） | | | （　 　㎡） | | | | | | | （　 　㎡） | | | （　 　㎡） | | |
| 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） | | | （　　　㎡） | | | | | | |  | | | | | |
| （ 　　） | | | | （　　　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　小数第二位まで（小数第三位を四捨五入して）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）