

(別添様式)

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

開始
変更
休止・廃止
※1

届出書

平成 年 月 日

奈良市長 様

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	- -							
		責任者				(緊急時) - -							
所在地													
基本情報	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						
					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)					
		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 火災報知器		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)