（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の実施に関する　　　変更　　　届出書

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 休止・廃止

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　※１

令和　　年　　月　　日

香川県知事　殿

法人所在地

名称　　　　　　　　　　　　　印

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 代表者氏名　　　　　　　　　　　　　印法人にあっては、主たる事務所の所在地、名称及び代表者の氏名

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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） | | | | | | | 平成・令和　　年　　月　　日 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 宿泊サ｜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泊あたりの  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） | | | （　　　㎡） | | | （　　 ㎡） | | | | （ 　　㎡） | | | | | | | （　 　㎡） | | | （　 　㎡） | | | |
| （　　　㎡） | | | （　 　㎡） | | | | （　 　㎡） | | | | | | | （　 　㎡） | | |  | | | |
| 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）