（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）