

指定通所介護事業所における宿泊サービスの実施に関する

【 開 始
変 更 届出書
休 止 ・ 廃 止 】

年 月 日

大阪府知事 様

法人所在地
名 称
代表者職氏名

印

基本情報	事業所情報	フリガナ			事業所 番号							
		名 称				連絡先	(Tel) <緊急時> (Tel)					
		フリガナ										
		管理者氏名										
	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	祝日	
	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・朝食含む)	夕食	朝食								
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(※1)	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	個室	合計	床面積(※2)									
		(室)	(m ²)	(m ²)	(m ²)	(m ²)	(m ²)	(m ²)	(m ²)			
	個室以外	合計	場所(※3)	利用定員	床面積(※2)	プライバシーの確保 の方法(※4)						
		(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							

注)開始届は事業開始前、変更届は変更後10日以内、休止・廃止届は休廃止の1月前までに届け出ること。

なお、変更の場合は変更箇所のみ記載すること。

※1 時間帯での増員を行っていない場合は記載は不要。

※2 少数第二位まで(少数点第三位以下を切り捨て)記載すること。

※3 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)

※4 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)

【添付書類】

①平面図(宿泊場所を表示してください。)

②別紙のチェックリスト

記入例

指定通所介護事業所における宿泊サービスの実施に関する

開始
変更 届出書
休止・廃止

〇〇年 〇月 〇〇日

大阪府知事 様

休止後、再開する場合は、
開始届として、改めて届
出ください。

法人所在地 大阪府〇〇〇市〇〇町〇丁目〇番〇号
名称 株式会社〇〇〇〇
代表者職氏名代表取締役社長 大阪 太郎 印

基本情報	フリガナ	デイサービスオオサカ		事業所番号	2700000000							
	名称	デイサービス大阪		連絡先	(Tel) 06-000-0000							
	フリガナ	オオサカ ハナコ		<緊急時>	(Tel) 06-000-0000							
	管理者氏名	大阪 花子										
	所在地	(〒〇〇〇-〇〇〇〇)		大阪府〇〇〇市〇〇町〇丁目〇番〇号								
	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27年〇月〇日										
宿泊サービス	利用定員	5 人	提供日	月	火	水	木	金	土	日	祝日	
				〇	〇	〇	〇	〇			〇	
	提供時間	18:00 ~ 9:00	その他	8/13~8/15 12/28~1/3								
1泊当たりの 利用料金	宿泊(夕食・朝食含む)	〇〇〇〇 円	夕食	〇〇〇 円		朝食						
人員関係	宿泊サービスの提供 時間帯を通じて配置 する職員数	2 人	時間帯での増 員(※1)	夕食介助	18 : # ~ # : #		1 人					
				朝食介助	7 : 00 ~ 8 : 00		1 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	個室	合計										
		(1 室)	(8.0 m ²)	()								
	個室以外	合計	場所(※3)	利用定員								
		(静養室)	(2 人)	(15.0 m ²)	パーティーション							
		(機能訓練室)	(2 人)	(20.0 m ²)	パーティーション							
()		(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(○)								

宿泊費は税込
で記入してくださ

配置職員の保有資格は、配置するすべての職員
に該当する資格に○等を記入してください。
(例)配置職員が複数で、どちらも介護福祉士の
資格の場合、介護福祉士に○を記載。

消防設備については、現状の設置
有無について、記入してください。

注)開始届は事業開始前、変更届は変更後10日以内、休止・廃止届は休廃止の1月前までに届け出ること。

なお、変更の場合は変更箇所のみ記載すること。

※1 時間帯での増員を行っていない場合は記載は不要。

※2 少数第二位まで(少数点第三位以下を切り捨て)記載すること。

※3 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)

※4 プライバシーを確保する方法を記載すること。(衝立、家具、パーティーション等)

【添付書類】

①平面図(宿泊場所を表示してください。)

②別紙のチェックリスト