様式第10号（第10条関係）

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　開始

　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　　 　　変更　　　　届出書

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 休止・廃止

年　　月　　日

島根県知事　　　様

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　法人所在地

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　申請者（開設者）名　　　称

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　代表者氏名　　　　　　　　　　印

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 基本情報 | 事業所情報 | フリガナ |  | 介護保険事業所番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 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 | 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 | 宿泊室 | 個　　室 | 合　計 | 床面積（※２） |
| （　　室） | （　　　㎡） | （　　　㎡） | （　　　㎡） | （　　　㎡） | （　　　㎡） |
| （　　　㎡） | （　　　㎡） | （　　　㎡） | （　　　㎡） | （　　　㎡） |
| 個室以外 | 合　計 | 場　所（※３） | 利用定員 | 床面積（※２） | プライバシー確保の方法（※４） |
| （　　室） | （　　　　） | （　　　人） | （　　　㎡） |  |
| （　　　　） | （　　　人） | （　　　㎡） |  |
| （　　　　） | （　　　人） | （　　　㎡） |  |
| 消火設備 | 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 |

　　備考　　１　この届出は、事業開始前に提出してください。なお、届け出た内容に変更があった場合は、変更箇所のみ記載してください。

　　　　　　２　※１の欄は、時間帯での増員を行っていない場合は、記載不要です。

　　　　　　３　※２の欄は、小数点以下第２位まで（小数点以下第３位を四捨五入して）記載してください。

　　　　　　４　※３の欄は、指定通所介護事業所の設備としての用途を記載してください（機能訓練室、静養室等）。

　　　　　　５　※４の欄は、プライバシーを確保する方法を記載してください（衝立、家具、パーテーション等）。

　　　　　　６　次に掲げる書類を添付してください。

　　　　　　　　(1)　事業所の平面図（宿泊室の位置が分かるもの）

　　　　　　　　(2)　宿泊サービスの運営に関する措置