別添様式１

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 開始 届出書

※１

　　年　　月　　日

（宛先）旭川市長

法人所在地

名　　　称

代表者氏名

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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 | | | |  | | | | | |
| 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できる職員数 | 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。

※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）