

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						
		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	個室	合計	床面積(※2)										
		(室)	(m ²)	(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	2700000000						
	名称	デイサービス大阪		番号							
	フリガナ	オオサカ ハナコ		連絡先	(Tel) 06-〇〇〇-〇〇〇〇						
	管理者氏名	大阪 花子		<緊急時>	(Tel) 06-〇〇〇-〇〇〇〇						
	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	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									
	利用定員	5 人	提供日	月	火	水	木	金	土	日	祝日
	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)	夕食	朝食	〇〇〇〇 円 〇〇〇 円 〇〇〇 円						
	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					
人員関係	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())									
	個室	合計									
		(1 室)	(8.0 m ²)	()							
			() m ²	()							
			() m ²	()							
個室以外	合計	場所(※3)	利用定員								
	(静養室)	(2 人)	(15.0 m ²)	パーティション							
	(機能訓練室)	(2 人)	(20.0 m ²)	パーティション							
	()	() 人	() m ²								
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							
	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。										
	配置職員の保有資格は、配置するすべての職員 に該当する資格に〇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、介護福祉士に〇を記載。										

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