指定通所介護事業所等における宿泊サービス実施に関する

開始
変更
休止・廃止
※1

届出書

平成 年 月 日

(宛先) 東大阪市長

※通所介護事業所等の
情報を記入してくださ
い。

赤枠内の内容に変更が
あった場合は、変更届
を提出してください。

法人所在地
名称
代表者氏名

印

基本情報	フリガナ 名称	〇〇デイサービス		事業所 番号	〇〇〇〇〇〇〇〇〇						
	フリガナ 管理者氏名	〇△ ×△		連絡先 (緊急時)	××-××××-××××						
	フリガナ 管理者氏名	〇△ ×△			××-××××-□□□□						
	所在地	(〒〇〇〇-××××) 東大阪市〇〇町〇丁目〇番〇号									
宿泊サービス	利用定員	☐ 人	提供日	月	火	水	木	金	土	日	祝
	提供時間	××:×× ~ ×△:×▲	その他 年間の休日	○/●~○/□							
	1泊当たりの 利用料金	宿泊 〇〇 円		夕食 ×× 円			朝食 □□ 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	■:〇〇 ~ △:〇〇				●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)	(×× m ²)	(×× m ²)	(×× m ²)	(×× m ²)	(×× m ²)			
	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)	(■ m ²)	(例)パーティション					
			()	(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					
異動年月日		平成●●年×月×日									

(併せて提出する書類) 平面図(宿泊室を明記してください。)

- ※1 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。
- ※2 時間帯での増員を行っていない場合は記載不要。
- ※3 小数第二位まで(小数第三位を切り捨て)記載すること。
- ※4 指定通所介護事業所等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、パーティション等)