

(様式1)

指定地域密着型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

変更

休止・廃止

※1

届出書

「休止」又は「廃止」の文字
を囲ってください。

2016 年 6 月 25 日

町田市長 様

休止・廃止の一个月前までにご提出ください。

法人所在地 東京都千代田区有楽町△-△

名 称 株式会社〇〇ケアサービス

代表者氏名 丸の内 太郎

基本情報	事業所情報	フリガナ	デイサービス〇〇		事業所番号	13*****				
		名称	デイサービス〇〇							
		フリガナ	マチダ ハナコ		連絡先	03 — 1111 — 1111				
		代表者氏名	町田 花子			(緊急時) 090 — 5555 — 5555				
		所在地	(〒 194 — 8520) 町田市森野2-**-**							
	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)		2016 年 8 月 1 日							
	宿泊サービス	利用定員	人	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	円	夕食		朝食		円		
	人員関係	人員	宿泊サービスの提供時間を通じて配置する職員数	人	時間帯での増員(※2)	夕食介助	～	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 ・ その他資格者 (介護職員初任者研修修了者)							
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)				
				()	(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			

記入不要

※1 事業開始前に届け出ること。なお、変更の場合は変更箇所のみ(「事業所情報」はすべての項目)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は不要。

※3 小数点第二位まで(小数点第三位以下を切り捨て)記載すること。

※4 指定地域密着型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)

(様式2)
宿泊サービス届出書 付表

宿泊サービス事業所情報	フリガナ	デイサービス〇〇		
	事業所の名称	デイサービス〇〇		
	事業者番号	13*****	(町田市使用欄)	
	FAX連絡先	— —	日中の指定地域密着型通所介護事業所の指定(予定)月	年 月
	電子メール連絡先			
	宿泊サービス事業所の利用定員	(宿泊サービス)利用定員 名	日中の指定地域密着型通所介護事業所の利用定員 名	(日中)利用定員 名
人員配置関係	1 従業者の員数等			
	① 宿泊サービスに従事する職員の員数 ② ①の職員のうち、指定地域密着型通所介護事業所等の従業者を兼務している者の員数		③ 宿泊サービスの提供時間帯を通じて配置する職員の員数(宿直勤務者は除く。) (備考)	
	2 責任者(事業所の代表者)の配置			
	① 氏名 町田 花子	② 責任者の兼務 あり ・ なし *同一敷地内の事業所等における兼務	③ 兼務内容	
設備関係	1 宿泊室(個室がある場合)			
	・ 場所及び床面積(複数の場合は室ごとに記入) 〔 (場所) (面積) m ² 〕 〔 0.00 m ² 〕 〔 0.00 m ² 〕 〔 0.00 m ² 〕 〔 0.00 m ² 〕 〔 0.00 m ² 〕 〔 0.00 m ² 〕 〔 0.00 m ² 〕 〔 0.00 m ² 〕 〔 0.00 m ² 〕			
	2 消防設備(届出様式追加事項)			
	ア 防災クロス・カーテン等	〔 有 ・ 無 〕	1か月に5日以上宿泊サービスを提供する場合には、右枠に○を記入してください。	
	イ 誘導灯	〔 有 ・ 無 〕		
運営基準関係	① 重要事項を記した書類の作成	〔 重要事項等記した書類の作成	あり ・ なし 〕	
	② 宿泊サービス提供の記録の作成	〔 記録作成	あり ・ なし 〕	
	③ 宿泊サービス計画の作成	〔 計画の作成	あり ・ なし 〕	
	④ 食事の提供方法(※下記注の区分参照。複数回答あり)	〔 ア ・ イ ・ ウ ・ エ	〕	
	⑤ 主治医等との連携方法	〔 連携についてのマニュアル等	あり ・ なし 〕	
	⑥ 緊急時等の対応	〔 対応方法についてのマニュアル等	あり ・ なし 〕	
	⑦ 宿泊サービス事業所の運営規程の策定	〔 運営規程の策定	あり ・ なし 〕	
	⑧ 従業者の勤務体制	〔 毎月の勤務体制の定め	あり ・ なし 〕	
	⑨ 非常災害時の対応	〔 非常災害時の対応についてのマニュアル等	あり ・ なし 〕	
	⑩ 秘密保持等の対策	〔 秘密保持の体制についての定め	あり ・ なし 〕	
	⑪ 苦情処理窓口及び記録の様式	〔 苦情処理対応の記録様式	あり ・ なし 〕	
	⑫ 事故発生時の対応	〔 事故発生時の対応についてマニュアル等	あり ・ なし 〕	
	⑬ やむを得ず身体拘束等を行う場合の記録の様式	〔 様態及び時間、心身状況並びに理由等に係る記録様式	あり ・ なし 〕	
休止・廃止	休止・廃止年月日	2015 年 9 月 1 日	休止の場合の休止期間(左記休止年月日から) 2016 年 3 月 31 日 まで	
	休止・廃止理由		現に宿泊サービスを利用している利用者の状況	
	により、事業の継続ができなくなったため。		・小規模多機能型居宅介護の利用 2名 ・ショートステイの利用 2名	

事業所の名称・フリガナ・事業者番号を記入

記入不要

休止・廃止欄を記入

※ 食事の提供方法

ア 従業者が調理 イ 配食サービス利用(食材宅配サービス等含む) ウ 調理済み食品(購入) エ 栄養士が作成する献立あり

※ 変更の場合は変更がある部分のみ(「事業所の名称」及び「事業者番号」は必ず記載)記載すること。