（別紙様式）

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／変更／休止・廃止 ※1）届出書

年　　月　　日

鹿児島市長　殿

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				（緊急時）　―　　―						
		所在地	（〒　　－　　）									
		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）		年　　月　　日								
	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	
					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。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）