

(別添様式)

指定認知症対応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

年 月 日

(あて先) 札幌市長

法人所在地  
法人名称  
代表者役職・氏名

基本情報	事業所情報	ツガナ			事業所 番号						
		名称				連絡先	(緊急時) ー ー				
		ツガナ									
	代表者 氏名										
宿泊サービス	所在地										
	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 円		夕食 円			朝食 円				
人員関係	人員	宿 泊 サ ー ビ ス の 一 提 携 す る 間 接 的 に 関 与 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・その他有資格者 ( )								
設備関係	個室	合計	床面積 (※3)								
		( 室)	( m <sup>2</sup> )	( m <sup>2</sup> )	( m <sup>2</sup> )	( m <sup>2</sup> )	( m <sup>2</sup> )	( m <sup>2</sup> )	( m <sup>2</sup> )		
	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 <sup>2</sup> )						
			( )	( 人)	( m <sup>2</sup> )						
			( )	( 人)	( m <sup>2</sup> )						
( )	( 人)		( m <sup>2</sup> )								
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				
開始・変更・休止・ 廃止年月日		年 月 日									

- ※1 事業開始前に届出ること。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(小数第三位を四捨五入して)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、パーテーション等)