

■宿泊サービス事業届出書類一覧■ (H28.4)

届出事項	届出書 (様式1)	付表 (様式2)	平面図 (参考様式1)	運営規程	備考
開始	○	○	○	○	
変更	○	○	△	△	△：変更がある場合は必須
休止	○	○	—	—	
再開	○	○	△	△	△：変更がある場合は必須
廃止	○	○	—	—	

※ 必要に応じ、上記以外の書類を求める場合があります。

※ 宿泊サービスの提供は、建築基準法・消防法等の遵守が必須です。お問い合わせは、各建築所管部署又は消防署へ御連絡ください。

(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

調布市長 宛

令和 年 月 日

法人所在地

名称

代表者氏名

印

基本情報	事業所情報	フリガナ			事業所番号						
		名称									
		所在地	(〒 -)								
		フリガナ			連絡先	(緊急時) - -					
		責任者氏名				- -					
宿泊サービスの開始・廃止・休止・変更(予定)年月日 (既に開始している場合はその年月日)				令和 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	：	～	その他の年間の休日							
	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		
その他	：				～	：	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 ()									
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)	(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)							
	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(連動含む)			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 指定地域密着型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)。

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			事業者番号	
	事業所の名称				
	FAX連絡先	—	—	電子メール連絡先	
	日中の指定地域密着型通所介護事業所等の指定(予定)月	令和	年	月	日中の指定地域密着型通所介護事業所の利用定員
人員配置関係	1 従業員の員数等				
	宿泊サービスに従事する職員の員数	人		左記職員のうち、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	人
	2 責任者(事業所の代表者)の配置				
	氏名	責任者の兼務		兼務内容	
	有 ・ 無				
	*同一敷地内の事業所等における兼務				
設備関係	防災クロス・カーテン	有 ・ 無		1か月あたりの宿泊サービス提供日数(予定)	日
	誘導灯	有 ・ 無			
運営基準関係	① 重要事項を記した文書の作成				実施済 ・ 未実施
	② 宿泊サービスの提供内容等を記録する様式等の作成				実施済 ・ 未実施
	③ 緊急かつやむを得ず身体拘束等を行う際の心身状況・理由等を記録する様式等の作成				実施済 ・ 未実施
	④ 宿泊サービス計画の策定				実施済 ・ 未実施
	⑤ 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
	⑥ 主治医・居宅介護支援事業者等との連携に関するマニュアル等の策定				実施済 ・ 未実施
	⑦ 緊急時等の対応・連携に関するマニュアル等の策定				実施済 ・ 未実施
	⑧ 宿泊サービス事業所の運営規程の策定				実施済 ・ 未実施
	⑨ 勤務体制(勤務形態一覧表)の作成及び職員の資質向上のための研修計画等の策定				実施済 ・ 未実施
	⑩ 非常災害時の対応・連携に関するマニュアル等及び職員への周知・訓練計画等の策定				実施済 ・ 未実施
	⑪ 秘密保持等のための体制・対策の構築及び各種様式(誓約書, 同意書等)の作成				実施済 ・ 未実施
	⑫ 苦情処理窓口の設置及び苦情の内容等を記録の様式等の作成				実施済 ・ 未実施
	⑬ 事故発生時の対応・連携に関するマニュアルの策定及び事故内容・処置等を記録する様式の作成				実施済 ・ 未実施
変更	変更年月日	令和 年 月 日			
	変更前		変更後		
休止・廃止・再開	休止・廃止・再開年月日	令和 年 月 日		休止の場合の休止期間(左記休止年月日から)	令和 年 月 日 まで
	休止・廃止・再開理由			現に宿泊サービスを利用している利用者の状況・措置(休止・廃止のみ)	

※ 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。

(参考様式1)

事業所の平面図等

(利用者の就寝時の設備・備品の配置図)

事業所名	
------	--



※利用者の**就寝時**の各室の用途を記入してください。(指定地域密着型通所介護事業所等での用途も合わせて記入してください。)

※各宿泊室の内法寸法, 内法面積を記入してください。

※利用者の就寝時の状況が分かるように次の事項を記載してください。

・布団又はベットの位置 ・パーテーション等の仕切りの位置 ・職員の定位置

※通路(動線部分)面積は, 宿泊室の面積から除外してください。

※宿泊室の面積が確認できない等の理由により, 建築図面の平面図を提出していただく場合があります。