

(別紙様式)

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

届出書

※1

令和 年 月 日

各指定権者 殿

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							
		名称		番号							
		フリガナ		連絡先	(緊急時) — —						
		代表者氏名			— —						
		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)		平成/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	：	～	：	その他年間の休日						
	1泊当たりの 利用料金	宿泊	円	夕食	円	朝食	円				
	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	：	～	：	人			
人員関係	人員	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()								
		人	時間帯での 増員(※2)	夕食介助	：	～	：	人			
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			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)

(別紙 1)

居宅サービス計画作成依頼 (変更) 届出書

		区 分	
		新規・変更	
被保険者氏名		被保険者番号	
フリガナ			
		生年月日	
		性 別	
		明・大・昭 年 月 日	
		男・女	
居宅サービス計画の作成を依頼 (変更) する事業者			
事業者の事業 所名		事業所の所 在 地	
		電話番号 ()	
事業所を変更する場合の 事由等		※事業所を変更する場合のみ記入してください。	
		変更年月日 (平成/令和 年 月 日付)	
小規模多機能型居宅介護 の利用開始月における居 宅サービス等の利用の有 無		※小規模多機能型居宅介護の利用前の居宅サービス (居宅療養管理指導及び特定施設入居者生活介護を 除く。)及び地域密着型サービス(夜間対応型訪問 介護、認知症対応型通所介護及び認知症対応型共同 生活介護(短期利用型)に限る。)の利用の有無を 記入してください。	
<input type="checkbox"/> 居宅サービス等の利用あり (利用したサービス :)			
<input type="checkbox"/> 居宅サービス等の利用なし			
〇〇市(町村)長 様 上記の小規模多機能型居宅介護事業者に居宅サービス計画の作成を依頼する ことを届出します。 令和 年 月 日 住 所 電話番号 () 被保険者 氏 名			
保険者確認 欄	<input type="checkbox"/> 被保険者資格 <input type="checkbox"/> 届出の重複		
	<input type="checkbox"/> 小規模多機能型居宅介護事業者事業所番号		

(注意) 1 この届出書は、要介護認定の申請時に、若しくは、居宅サービス計画の作成を依頼する事業所が決まり次第速やかに〇〇市(町村)へ提出してください。

2 居宅サービス計画の作成を依頼する事業所を変更するときは、変更年月日を記入のうえ、必ず〇〇市(町村)に届け出してください。届出のない場合、サービスに係る費用を一旦、全額自己負担していただくことがあります。