

久慈広域連合長 様

主たる事務所の所在地
 名称
 代表者氏名

㊞

指定地域密着型通所介護事業所（指定療養通所介護事業所）における夜間及び深夜の指定地域密着型通所介護（指定療養通所介護）以外のサービスの提供に関する開始（変更）届出書

基本情報	事業所情報	ふりがな		事業所番号						
		名称								
		ふりがな		連絡先	-					
		代表者氏名			(緊急時) -					
	所在地	(〒)								
宿泊サービス	宿泊サービスの開始（変更）予定年月日									
	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帯を通じて配置する職員数	人	時間帯での増員	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							の 有資格者（ ）
設備関係	宿泊室	個室	合計	床面積						
			室	m ²	m ²	m ²	m ²	m ²	m ²	
		個室以外	合計	場所	利用定員	床面積	プライバシー確保の方法			
			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			

- 備考1 床面積に小数点以下3位未満の端数があるときは、これを切り捨てること。
- 2 場所欄は、機能訓練室、静養室等の指定地域密着型通所介護事業所（指定療養通所介護事業所）の設備としての用途を記載すること。
- 3 プライバシー確保の方法欄は、衝立、家具、パーテーション等のプライバシーを確保するための方法を記載すること。

久慈広域連合長 様

主たる事務所の所在地

名称

代表者の氏名

㊞

指定地域密着型通所介護事業所（指定療養通所介護事業所）における夜間及び深夜の指定地域密着型通所介護（指定療養通所介護）以外のサービスの休止（廃止）届出書

指定地域密着型通所介護事業所（指定療養通所介護事業所）における夜間及び深夜の指定通所介護（指定療養通所介護）以外のサービスを休止（廃止）するので届け出ます。

介護保険事業者番号										
休止（廃止）する事業所の名称及び所在地	名称									
	所在地									
休止（廃止）予定年月日	年 月 日									
休止（廃止）する理由										
現にサービスを受けている者に対する措置										
休止予定期間（休止届のみ記載すること。）	休止日 ～ 年 月 日									

備考 休止（廃止）を届け出る場合は、休止（廃止）日の1月前までに届け出てください。