

《お願い》

宿泊サービスを新規(追加)にて開始予定の皆様

開始届は「**事業開始前の提出**」が必要です。

「届出受付窓口」へ**電話のうえ、予約**を受けてください。

指定地域密着型通所介護事業所・介護予防日常生活支援総合事業所の申請と同時に行う場合は、**お早目に連絡**ください。

届出に当たり、宿泊サービス提供の実態に即した内容確認が必要
なことから、**当該事業所の運営に携わる方(管理者・**

届出受付窓口

墨田区役所 介護保険課 給付・事業者担当
墨田区吾妻橋一丁目23番20号 区役所4階

電話: 03 - 5608 - 6544 (直通)

宿泊サービス事業届出に係る添付書類一覧

届ける事業所の名称	
-----------	--

「届出者確認欄」の該当欄に「○」を付し添付書類等に漏れないよう確認してください。

必要書類(開始届は郵送不可)		開始	変更	休止	再開	廃止	届出者確認欄
(1) 宿泊サービス事業届出に係る添付書類一覧(この用紙)							
(2) 墨田区における指定地域密着型通所介護事業所等で提供する宿泊サービス事業(開始、変更、休止・廃止)届	様式1						
(3) 宿泊サービス届出書 付表	付表						
【添付書類】							○
事業所の平面図 1	参考様式1			-		-	
建築物等に係る関係法令確認書 2	参考様式2			-		-	
宿泊サービス事業所の運営規程				-		-	

○ : 要提出 △ : 変更がある場合は要提出 - : 提出不要

(変更届提出時に記入) 変更の概要を簡潔に記載してください。 具体的な内容は様式に記載して下さい。

- 1 平面図を作成の際は、以下の点に注意して作成してください。
 - 各宿泊室の内法寸法、内法面積を記入してください。
 - 布団又はベッドの位置を記入してください。
 - パーテーション等の仕切りの位置を記入してください。
 - 職員の定位置を記入してください。
 - トイレまでの通路が他の利用者の宿泊室と重なる場合は、当該動線部分を宿泊室の面積から除外してください。
- 2 添付書類 「建築物等に係る関係法令確認書」は、添付書類 「建物の平面図」の提出がある場合には、必ず関係所管の確認を受けて作成し、提出してください。

担当者連絡先	提出いただいた届出書類に記載された内容等について問い合わせをする際の担当者名と連絡先をご記入ください。
事業所名	
担当者名・職名	
連絡先電話番号	

(第1号様式)

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

墨田区長 あて

年 月 日

法人所在地
名 称
代表者氏名

基本情報	フリガナ			事業所 番号						
	名称									
	フリガナ			連絡先 (緊急時)						
	代表者氏名									
	所在地	(〒 -) 東京都墨田区								
	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			
		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	個室	合計	床面積(3)							
		(室)	(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(「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、記載は不要である。

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)。

(付表)
 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	0		
	事業所の名称	0		
	事業所番号			
	FAX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
	電子メール連絡先			
	宿泊サービス事業所の利用定員	(宿泊サービス)利用定員	日中の指定地域密着型通所介護事業所等の利用定員	(日中)利用定員
人員配置関係	1 従業者の員数等			
	宿泊サービスに従事する職員の員数		名	宿泊サービスの提供時間帯を通じて配置する職員の員数(宿直勤務者は除く。)
	の職員のうち、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		名	(備考)
	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		
0	あり・なし *同一敷地内の事業所等における兼務			
設備関係	1 宿泊室(個室がある場合)			
	・ 場所及び床面積(複数の場合は室ごとに記入)			
	{ (場所) (面積) m ² }	{ m ² }	{ m ² }	{ m ² }
2 消防設備(届出様式追加事項)				
ア 防災クロス・カーテン等	{ 有・無 }	1か月に5日以上宿泊サービスを提供する場合には、右枠に を記入してください。		
イ 誘導灯	{ 有・無 }			
運営基準関係	重要事項を記した書類の作成	{ 重要事項等記した書類の作成	あり・なし	
	宿泊サービス提供の記録の作成	{ 記録作成	あり・なし	
	宿泊サービス計画の作成	{ 計画の作成	あり・なし	
	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 }		
	主治医等との連携方法	{ 連携についてのマニュアル等	あり・なし	
	緊急時等の対応	{ 対応方法についてのマニュアル等	あり・なし	
	宿泊サービス事業所の運営規程の策定	{ 運営規程の策定	あり・なし	
	従業者の勤務体制	{ 毎月の勤務体制の定め	あり・なし	
	非常災害時の対応	{ 非常災害時の対応についてのマニュアル等	あり・なし	
	秘密保持等の対策	{ 秘密保持の体制についての定め	あり・なし	
	苦情処理窓口及び記録の様式	{ 苦情処理対応の記録様式	あり・なし	
	事故発生時の対応	{ 事故発生時の対応についてマニュアル等	あり・なし	
やむを得ず身体拘束等を行う場合の記録の様式	{ 様態及び時間、心身状況並びに理由等に係る記録様式	あり・なし		
休止・廃止	休止・廃止年月日	年 月 日	休止の場合の休止期間(左記休止年月日から)	年 月 日 まで
	休止・廃止理由		現に宿泊サービスを利用している利用者の状況	

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

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。