

指定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届出書類一覧 (チェック表)

提出書類問い合わせ先

事業所名		
御担当者名		
連絡先	Tel:	Fax:

	書類名	チェック欄
1	指定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届出書(開始・変更・休止・廃止)	<input type="checkbox"/>
2	(別紙)社会福祉施設の主な消防設備に係るチェックリスト	<input type="checkbox"/>
(添付書類) ※変更届の場合は、変更に関係する書類のみ添付してください。		
3	宿泊サービスに係る運営規程	<input type="checkbox"/>
4	平面図(宿泊室部分を記載したもの) ※ 利用者を宿泊させる場所をマーカー等で図示するとともに、各宿泊室の面積を記載してください	<input type="checkbox"/>
5	設備(各宿泊室(ベッドを配置した状態))の写真	<input type="checkbox"/>
6	勤務体制一覧表 ※直近1ヶ月分(夜勤職員の配置がわかるもの)	<input type="checkbox"/>
7	資格者証の写し (看護師又は准看護師、介護福祉士、実務者研修又は介護職員初任者研修の修了証)	<input type="checkbox"/>
8		<input type="checkbox"/>

(別添様式)

指定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 届出書
休止・廃止
※1

平成 年 月 日

鹿児島市長

法人所在地：

名称：

代表者職氏名：

印

基本情報	事業所情報	フリガナ			介護事業所番号							
		名称										
		フリガナ			連絡先	- -						
		代表者氏名				(緊急時) - -						
		フリガナ			職種							
		責任者氏名			兼務							
	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 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泊あたりの利用料金	円		夕食	円		朝食	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(※2)	夕食介助	: ~ :	人	/				
		朝食介助	: ~ :	人								
		宿泊サービス従業者数	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(資格:)							
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)								
()	(人)	(m ²)										
消防設備	消火器	別紙のとおり		スプリンクラー設備		別紙のとおり						
	自動火災報知設備	別紙のとおり		消防機関へ通報する火災報知設備		別紙のとおり						

※1 事業開始前に届け出ること。

※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、パーティション等)

(別紙) 社会福祉施設の主な消防設備に係るチェックリスト

1 設置状況

※事業所の主な消防設備の状況について、該当する項目に「レ点」を付した上で、宿泊サービス実施に関する届出書と併せて提出してください。

事業所名称	
用途区分	消防法施行令別表第1 <input type="checkbox"/> (6)項ロ <input type="checkbox"/> (6)項ハ <input type="checkbox"/> その他

消防設備種類	設置義務	設置状況	備考(設置基準等)
消火器	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	(6)項ロ: 全部 (6)項ハ: 延べ面積150㎡以上
スプリンクラー設備	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	(6)項ロ: 全部(一部施設は延べ面積275㎡以上) (6)項ハ: 床面積合計6,000㎡以上
自動火災報知設備	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	(6)項ロ: 全部 (6)項ハ: 全部(入居・宿泊させるもの)
消防機関へ通報する火災報知設備	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	(6)項ロ: 全部(自動火災報知設備と連動して起動) (6)項ハ: 延べ面積500㎡以上
屋内消火栓設備	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	(6)項ロ: 延べ面積700㎡以上 (6)項ハ: 延べ面積700㎡以上
漏電火災警報器	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	(6)項ロ: 延べ面積300㎡以上 (6)項ハ: 延べ面積300㎡以上
非常警報設備	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	収容人員50人以上
避難用具	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	20人以上
誘導灯	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	全部

(注) 構造・階数等によって設置基準が異なる場合があります。

用途区分・設置・免除等に関わる具体的な事柄については、お近くの消防機関に御確認・御相談ください。

2 設置予定

※ 設置義務「あり」の消防設備のうち、設置状況「なし」にチェックしているものについては、その種類と設置予定時期を記載してください。

消防設備種類	設置予定時期	備考

※記載欄が不足する場合は、適宜追加してください。

(別添様式)

指定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 届出書
休止・廃止
※1

平成 27 年 ○ 月 ○ 日

鹿児島市長 殿

法人所在地：鹿児島市鴨池新町10-1

名 称：社会福祉法人 ○○

代表者職氏名：理事長 ○○

印

基本情報	事業所情報	フリガナ					介護事業所番号	4600000000					
		名称	通所介護事業所○○					連絡先	099 - 286 - 1234 (緊急時)				
		フリガナ					職 種		介護職員				
		代表者氏名	○○○○					兼 務	同通所介護の介護職員				
		フリガナ					所在地 (〒899-0000) 日置市○○町123番地-1						
		責任者氏名	○○○○ (※宿泊サービス従業者の中から記載)				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 27年 7月 1日						
		所在地											
	宿泊サービス	利用定員	4 人		提供日	月	火	水	木	金	土	日	
			○	○		○	○	○					
提供時間			17 : 00 ~ 9 : 00		その他年間の休日	年末年始:12/28~1/3							
			1泊あたりの利用料金	宿泊		夕食		朝食					
3,000 円		500 円		500 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	1 人	時間帯での増員(※2)	夕食介助	18 : 00 ~ 19 : 00	1 人						
			朝食介助		7 : 30 ~ 8 : 30	1 人							
	宿泊サービス従業者数	5 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(資格:介護職員初任者研修修了)									
設備関係	個室	合計	床面積(※3)										
		(室)	(m ²)	(m ²)	(m ²)	(m ²)	(m ²)						
		(m ²)	(m ²)	(m ²)	(m ²)	(m ²)							
	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)								
	個室以外	(機能訓練室)	(4 人)	(40.00 m ²)	パーティション								
		()	(人)	(m ²)									
		()	(人)	(m ²)									
()		(人)	(m ²)										
消防設備	消火器	別紙のとおり		スプリンクラー設備		別紙のとおり							
	自動火災報知設備	別紙のとおり		消防機関へ通報する火災報知設備		別紙のとおり							

※1 事業開始前に届け出ること。

※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、パーティション等)

(別紙) 社会福祉施設の主な消防設備に係るチェックリスト

1 設置状況

※事業所の主な消防設備の状況について、該当する項目に「レ点」を付した上で、宿泊サービス実施に関する届出書と併せて提出してください。

事業所名称	通所介護事業所〇〇
用途区分	消防法施行令別表第1 <input checked="" type="checkbox"/> (6)項ロ <input type="checkbox"/> (6)項ハ <input type="checkbox"/> その他

消防設備種類	設置義務	設置状況	備考(設置基準等)
消火器	<input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	(6)項ロ: 全部 (6)項ハ: 延べ面積150㎡以上
スプリンクラー設備	<input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input checked="" type="checkbox"/> なし	(6)項ロ: 全部(一部施設は延べ面積275㎡以上) (6)項ハ: 床面積合計6,000㎡以上
自動火災報知設備	<input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	(6)項ロ: 全部 (6)項ハ: 全部(入居・宿泊させるもの)
消防機関へ通報する火災報知設備	<input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	(6)項ロ: 全部(自動火災報知設備と連動して起動) (6)項ハ: 延べ面積500㎡以上
屋内消火栓設備	<input type="checkbox"/> あり <input checked="" type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input checked="" type="checkbox"/> なし	(6)項ロ: 延べ面積700㎡以上 (6)項ハ: 延べ面積700㎡以上
漏電火災警報器	<input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	(6)項ロ: 延べ面積300㎡以上 (6)項ハ: 延べ面積300㎡以上
非常警報設備	<input type="checkbox"/> あり <input checked="" type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input checked="" type="checkbox"/> なし	収容人員50人以上
避難用具	<input type="checkbox"/> あり <input checked="" type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input checked="" type="checkbox"/> なし	20人以上
誘導灯	<input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	全部

(注) 構造・階数等によって設置基準が異なる場合があります。

用途区分・設置・免除等に関わる具体的な事柄については、お近くの消防機関に御確認・御相談ください。

2 設置予定

※ 設置義務「あり」の消防設備のうち、設置状況「なし」にチェックしているものについては、その種類と設置予定時期を記載してください。

消防設備種類	設置予定時期	備考
スプリンクラー設備	平成28年7月	設置について、H30年3月31日まで経過措置あり

※記載欄が不足する場合は、適宜追加してください。