

【送付先】宮城県長寿社会政策課介護保険指導班

回答期限：平成27年12月31日（木）

FAX：022-211-2596（送付票不要）

Eメール：kaigod@pref.miyagi.jp

法人名			
担当者氏名		電話番号	

1 現在の事業所の状況についてご記入ください。（すべての事業所について記入をお願いします）

事業所番号	04		
事業所名称			
宿泊サービスの実施の有無		スプリンクラーの設置	あり ・ なし
(1) 指定通所介護の設備を使用して提供する宿泊サービス	あり ・ なし		
(2) (1)以外の設備を使用して提供する宿泊サービス	あり ・ なし		
利用定員 (同時にサービス提供を受けることができる利用者の数の上限)	人		
	単位ごとの定員	サービス提供時間	
1 単位目	人		
2 単位目	人		
3 単位目	人		

※利用定員が「18人以下（18人含む）」の場合、以下の質問にもお答えください。

2 平成28年4月以降、サービス種類をどうする予定か、該当する項目に「○」を付してください。

	1 地域密着型通所介護事業所に移行する。
	2 大規模型・通常規模型の通所介護事業所に移行する。（利用定員を増やす。） ※利用定員の予定を記載して下さい。（ 人）
	3 大規模型・通常規模型の通所介護事業所のサテライト型事業所に移行する。 （本体事業所名： ）
	4 小規模多機能型居宅介護事業所のサテライト事業所に移行する。 （本体事業所名： ）
	5 その他（ ）

※回答内容は、各保健福祉事務所（地域事務所）及び各市町村へ情報提供させていただきますので、ご了承ください。