地域密着型サービス事業開設相談票

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 法 人 の 概 要 | 法 人 名 |  | | | | | | | |
| 代表者名 |  | | | | | | | |
| 所 在 地 |  | | | | | | | |
| 連 絡 先 | 担当者名 | | |  | | | | |
| ＴＥＬ | | |  | | | | |
| ＦＡＸ | | |  | | | | |
| Ｅ－Ｍail | | |  | | | | |
| 事 業 計 画 の 概 要 | 事業実施予定地 | 住所又は地番 | | |  | | | | |
| 敷地面積 | | | ㎡ | | 用途地域 | |  |
| 都市計画区域 | | | 市街化区域 | | 市街化調整区域 （既存宅地） | | 市街化調整区域 （その地） |
| 農業振興地域 | | | 地域内  農用地区域（青） | | 地域内  その他の区域（白） | | 地域外 |
| 土地所有  権利形態 | | | 自己所有 | | 今後取得予定 | | 借家（予定含む） |
| 借家の場合の契約期間 | | | 年 月 日から  年 月 日までの 年間 | | | | |
| 建物の状況 | 新築 既存改修 増改築 | | | | 建物構造 | | | 造 階建 |
| 計画している事業（事業名に丸をつけて、定員数を記載してください） | 夜間対応型 訪問介護 | | 利用定員 | |  | | | 人 |
| 定期巡回・  随時対応型 | | 利用定員 | |  | | |  |
| 小規模  多機能型  居宅介護 | | 日中ケア利用者 | |  | | | 人 |
| 夜間ケア利用者 | |  | | | 人 |
| 訪問ケア利用者 | |  | | | 人 |
| 認知症対応型ｸﾞﾙｰﾌﾟﾎｰﾑ | | 利用定員 | |  | | | 人 |
| 認知症対応型ﾃﾞｲｻｰﾋﾞｽ | | 利用定員 | |  | | | 人 |
| 開設予定 | 年 月 頃 | | | | | | | |
| 概算事業費 | 千円 | | | | | | | |
| 補助希望の有無 | 自費 | 要 | | | 概算希望額 | | 千円 | |
| 備 考 | |  | | | | | | | |