地域密着型通所介護事業所の新規指定申請に係る事前届出書

記入日：　　　　　年　　　月　　　日

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **法　人　情　報** | 法人名 |  |
| 所在地 | 〒　　　　－　　　　　 |
| 代表者 | （職名）　　　　　　　　　　　　（氏名） |
| 法人種別 | □社会福祉法人　□医療法人　□営利法人（株式会社等）　□ＮＰＯ法人□その他（　　　　　　　　　　　　）　　　　　　　年　　　月　設立 |
| 介護サービス事業運営実績の有無 | □なし　　□あり（ありの場合、種別及び指定自治体を記載してください。種別等：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 担当者 | （所属）　　　　　　　　　　　　（氏名） |
| 連絡先 | （Tel）（E-Mail） |
| **事　業　所　情　報** | 開設予定日 | 　　　　　　　年　　　　月　　　　日 |
| 事業所名（仮称可） |  |
| 所在地 | 〒　　　　－　　　　　稲城市　 |
| 建物の形態 | □戸建　　　□共同住宅　　　□既存事業所に併設　□その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 建物の権利関係 | □自己所有　□賃借□その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 併設事業所 | □なし　　　□あり（事業所種別：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 利用定員等（単位毎） | 単位 | 定員 | サービス提供時間（予定） |
| １単位目 |  | ：　　　～　　　： |
| ２単位目 |  | ：　　　～　　　： |
| ３単位目 |  | ：　　　～　　　： |
| 開設の動機（自由記入） |  |
| **サ ー ビ ス に つ い て** | 事業所の特色（自由記入） |  |
| 介護人材確保の取組み（自由記入） |  |
| 食事の提供 | □なし　　　□あり | 車両での送迎 | □なし　　　□あり |
| 入浴の提供 | □なし　　　□あり | トレーニングマシンの使用 | □なし　　　□あり |
| サービス提供日 | □日　　□月　　□火　　□水　　□木　　□金　　□土　　□祝 |
| 保険外サービスの実施 | 宿泊サービス（□なし　　□あり）その他（□なし　　□あり（ありの場合の詳細：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）） |

※本届出書は開設予定日の属する月の３か月前の末日までにご提出ください。来庁される場合は、事前に市担当者と来庁日時の調整を行ってください。

提出先及び担当部署：稲城市福祉部高齢福祉課介護保険係（電話042-378-2111㈹）

　　　　　　　　　　　〒206-8601　稲城市東長沼２１１１番地

※**開設後５年度分の収支シミュレーション表（様式自由）を添付書類として提出してください。**

※事前相談の結果、追加で提出書類が必要になる場合があります。

※サービス提供にあたっては、「稲城市介護保険条例」、「稲城市指定地域密着型サービスの事業の人員、設備及び運営に関する基準を定める規則」及び関係法令に従う必要があります。条例等を十分に理解の上、事業計画を検討してください。

　稲城市処理欄　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　※この欄内は記載しないでください。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 決　裁　欄 | 備　考 | 収　受　印 |
| 課長 | 係長 | 担当 |  |  |
|  |  |  |