

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	<input type="checkbox"/> 社会福祉法人 <input type="checkbox"/> 医療法人 <input type="checkbox"/> 営利法人(株式会社等) <input type="checkbox"/> NPO法人 <input type="checkbox"/> その他( ) 年 月 設立			
	介護サービス事業 運営実績の有無	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 戸建 <input type="checkbox"/> 共同住宅 <input type="checkbox"/> 既存事業所に併設 <input type="checkbox"/> その他( )			
	建物の権利関係	<input type="checkbox"/> 自己所有 <input type="checkbox"/> 賃借 <input type="checkbox"/> その他( )			
	併設事業所	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	車両での送迎	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	
	入浴の提供	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	トレーニングマシンの 使用	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	
	サービス提供日	<input type="checkbox"/> 日 <input type="checkbox"/> 月 <input type="checkbox"/> 火 <input type="checkbox"/> 水 <input type="checkbox"/> 木 <input type="checkbox"/> 金 <input type="checkbox"/> 土 <input type="checkbox"/> 祝			
	保険外サービスの 実施	宿泊サービス ( <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり) その他 ( <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 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、事前に市担当者とは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(代)）  
〒206-8601 稲城市東長沼2 1 1 1 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		