

# 地域密着型サービス指定申請 事前相談票

作成日： 年 月 日

(内容を了解のうえで☑してください)

- 介護保険関係法令及びその指定基準を十分に理解し、その他各関係法令に適合することができるため、以下のとおり地域密着型事業所開設にあたっての事前相談を申し込みます。

申請予定サービス種類	
------------	--

## ◎ 法人(申請予定者)の概要

申請 予定 者	法人名称			代表者		
	法人所在地					
	法人設立年月日	年	月	日	(※設立中の場合は設立予定日を記載してください。)	
	法人連絡先	担当者氏名			TEL(日中の連絡先)	
	定款等の内容	本事業を実施する旨の記載(現時点の状況)	定款等の記載内容(記載予定含む)			
		<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無				
	既存事業の実施状況	介護保険事業				
運営実績						
その他 主な実施事業						
(備考)						

## ◎ 事業計画

実施 事業 の 概 要	開始予定時期	年	月	※指定日は原則、毎月1日付けとなります。		
	事業所名称(仮称も可)					
	設置予定所在地					
	併設施設の有無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	名称・種別			
	事業開始の動機(事業を行う理由)					
	提供するサービスの 特徴・特色					
	利用者確保の 取り組み策					
	定員又は見込数					
	営業日・時間				通常の実施地域	
	介護保険外サービス 実施有無とその内容	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無				

◎ 人員の確保

人材／ 人員配置	管理者(就任予定者)		介護サービス経験	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	通算約	年
	人員基準上必要な職種	人数	確保方法・雇用形態(直接／派遣など)		常勤・非常勤の別	
	介護支援専門員	人			<input type="checkbox"/> 常勤 <input type="checkbox"/> 非常勤	
		人			<input type="checkbox"/> 常勤 <input type="checkbox"/> 非常勤	
		人			<input type="checkbox"/> 常勤 <input type="checkbox"/> 非常勤	
		人			<input type="checkbox"/> 常勤 <input type="checkbox"/> 非常勤	
		人			<input type="checkbox"/> 常勤 <input type="checkbox"/> 非常勤	

↑欄が不足する場合は適宜追加してください。(別紙添付も可)

1週当りの所定労働時間	時間	雇用契約完了(予定)年月日	年 月 日 頃
介護サービス未経験者の数	人	該当する職種	

今後の人材確保の予定 (自由記述)	
----------------------	--

◎ 事業所の設備

建物等 の 状況	建物	新築・改修の別	<input type="checkbox"/> 新築 <input type="checkbox"/> 改修 <input type="checkbox"/> その他	使用する権原	<input type="checkbox"/> 自己所有 <input type="checkbox"/> 貸借 <input type="checkbox"/> その他	
		着工日	年 月 日 頃	竣工日	年 月 日 頃	
		引渡日(使用可能日)	年 月 日 頃	主要備品搬入日	年 月 日 頃	
		建物の構造	造		階建て	
		(既存建物の場合)	年築	建築基準法の用途		

◎ 資金計画

資金 確保	初期費用	整備資金	円	運転資金	円
	資金の 調達方法	(できるだけ具体的に記載してください)			

※「収入見込み」や「運営経費」については、収支見込予算シミュレーションを作成し添付してください。

=====

《 添付する書類 》

1. 予定地周辺図(住宅地図など) 2. 事業所の平面図 3. 収支見込予算シミュレーション(任意様式)