**１．事業所・土地・建物・運営資金について**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 事業の種類 | | 定期巡回・随時対応型訪問介護 | | | | | | | | |
| 法人 | 法人名 |  | | | | | | | | |
| 法人所在地 |  | | | | | | | | |
| 法人種別 | □既設  □新設（　　年　　月予定） | | | | | | □社会福祉法人　□医療法人  □ＮＰＯ法人　□株式会社  □その他（　　　　　　　） | | |
| 事業所名（仮称） | |  | | | | | | | | |
| 事業予定地 | 事業所  予定地 | 〒 | | | | | | | | |
| 敷地面積 | ㎡ | | | | | | | | |
| 土地権利 | □自己所有　　□貸借（所有者：　　　　　　　　　） | | | | | | | | |
| ※賃借の場合 | 借地契約 | | □通常　　　□定期 | | | | | | |
| 契約期間 | | 年　　　月　　　日　～　　　　　　年　　　月　　　日（　　年間） | | | | | | |
| 建物概要 | 建築面積 | ㎡ | | | | | | 延床面積 | | ㎡ |
| 構　　造 | 造 | | | | | | 階　数 | | 階建 |
| ※既存建物を利用する場合 | | 年　　月　　日建築（築後　　　年） | | | | | | | |
| スプリンクラー | | * 設置する　　□　設置しない | | | | | | | |
| 建物権利 | □自己所有　　□貸借（所有者：　　　　　　　　　） | | | | | | | | |
| ※賃借の場合 | 賃貸借契約 | | | □通常　　　□定期 | | | | | |
| 契約期間 | | | 年　　　月　　　日　～　　　　　　年　　　月　　　日（　　年間） | | | | | |
| 整備内容 | □法人が新築・改修・増改築　□所有者が新築・改修・増改築 | | | | | | | | |
| 整備補助金 | □希望する　□希望しない | | | | | | | | |
| 着工予定 | 令和 　年 月 　日 | | | | | 竣工予定 | | 令和 　年 月 　日 | |
| 開設予定 | 令和 　年 月 　日 | | | | | 住民説明会 | | 令和 　年 月予定 | |
| 事業費及び財源 | 区　分 | 事業費（千円） | | | | 財　源　内　訳　（千円） | | | | |
| 借入金 | | | | 自己負担 |
| 建築・設備 |  | | | |  | | | |  |
| 用地取得 |  | | | |  | | | |  |
| 建物取得 |  | | | |  | | | |  |
| 運転資金 |  | | | |  | | | |  |
| 合　　計 |  | | | |  | | | |  |

※該当する事項にはチェックを入れてください。

**２．定員等の計画について**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 実施予定事業 | | | | | 定期巡回・随時対応型訪問介護看護 | | | | | | | | | | | |
| サービスの類型 | | | | | □介護看護一体型　　　　□介護看護連携型 | | | | | | | | | | | |
| オペレーションセンターの有無 | | | | | 有　　・　　無 | | | | | | | | | | | |
| オペレーションセンターのか所数 | | | | | か所 | | | | | | | | | | | |
| 予定利用者数 | | | | | 人 | | | | | | | | | | | |
| 連携する訪問看護事業所  （連携型定期巡回・随時対応型訪問介護看護を実施する場合のみ記載） | | | | | | | 名称 | | |  | | | | | | |
| 住所 | | | （郵便番号　　　　－　　　　） | | | | | | |
| 管 理 者 | | フリガナ |  | | | | | 住所 | | （郵便番号　　　　－　　　　） | | | | | | |
| 氏　名 |  | | | | |
| 生年月日 |  | | | | |
| 事業所内の従業者との兼務の有無 | | | （有・無） | | | （職種：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | | | | | |
| 他事業所の従業者との兼務の有無 | | | （有・無） | | | 事業所の名称 | | |  | | | | | |
| 兼務する職種  及び勤務時間等 | | |  | | | | | |
|  | | | | | |
| 従業者の職種・員数 | | | | 訪問介護員等 | | | | | | オペレーター | | | 看護職員  （保健師・看護師・准看護師） | | うち  計画作成  責任者 | |
| 定期巡回  サービス | | 随時訪問  サービス | | | |
| 専従 | 兼務 | 専従 | | | 兼務 | 専従 | | 兼務 | 専従 | 兼務 | 専従 | 兼務 |
|  | 常勤（人） | | |  |  |  | | |  |  | |  |  |  |  |  |
| 非常勤（人） | | |  |  |  | | |  |  | |  |  |  |  |  |
| 常勤換算後人数（人） | | |  | |  | | | |  | | |  | |  | |
| 営業日 | | | | ３６５日 | | | | | | | | | | | | |
| 営業時間 | | | | ２４時間 | | | | | | | | | | | | |
| 介護保険の利用者負担以外の利用者負担 | | | | 項　目 | | | | | | | 費　用　額 | | | | | |
|  | | | | | | |  | | | | | |
|  | | | | | | |  | | | | | |
|  | | | | | | |  | | | | | |
|  | | | | | | |  | | | | | |
|  | | | | | | |  | | | | | |