

地域密着型サービス等指定申請 事前相談票

作成日： 年 月 日

(内容を了承のうえで☑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サービス等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する					
	法人連絡先	担当者名			電話		
	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（予定含む）				
		有 ☐ 無 ☐					
	既存事業の実施状況	介護保険事業					
		運営実績（年数）					
		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 日 ※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）					
	事業所所在地（予定）		平川市			
	定員又は見込数					
	併設施設	有 ☐ 無 ☐	（有の場合） 名称・種別			
	事業開始の動機（事業を行う理由）					
	保険外サービス実施 有無とその内容	有 ☐ 無 ☐	（内容）			
資 金	初期費用	整備資金	円		運転資金	円
	資金調達方法（具体的に）					

＜添付書類＞

- ①予定地周辺図 ②事業所の平面図 ③現況写真 ④収支見込予算シミュレーション（任意様式）