**（宛先）姫路市健康福祉局　介護保険課　計画・庶務担当**

**地域密着型サービス指定に関する事前相談申込書**

**記入日　　　　　年　　月　　日（　　）**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **１　申請予定者** | | | | | | |
| **①　法人種別** | |  | | | | |
| **②　法人名** | |  | | | | |
| **③　事務所の所在地** | |  | | | | |
| **④　定款に掲げる主な事業** | |  | | | | |
| **⑤　連絡先** | | **ＴＥＬ** |  | **ＦＡＸ** |  | |
| **⑥　担当者名** | |  | | | | |
| **２　申請予定サービス** | | | | | | |
| **①　サービス種類** | | **□　地域密着型通所介護　　□　認知症対応型通所介護**  **□　夜間対応型訪問介護** | | | | |
| **②　事業所名称** | |  | | | | |
| **③　事業開始予定地** | |  | | | | |
| **④　事業開始予定年月日** | |  | | | | |
| **３　提出書類** | | | | | | |
| **番号** | **書　類　名** | | | | | **チェック** |
| **１** | **事業計画書** | | | | | **□** |
| **２** | **住宅地図（縮尺：１／２５００程度・Ａ４版）**  **（設置予定地が中心となるようにし、赤で囲んで下さい。）** | | | | | **□** |
| **３** | **図面（平面図・配置図）**  **※改修・増改築後の図面がない場合は、改修・増改築前の図面を添付して下さい。** | | | | | **□** |
| **４** | **設置予定地周辺住民（自治会等）への説明経緯を記載した書面**  **（夜間対応型訪問介護の場合は除く）** | | | | | **□** |
| **４　下記に当てはまればチェックを入れてください** | | | | | | |
| **□　介護保険法等（条例を含む）欠格条項に該当しない。** | | | | | | |