事業計画案【地域密着型通所介護】

　　年　　　月　　　日

事前相談の際は、以下を記載した**「事業計画案」**と**「事業所の平面図」**を**持参**してください。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 法人の概要 | 申請者（法人名） |  |
| 法人所在地 | （〒　　-　　　　） |
| 代表者職・氏名 |  |
| 担当者氏名及び連絡先 | 担当者：　　　　　　　　　　　　　TEL： |
| 介護サービス事業の運営実績の有無 | □　あり　　□　なし |
| ※運営実績が「あり」の場合は、指定を受けているサービス種別、事業所数及び指定自治体を記載してください。 |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 事業の概要 | 事業所の名称（仮称） |  |
| 事業所の所在地（予定） | （〒　　‐　　　） |
| 開設希望年月日 | 年　　　月　　　日 |
| 総合事業の実施 | * 実施予定　　　□　実施予定なし |
| 併設施設の有無 | □　あり　　□　なし |
| ※併設施設がある場合は、サービス種別を記載してください。 |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 事業所の概要 | 建物の構造・築年数 | 造　　　・　　　築　　　　　　年 | |
| 階数 | 地上　　　　/　　　階 | |
| 建物の権利 | * 所有　　□　賃貸 | |
| 建物の完了検査 | * 受けている（検査済証あり）　□　受けていない | |
| 食堂及び機能訓練室の合計面積（内法） | | ．　　　㎡ |
| リフォームの有無  ※賃貸の場合 | * あり　　□　なし | |
| ※リフォームが「あり」の場合は、リフォーム予定期間を記入してください。  　　　年　　月　　日　～　　　年　　月　　日頃（予定） | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| サービス内容の概要 | 利用定員 | 名 |
| 単位数 | * １単位　　□　２単位　　□　３単位以上 |
| サービス提供日（祝日を含む） |  |
| サービス提供時間  （送迎時間を除く） |  |
| 食事及び入浴の状況 | 【食事の提供】　　□　あり　　　□　なし  【入浴サービス】　□　あり　　　□　なし |