（協議様式１）

短期入所生活介護・介護予防短期入所生活介護【ユニット型】事業計画書

年　　月　　日

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 法人の概要 | 事業主体（法人名） | |  | | |
| 法人の所在地 | | （〒　　 － 　　　） | | |
| 代表者の職名・氏名 | |  | 担当者 |  |
| 法人の連絡先 | 電話 |  | E-mail |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 事業の概要 | 事業所の名称 |  | | | | | | |
| 事業所の予定地 | （〒　　 － 　　　） | | | | | | |
| サービスの種類 | 単独型　　　空床併設型　　　共生型 | | | | | | |
| 単位数・定員 | 単位 | 人 | （単位別の定員） | 一単位目 | 人 | 二単位目 | 人 |
| 併設施設の有無 | 有・無 | 施設種別 |  | 施設名 |  | | |
| 通常の事業実施地域 | 松原市　　　その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | | | |
| 事業開始予定年月日 | 年　 月頃 | | 指定障害福祉サービスの事業所番号（共生型の場合のみ） | |  | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 施設等の概要 | 土地・建物等の面積 | 敷 地（ 　　　）㎡ ・ 延べ床面積（ 　　　）㎡ | | | | | | | | | | | | |
| 施設建物の構造 | （ 　　　　　　）造 （ 　　階建ての　　 階部分）  ※既存建物の場合は、築年及び建築申請時の用途（ 　　年築：　　　　　　 ） | | | | | | | | | | | | |
| 主たる各部屋の面積 | ①居室 | ㎡ | | | ②共同生活室 | | ㎡ | | ③洗面設備 | | | | ㎡ |
| ④トイレ | ㎡ | | | ⑤浴室 | ㎡ | ⑥脱衣室 | | ㎡ | | | ⑦医務室 | ㎡ |
| ⑧調理室 | ㎡ | | | ⑨洗濯室（洗濯場） | | ㎡ | | ⑩汚物処理室 | | | | ㎡ |
| ⑪介護材料室 | | | | ㎡ | ⑫事務室 | ㎡ | | ⑬廊下幅 | | | ｍ～　　ｍ | |
| 新築又は改修工事の着工・竣工予定時期 | 着工 | 年 月 日頃 | | | | | 竣工 | | 年 月 日頃 | | | | |
| 土地・建物の所有  及び使用状況 | 土地所有者 | | |  | | | 建物所有者 | | | |  | | |
| 賃貸借契約期間 | | | 年　　月　　日 | | | | ～ | | 年　　月　　日 | | | |
| 協力医療機関の確保状況（見込み含む）  ※距離及び所要時間を記載すること | 医療機関① | |  | | | | | 診療科目 | | |  | | |
| 医療機関② | |  | | | | | 診療科目 | | |  | | |
| 医療機関③ | |  | | | | | 診療科目 | | |  | | |