（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【従来（多床）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 | 利用定員 | 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食堂及び機能訓練室 | ㎡ | ③浴室 | ㎡ |
| ④脱衣室 | ㎡ | ⑤トイレ | ㎡ | ⑥洗面設備 | ㎡ | ⑦医務室 | ㎡ |
| ⑧静養室 | ㎡ | ⑨面談室 | ㎡ | ⑩介護職員室 | ㎡ |  |
| ⑪看護職員室 | ㎡ | ⑫調理室 | ㎡ | ⑬洗濯室（洗濯場） | ㎡ |
| ⑭汚物処理室 | ㎡ | ⑮介護材料室 | ㎡ | ⑯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 |  |