

(標準様式)

介護サービス事業 事前相談票

作成日： 年 月 日

(内容を了解のうえで☑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、以下のとおり介護サービス事業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	
------------	--

※事前相談票はサービス種類ごとに作成してください。

※居宅サービスと介護予防サービス又は総合事業を同時に行う場合は1枚に記載してください。

◎ 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してください。)		
	法人連絡先	担当者氏名		TEL(日中の連絡先)	
	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(記載予定含む)		
		<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無			
	既存事業の 実施状況	介護保険事業			
運営実績					
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	*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)			
	設置予定所在地			
	併設施設の有無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	名称・種別	
	事業開始の動機 (事業を行う理由)			
	提供するサービスの 特徴・特色			
	利用者確保の 取り組み策			
	定員又は見込数			
	営業日・時間		通常の実施地域	
	介護保険外サービス 実施有無とその内容	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無		

