

(標準様式)

【記載例】介護サービス事業 事前相談票

作成日：平成27年2月10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	通所介護・介護予防通所介護相当サービス
------------	---------------------

※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	株式会社 高齢者支援サービス	代表者	新潟 一郎	
	法人所在地	新潟市中央区学校町通1番町602番地1			
	法人設立年月日	平成23年4月1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	高齢 福子	TEL(日中の連絡先)	025-222-5531
	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	※記載しきれない場合「別紙のとおり」として定款等を添付してください	
		<input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	「介護保険法に基づく通所介護事業及び第1号通所事業」		
	既存事業の実施状況	介護保険事業	①訪問介護・介護予防訪問介護相当サービス ②居宅介護支援		
	運営実績	①3年6月 ②1年3月			
	その他主な実施事業	障害者自立支援法:居宅介護・重度訪問 不動産仲介業、医療機器販売業など			
(備考)	※介護保険事業に限らず、(異業種であっても)現に実施している主な実施事業を記載してください。				

◎ 事業計画

実施 事業 の 概 要	開始予定時期	平成27年9月 ※指定日は原則、毎月1日付けとなります。		
		※内容が記載しきれない場合は「別紙のとおり」として、項目ごとに記載したものを添付してください。		
		(仮)デイサービス花野古町		
		新潟市中央区古町通〇番町〇〇〇番地〇		
	併設施設の有無	<input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	名称・種別	花野古町ヘルパーサービス 訪問介護/介護予防訪問介護相当サービス
	事業開始の動機(事業を行う理由)	〇〇〇〇〇〇.....のため。		
	提供するサービスの特徴・特色	〇〇〇〇〇〇を特徴(特色)として.....を目的とし.....〇〇〇〇〇〇なサービスを提供する予定。		
	利用者確保の取り組み策	〇〇〇〇〇〇によって.....周知活動等を行い.....ことで継続的に事業が行えるよう.....〇〇〇〇〇〇していく予定。		
	定員又は見込数	30名~35名		
	営業日・時間	9:00~17:00(毎日)	通常の実施地域	新潟市中央区・東区・西区・江南区
介護保険外サービス実施有無とその内容	<input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	宿泊サービス(最大2名)		

