

(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29年10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	認知症対応型通所介護・介護予防認知症対応型通所介護
------------	---------------------------

※事前相談票はサービス種類ごとに作成してください。

※「認知症対応型通所介護」と「介護予防認知症対応型通所介護」など、地域密着型サービスと地域密着型介護予防サービス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29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認知症対応型通所介護事業及び介護予防認知症対応型通所介護事業」		
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30年1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..... .....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	10名~12名			
	営業日・時間	8:30~17:30(月~金曜)	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)			

