

定期巡回・随時対応型訪問介護看護整備運営候補事業者応募申込書
 (2024-2026年度整備分)

町 田 市 長 様

年 月 日

(応募者) 法人の主たる事務所の所在地

法人名 (ふりがな)

代表者氏名 (ふりがな)

標記の件について、別紙の書類を添えて応募いたします。

なお、応募書類の内容については事実と相違ないことを誓約します。

担当者連絡先

(ふりがな) 担当者氏名		所属 (役職)	_____ ()
連絡先	住所	〒		
	電話		
	FAX		
	メール		
緊急連絡先			

提出書類一覧表

	提出書類	様式	提出欄	建築計画無しの場合	建築計画有りの場合								確認欄 (市使用)
					事業者創設型	事業者改修型	オーナー創設型		オーナー改修型				
							事業者	所有者 法人 個人	事業者	所有者 法人 個人			
	1 応募申込書	様式1		○	○	○	○			○			
	2 提出書類一覧表	様式2		○	○	○	○			○			
A 事業者の概要	3 整備事業計画概要	様式3		○	○	○	○	○		○	○		
	4 事業者の定款、寄附行為等及びその登記簿謄本(原本)			○	○	○	○	○		○	○		
	5 収支予算書			○	○	○	○	○		○	○		
	6 決算報告書(直近3年間の決算書)			○	○	○	○	○		○	○		
	7 指導検査結果通知書及び改善報告書の写し(直近2か年分)	様式4			○	○	○	○		○			
オーナーが個人の場合	8 履歴書 ※家族(法定相続人)の内容を入れてください									○			○
	9 既存の借入金リスト									○			○
	10 確定申告書(写し)									○			○
	11 固定資産の課税証明書(所有するもの全て・直近のもの)(原本)									○			○
B 事業計画	12 開設提案書・対策計画書(建築計画がある場合で、浸水深1m未満の浸水予想区域に開設予定の場合、提出すること。)	様式5		○	○	○	○			○			
	13 オーナーの事業参入理由書							○	○			○	○
	14 開設までのスケジュール(設計、施工、職員採用、研修等)	様式6		○	○	○	○	○	○	○	○	○	
	15 近隣同意書又は説明状況(隣接住民への周知・説明状況) ※説明を行った住宅がわかるよう地図を添付すること。	様式7			○	○	○				○		
	16 第三者評価の写し(直近2か年分)			○	○	○	○			○			
17 誓約書	様式8			○	○	○	○			○			
C 資金計画	18 収支見込シミュレーション	様式9 (法人用)(オーナー用)		○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
	19 資金計画書	様式10		○									
	20 事業費按分表	様式11			○	○		○	○		○	○	
	21 工事見積書				○	○		○	○		○	○	
	22 税金の未納がないことを証する書面(原本) ※事業者及びオーナーが法人の場合は納税証明書その3の3を提出すること。 ※オーナーが個人の場合は納税証明書その3の2を提出すること。				○	○	○	○	○	○	○	○	○
D 土地・建物関係	23 公図(原本)(用地の公図) ※3月以内であること				○	○		○	○		○	○	
	24 土地登記簿謄本(原本) ※3月以内であること				○	○		○	○		○	○	
	25 建物登記簿謄本(原本) ※3月以内であること					○					○	○	
	26 土地売買(賃貸借)契約書又は確約書(写し) ※自己所有の場合は不要				○			○	○				
	27 建物売買(賃貸借)契約書又は確約書(写し) ※自己所有の場合は不要			○		○	○				○	○	
	28 各室面積表				○	○		○	○		○	○	
	29 図面(配置図、平面図、立面図) ※建築計画が無い場合は、フロア図(手書き可)及び平米数がわかる間取図			○	○	○		○	○		○	○	
	30 周辺地図(案内図)			○	○	○		○	○		○	○	
	31 建築確認に関わる書類(確認済証、検査済証)										○	○	
	32 土地・建物の概況写真(計画地の現況写真)(カラー)			○	○	○		○	○		○	○	
	33 施設建設計画 事前チェックリスト	様式12			○	○	○				○		

※ No.6、7、16は降順とすること。

提出書類一覧表

	提出書類	様式	提出欄	建築計画 無しの場合	建築計画有りの場合								確認欄 (市使用)
					事業者 創設型	事業者 改修型	オーナー創設型		オーナー改修型				
							事業者	所有者 法人 個人	事業者	所有者 法人 個人			
	1 応募申込書	様式1		○	○	○	○			○			
	2 提出書類一覧表	様式2		○	○	○	○			○			
A 事業者の概要	3 整備事業計画概要	様式3		○	○	○	○	○		○	○		
	4 事業者の定款、寄附行為等及びその登記簿謄本(原本)			○	○	○	○	○		○	○		
	5 収支予算書			○	○	○	○	○		○	○		
	6 決算報告書(直近3年間の決算書)			○	○	○	○	○		○	○		
	7 指導検査結果通知書及び改善報告書の写し(直近2か年分)	様式4		○	○	○	○			○			
オーナーが個人の場合	8 履歴書 ※家族(法定相続人)の内容を入れてください									○			○
	9 既存の借入金リスト									○			○
	10 確定申告書(写し)									○			○
	11 固定資産の課税証明書(所有するもの全て・直近のもの)(原本)									○			○
B 事業計画	12 開設提案書・対策計画書(建築計画がある場合で、浸水深1m未満の浸水予想区域に開設予定の場合、提出すること。)	様式5		○	○	○	○			○			
	13 オーナーの事業参入理由書								○	○		○	○
	14 開設までのスケジュール(設計、施工、職員採用、研修等)	様式6		○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
	15 近隣同意書又は説明状況(隣接住民への周知・説明状況) ※説明を行った住宅がわかるよう地図を添付すること。	様式7			○	○	○				○		
	16 第三者評価の写し(直近2か年分)			○	○	○	○			○			
17 誓約書	様式8		○	○	○	○			○				
C 資金計画	18 収支見込シミュレーション	様式9 (法人用)(オーナー用)		○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
	19 事業費按分表	様式10			○	○		○	○		○	○	○
	20 工事見積書				○	○		○	○		○	○	○
	21 税金の未納がないことを証する書面(原本) ※事業者及びオーナーが法人の場合は納税証明書その3の3を提出すること。 ※オーナーが個人の場合は納税証明書その3の2を提出すること。			○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
D 土地・建物関係	22 公図(原本)(用地の公図) ※3月以内であること				○	○		○	○		○	○	
	23 土地登記簿謄本(原本) ※3月以内であること				○	○		○	○		○	○	
	24 建物登記簿謄本(原本) ※3月以内であること					○					○	○	
	25 土地売買(賃貸借)契約書又は確約書(写し) ※自己所有の場合は不要				○		○		○	○			
	26 建物売買(賃貸借)契約書又は確約書(写し) ※自己所有の場合は不要			○		○	○				○	○	
	27 各室面積表				○	○		○	○		○	○	
	28 図面(配置図、平面図、立面図) ※建築計画が無い場合は、フロア図(手書き可)及び平米数がわかる間取図			○	○	○		○	○		○	○	
	29 周辺地図(案内図)			○	○	○		○	○		○	○	
	30 建築確認に関わる書類(確認済証、検査済証)					○					○	○	
	31 土地・建物の概況写真(計画地の現況写真)(カラー)			○	○	○		○	○		○	○	
	32 施設建設計画 事前チェックリスト	様式11		○	○	○				○			

※併設の場合は、No.1、2、3、12、17をご提出ください。

定期巡回・随時対応型訪問介護看護 整備事業計画概要

※ □欄のあるものは、該当する項目を■に塗りつぶすこと。

法人の概要	施設整備種別		<input type="checkbox"/> 社会福祉法人 <input type="checkbox"/> NPO法人 <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> 医療法人 <input type="checkbox"/> 株式会社・有限会社 <input type="checkbox"/> 定期巡回・随時対応型訪問介護看護 <input type="checkbox"/> 一体型 <input type="checkbox"/> 連携型 予定利用者数 名				
	その他併設施設						
	フリガナ 法人名 (計画者名)			法人 本部 所在地			
	フリガナ 整備施設名			整備 計画地 住所			
	設立 年月日			関連法人			
	役職	フリガナ 氏名又は人数					
	理事長			取引銀行			
	理事	人 ※理事長含む		資本金 (単位：千円)			
	監事	人		従業員数	全職員 人	うち、 常勤職員 人 非常勤職員 人	
	評議員	人					
法人の担当者		フリガナ 氏名	連絡先		電話		
		職名			携帯		
					FAX		
					E-mail		
現在の 介護保険 施設・事業所 (他道府県 分も記載)		施設種別	名称	定員	所在地	開始年月日	
本計画以外の整備計画 (建設中のものを含む) の有無 <input type="checkbox"/> 有(別紙一覧) <input type="checkbox"/> 無							

勘定科目	過去3か年の決算状況等 (単位：千円)			
	年度	年度	年度	
資産の部 A				
流動資産 a				
うち現金預金				
固定資産 b				
うち預金				
負債の部 B				
流動負債 c				
うち短期借入金				
固定負債 d				
うち長期借入金				
うち償還補助額				
純資産の部 e				
資本金				
国庫補助金等特別積立金				
各種積立金				
次期繰越活動収支差額				
うち当期活動収支差額				
負債及び純資産の部計				
営業活動利益				
資産割合 (A/B)	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	
流動比率 (a/c)	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	
自己資本比率 (e/(a+b))	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	
固定長期適合率 (b/(d+e))	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	
整備区分	建物権利	建物構造	工事予定期間等	
建築計画	<input type="checkbox"/> 法人が 新築	<input type="checkbox"/> 所有 <input type="checkbox"/> 賃借 (年) 敷地概要	耐火 ・ 準耐火 地上： 階 地下： 階	年月以降都補助内示予定 ↓ 着工： 年 月 ↓ 竣工： 年 月 ↓ 開設： 年 月 (工事期間： 年 か月)
	<input type="checkbox"/> 法人が 改修	敷地面積 m ²		
	<input type="checkbox"/> オーナー が新築	建築面積 m ²		
	<input type="checkbox"/> オーナー が改修	延床面積 m ²		
周辺医療機関	医療機関名	建設予定地 からの距離	診療科目 ※ 施設利用者が診療、入院を要する場合等に協力を得られる (見込みの) 医療機関	
			<input type="checkbox"/> 内科 <input type="checkbox"/> 外科 <input type="checkbox"/> 耳鼻咽喉科 <input type="checkbox"/> 皮膚科 <input type="checkbox"/> 眼科 <input type="checkbox"/> 歯科 <input type="checkbox"/> その他 ()	
			<input type="checkbox"/> 内科 <input type="checkbox"/> 外科 <input type="checkbox"/> 耳鼻咽喉科 <input type="checkbox"/> 皮膚科 <input type="checkbox"/> 眼科 <input type="checkbox"/> 歯科 <input type="checkbox"/> その他 ()	
			<input type="checkbox"/> 内科 <input type="checkbox"/> 外科 <input type="checkbox"/> 耳鼻咽喉科 <input type="checkbox"/> 皮膚科 <input type="checkbox"/> 眼科 <input type="checkbox"/> 歯科 <input type="checkbox"/> その他 ()	
			<input type="checkbox"/> 内科 <input type="checkbox"/> 外科 <input type="checkbox"/> 耳鼻咽喉科 <input type="checkbox"/> 皮膚科 <input type="checkbox"/> 眼科 <input type="checkbox"/> 歯科 <input type="checkbox"/> その他 ()	
			<input type="checkbox"/> 内科 <input type="checkbox"/> 外科 <input type="checkbox"/> 耳鼻咽喉科 <input type="checkbox"/> 皮膚科 <input type="checkbox"/> 眼科 <input type="checkbox"/> 歯科 <input type="checkbox"/> その他 ()	

建設 予 定 地 の 状 況	用途地域等	<input type="checkbox"/> 市街化区域 (用途地域：) 土地の現況 <input type="checkbox"/> 宅地 <input type="checkbox"/> 農地 <input type="checkbox"/> その他 () 敷地面積 m ² 許容建ぺい率 % (m ²) 許容容積率 % (m ²)		
	その他の 規制状況等	<input type="checkbox"/> 埋蔵文化財包蔵地域 <input type="checkbox"/> 生産緑地 <input type="checkbox"/> 傾斜地 <input type="checkbox"/> 土砂災害警戒区域 <input type="checkbox"/> 土砂災害特別警戒区域 <input type="checkbox"/> 土砂災害危険箇所 <input type="checkbox"/> 浸水予想区域 (<input type="checkbox"/> 浸水深 1 m未満 ・ <input type="checkbox"/> 浸水深 1 m以上) <input type="checkbox"/> その他 ()		
		既存建物の有無	<input type="checkbox"/> 有 (種類：) <input type="checkbox"/> 無	
		取付道路の有無	<input type="checkbox"/> 有 (幅員： m) <input type="checkbox"/> 無	
建設 予 定 建 物	現在の建物所有者	境界確定(済)の有無	<input type="checkbox"/> 有 (全部 ・ 一部) <input type="checkbox"/> 無	
		赤道の有無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	
		電気の有無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	
		ガスの有無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	
		水道の有無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	
		排水の有無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	
		その他 ()		
		土壌汚染・埋蔵文化財等の有無や農地法・都市計画法・市町村宅地開発条例等の土地利用に係る規制の有無、担当部局との調整状況及び今後の予定 <input type="checkbox"/> 有 () <input type="checkbox"/> 無 ()		
		土地権利関係 (予定を含む)	<input type="checkbox"/> 法人所有 <input type="checkbox"/> 法人購入 <input type="checkbox"/> 借地 地代の有無 <input type="checkbox"/> 無償 <input type="checkbox"/> 有償 (月額 円) 登記の有無 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (内容：) <input type="checkbox"/> その他 ()	
		現在の土地所有者	土地所有者名	
法定相続人				
法人との関係				
建設 予 定 建 物	現在の建物所有者	建物権利関係 (予定を含む)	<input type="checkbox"/> 法人所有 <input type="checkbox"/> 法人購入 <input type="checkbox"/> 賃貸借 家賃の有無 <input type="checkbox"/> 無償 <input type="checkbox"/> 有償 (月額 円) 登記の有無 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (内容：) <input type="checkbox"/> その他 ()	
		建物所有者名		
		法定相続人 (建物所有者が60歳以上の場合記載)		
		法人との関係		

本計画以外の整備計画において有とした法人のみ記載

年 月 日現在の計画一覧（他道府県分、建設予定も含む）

番号	施設種別	名称	定員	所在地	資金計画 (円)	
1					整備費	
					備品費	
					土地購入費等	
					運転資金	
					法人事務費	
2					整備費	
					備品費	
					土地購入費等	
					運転資金	
					法人事務費	
3					整備費	
					備品費	
					土地購入費等	
					運転資金	
					法人事務費	
4					整備費	
					備品費	
					土地購入費等	
					運転資金	
					法人事務費	
5					整備費	
					備品費	
					土地購入費等	
					運転資金	
					法人事務費	
6					整備費	
					備品費	
					土地購入費等	
					運転資金	
					法人事務費	

形態及びサービス圏域等	最長到着時間	通報を受けてから担当地域内の利用者宅まで 分 ※利用者宅は、主たる事業所からの直線距離で最も遠い地点を想定してください。移動手段もご記入ください。		
	訪問車両駐車場の位置等	駐車場	町田市	
		駐車台数	台（事業所・サテライト拠点から徒歩 分）	
	サービス圏域	圏域（複数でも可）		
	予定利用者数			
	管理者（予定）	氏名		
		定期巡回・随時対応訪問介護看護での管理者経験 年		
		その他介護サービス事業所・施設での管理者経験 年（種別： ）		
		当該定期巡回・随時対応型訪問介護看護事業所、または同一敷地内事業所で兼務する他の職種 ※兼務の場合のみ記入		
	オペレーター	オペレーターの所在地	<input type="checkbox"/> 事業所内 <input type="checkbox"/> 事業所外（ ）	
		専従 人（常勤 人 非常勤 人）兼務（常勤 人 非常勤 人）		
		資格	①医師（ ）人 ②看護師（ ）人 ③准看護師（ ）人 ④保健師（ ）人 ⑤社会福祉士（ ）人 ⑥介護福祉士（ ）人 ⑦ケアマネジャー（ ）人 ⑧経験のあるサービス提供責任者（ ）人	
	訪問介護員等	定期巡回サービス		
		専従 人（常勤 人 非常勤 人）兼務（常勤 人 非常勤 人）		
		随時訪問サービス		
専従 人（常勤 人 非常勤 人）兼務（常勤 人 非常勤 人）				
看護職員	資格	①介護福祉士（ ）人 ②訪問介護員（1級 人、2級 人） ③その他（ ）（ ）人 上記以外に、業務委託で確保する訪問介護職員等の数（ ）人		
	専従 人（常勤 人 非常勤 人）兼務（常勤 人 非常勤 人）			
計画作成責任者	専従 人（常勤 人 非常勤 人）兼務（常勤 人 非常勤 人）			
	資格	①医師（ ）人 ②看護師（ ）人 ③准看護師（ ）人 ④保健師（ ）人 ⑤社会福祉士（ ）人 ⑥介護福祉士（ ）人 ⑦ケアマネジャー（ ）人 ⑧経験のあるサービス提供責任者（ ）人		
通信機器等	利用者状況を蓄積する機器等の概要	（機器を設置しない場合はそれに替わる体制等）※利用欄は適宜追加・概要図・パンフレット・写真等を添付のこと		
	利用者と連絡をとる通信機器等の概要	（機器を設置しない場合はそれに替わる体制等）※利用欄は適宜追加・概要図・パンフレット・写真等を添付のこと		
サテライト拠点	※主たる事業所以外にサテライト拠点（サービス供給拠点）を設置する場合のみ記入のこと。			
	所在地	整備	連携に係る契約	
		する・しない	自社・他社	契約済・契約予定
		する・しない	自社・他社	契約済・契約予定
連携する訪問看護事業所	※連携型事業所の場合に提出			
	所在地	事業所名	連携に係る契約	
			自社・他社	契約済・契約予定
			自社・他社	契約済・契約予定
			自社・他社	契約済・契約予定
ターミナルケア方針の作成予定		<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無		

定期巡回・随時対応型訪問介護看護 整備事業計画概要

※ □欄のあるものは、該当する項目を■に塗りつぶすこと。

施設整備種別		<input checked="" type="checkbox"/> 社会福祉法人 <input type="checkbox"/> NPO法人 <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> 医療法人 <input type="checkbox"/> 株式会社・有限会社 <input checked="" type="checkbox"/> 定期巡回・随時対応型訪問介護看護 <input type="checkbox"/> 一体型 <input checked="" type="checkbox"/> 連携型 予定利用者数30名			
その他併設施設					
フリガナ 法人名 (計画者名)	マルマルカイ 社会福祉法人 ○○会 ○○ 太郎	法人 本部 所在地	東京都○○市△△■ー×		
			(最寄駅：△△線□□駅下車、徒歩3分)		
フリガナ 整備施設名	マルマル (仮称) ○○	整備 計画地 所	町田市××△ー×		
			(最寄駅：××線「××」駅下車、バス×分「××」停留所)		
設立 年月日	2000年1月	関連法人	株式会社○○○○		
役職	法人の設立日を記入 フリガナ 氏名又は人数				
理事長	マルマル タロウ ○○ 太郎	取引銀行	○○銀行 ■■■支店		
理事	○ 人 ※理事長含む	資本金 (単位：千円)	○○円		
監事	○ 人	従業員数	全職員 ○ 人	うち、 常勤職員 ○ 人 非常勤職員 ○ 人	
評議員	○ 人				
法人の担当者	フリガナ 氏名	マルマル ジロウ ○○ 次郎	連絡先	電話	○○-□□□□-■■■■■
	職名	○○の郷事務長		携帯	○○○-□□□□-■■■■■
				FAX	○○-□□□□-■■■■■
				E-mail	×-×××@×××.ne.jp
施設種別	名称	定員	所在地	開始年月日	
特養	○○の郷	75人	東京都○○市△△■ー×		
現在の 介護保険 施設・事業所 (他道府県 分も記載)					
本計画以外の整備計画（建設中のものを含む）の有無				<input checked="" type="checkbox"/> 有(別紙一覧) <input type="checkbox"/> 無	

予定している事業を
全て記載(床面積を
要しない「事業」も含)

(仮称)としてください

法人の設立日を記入

法人の概要

勘定科目	過去3か年の決算状況等 (単位: 千円)		
	20xx年度	20xx年度	20xx年度
資産の部 A	XXXXXXXXXX	XXXXXXXXXX	XXXXXXXXXX
流動資産 a	XXXXXXXXXX	XXXXXXXXXX	XXXXXXXXXX
うち現金預金	XXXXXXXXXX	XXXXXXXXXX	XXXXXXXXXX
固定資産 b	XXXXXXXXXX	XXXXXXXXXX	XXXXXXXXXX
うち預金	XXXXXXX	XXXXXXX	XXXXXXX
負債の部 B	XXXXXXXXXX	XXXXXXXXXX	XXXXXXXXXX
流動負債 c	XXXXXXX	XXXXXXX	XXXXXXX
うち短期借入金	XXXXXXX	XXXXXXX	XXXXXXX
固定負債 d	XXXXXXXXXX	XXXXXXXXXX	XXXXXXXXXX
うち長期借入金	XXXXXXX	XXXXXXX	XXXXXXX
うち償還補助額	XXXXXXX	XXXXXXX	XXXXXXX
純資産の部 e	XXXXXXXXXX	XXXXXXXXXX	XXXXXXXXXX
資本金	XXXXXXXXXX	XXXXXXXXXX	XXXXXXXXXX
国庫補助金等特別積立金	XXXXXXXXXX	XXXXXXXXXX	XXXXXXXXXX
各種積立金	XXXXXXXXXX	XXXXXXXXXX	XXXXXXXXXX
	XXXXXXX	XXXXXXX	XXXXXXX
	XXXXXXX	XXXXXXX	XXXXXXX
次期繰越活動収支差額	XXXXXXXXXX	XXXXXXXXXX	XXXXXXXXXX
うち当期活動収支差額	XXXXXXX	XXXXXXX	XXXXXXX
負債及び純資産の部計	XXXXXXXXXX	XXXXXXXXXX	XXXXXXXXXX
営業活動利益			
資産割合 (A/B)	#VALUE!	#VALUE!	#VALUE!
流動比率 (a/c)	#VALUE!	#VALUE!	#VALUE!
自己資本比率 (e/(a+b))	#VALUE!	#VALUE!	#VALUE!
固定長期適合率 (b/(d+e))	#VALUE!	#VALUE!	#VALUE!
整備区分	建物権利	建物構造	工事予定期間等
<input type="checkbox"/> 法人が新築	<input type="checkbox"/> 所有 <input checked="" type="checkbox"/> 賃借 (年)		20xx年x月以降都補助内示予定
<input type="checkbox"/> 法人が改修	敷地概要	木造	着工: 年 月
<input checked="" type="checkbox"/> オーナーが新築	敷地面積 1,450.17㎡	耐火 ・ 準耐火	↓
<input type="checkbox"/> オーナーが改修	建築面積 570.77㎡	地上: 2階	竣工: 年 月
		地下:	↓
	併設がある場合は、それを 含めて記載すること。		開設: 年 月
			(工事期間: か月)
医療機関名	建設予定地からの距離	診療科目	
××病院	0.3km	※ 施設利用者が診療、入院を要する場合等に協力を得られる (見込みの) 医療機関	
××歯科	0.5km	■内科 ■外科 □耳鼻咽喉科 ■皮膚科 □眼科 □歯科 ■その他 (精神科)	
××医院	1.0km	□内科 □外科 □耳鼻咽喉科 □皮膚科 □眼科 □歯科 □その他 ()	
		□内科 □外科 □耳鼻咽喉科 □皮膚科 □眼科 □歯科 □その他 ()	
		□内科 □外科 □耳鼻咽喉科 □皮膚科 □眼科 □歯科 □その他 ()	
		□内科 □外科 □耳鼻咽喉科 □皮膚科 □眼科 □歯科 □その他 ()	

建設予定地の状況	用途地域等	<input checked="" type="checkbox"/> 市街化区域 (用途地域：第1種低層住居専用地域)	
		土地の現況 <input checked="" type="checkbox"/> 宅地 <input type="checkbox"/> 農地 <input type="checkbox"/> その他 ()	
		敷地面積 1,450.17 m ²	許容建ぺい率 40 % (580.07 m ²)
			許容容積率 80 % (1,160.14 m ²)
建設予定建物の状況	その他の規制状況等	<input type="checkbox"/> 埋蔵文化財包蔵地域 <input type="checkbox"/> 生産緑地 <input type="checkbox"/> 傾斜地 <input type="checkbox"/> 土砂災害警戒区域 <input type="checkbox"/> 土砂災害特別警戒区域 <input type="checkbox"/> 土砂災害危険箇所 <input type="checkbox"/> 浸水予想区域 (<input type="checkbox"/> 浸水深1m未満 ・ <input type="checkbox"/> 浸水深1m以上) <input type="checkbox"/> その他 ()	
		既存建物の有無 <input type="checkbox"/> 有 (種類：) <input checked="" type="checkbox"/> 無	
		取付道路の有無 <input checked="" type="checkbox"/> 有 (幅員： 8 m) <input type="checkbox"/> 無	
		境界確定(済)の有無 <input checked="" type="checkbox"/> 有 (全部) ・ <input type="checkbox"/> 一部 <input type="checkbox"/> 無	
	赤道の有無 <input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無		
	電気の有無 <input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無		
	ガスの有無 <input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無		
	水道の有無 <input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無		
	排水の有無 <input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無		
	その他 ()	財等の有無や農地法・都市計画法・市町村宅地開発条例等の有無、担当部局との調整状況及び今後の予定	
	<input checked="" type="checkbox"/> 有 () <input type="checkbox"/> 無	必要に応じて書類を添付すること。	
	併設がある場合は、それを 含めて記載すること。	併設がある場合は、それを 含めて記載すること。	
	土地権利関係 (予定を含む)	<input type="checkbox"/> 法人所有 <input type="checkbox"/> 法人購入 <input type="checkbox"/> 借地 地代の有無 <input type="checkbox"/> 無償 <input type="checkbox"/> 有償 (月額 円) 登記の有無 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (内容：) <input type="checkbox"/> その他 ()	
	現在の土地所有者	土地所有者名	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 一郎
		法定相続人	
		法人との関係	役員、評議員を含め無関係
	建物権利関係 (予定を含む)	<input type="checkbox"/> 法人所有 <input type="checkbox"/> 法人購入 <input checked="" type="checkbox"/> 建物の賃貸借 家賃の有無 <input type="checkbox"/> 無償 <input checked="" type="checkbox"/> 有償 (月額 X,XXX,XXX 円) 登記の有無 <input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> 有 (内容： 賃貸借) <input type="checkbox"/> その他 ()	
	現在の建物所有者	建物所有者名	
		表がいない等の場合記載)	
		法人との関係	

○浸水深1m未満の浸水予想区域に整備する場合は、様式4-2「対策計画書」にその旨を明記し、想定される被災リスクに対して、安全確保や避難に係る設計上の工夫や設備等の対策を講じ、非常災害対策計画・避難確保計画等にも記載すること。

必要に応じて書類を添付すること。

併設がある場合は、それを含めて記載すること。

併設がある場合は、それを含めて記載すること。

本計画以外の整備計画において有とした法人のみ記載

〇〇〇〇年〇月〇日現在の計画一覧（他道府県分、建設予定も含む）

番号	施設種別	名称	定員	所在地	資金計画 (円)	
1	住宅型有料老人ホーム 通所介護	〇〇〇〇	〇	〇〇市〇〇▲▲	整備費	XXXX
					備品費	XXX
					土地購入費等	XX
					運転資金	XXXXXXXX
					法人事務費	XXXXXX
2	認知症対応型 共同生活介護	〇〇〇〇	〇	〇〇市〇〇▲▲	整備費	XXXX
					備品費	XXX
					土地購入費等	XX
					運転資金	XXXXXXXX
					法人事務費	XXXXXX
3					整備費	
					備品費	
					土地購入費等	
					運転資金	
					法人事務費	
4					整備費	
					備品費	
					土地購入費等	
					運転資金	
					法人事務費	
5					整備費	
					備品費	
					土地購入費等	
					運転資金	
					法人事務費	
6					整備費	
					備品費	
					土地購入費等	
					運転資金	
					法人事務費	

形態及びサービス圏域等	最長到着時間	通報を受けてから担当地域内の利用者宅まで 自転車 で30分 ※利用者宅は、主たる事業所からの直線距離で最も遠い地点を想定してください。移動手段もご記入ください。 サービス提供エリア：事業所から約〇Km 交通手段：自転車			
	訪問車両駐車場の位置等	駐車場	町田市△△××-×		
		駐車台数	〇台（事業所・サテライト拠点から徒歩 〇分）		
	サービス圏域	圏域（複数でも可）			
	予定利用者数	30名			
	管理者（予定）	氏名	〇〇 太郎		
		定期巡回・随時対応訪問介護看護での管理者経験	〇年		
		その他介護サービス事業所・施設での管理者経験	〇年（サービス種別）		
		当該定期巡回・随時対応型訪問介護看護事業所、または同一敷地内事業所で兼務する他の職種 ※兼務の場合のみ記入 計画作成責任者			
	オペレーター	オペレーターの所在地	<input checked="" type="checkbox"/> 事業所内 <input type="checkbox"/> 事業所外（ ）		
		専従	人（常勤 人 非常勤 人）兼務（常勤 5人 非常勤 人）		
		資格	①医師（ ）人 ②看護師（ ）人 ③准看護師（ ）人 ④保健師（ ）人 ⑤社会福祉士（ ）人 ⑥介護福祉士（5）人 ⑦ケアマネジャー（ ）人 ⑧経験のあるサービス提供責任者（ ）人		
	訪問介護員等	定期巡回サービス			
		専従	人（常勤 人 非常勤 人）兼務（常勤 5人 非常勤 人）		
		随時訪問サービス			
専従		人（常勤 人 非常勤 人）兼務（常勤 5人 非常勤 人）			
訪問介護員等	資格	①介護福祉士（2）人 ②訪問介護員（1級 人、2級 人） ③その他（ ）（ ）人 上記以外に、業務委託で確保する訪問介護職員等の数（2）人			
	看護職員	専従 人（常勤 人 非常勤 人）兼務（常勤 人 非常勤 人）			
計画作成責任者	専従	人（常勤 人 非常勤 人）兼務（常勤 1人 非常勤 人）			
	資格	①医師（ ）人 ②看護師（ ）人 ③准看護師（ ）人 ④保健師（ ）人 ⑤社会福祉士（ ）人 ⑥介護福祉士（1）人 ⑦ケアマネジャー（ ）人 ⑧経験のあるサービス提供責任者（ ）人			
通信機器等	利用者状況を蓄積する機器等の概要	（機器を設置しない場合はそれに替わる体制等）※利用欄は適宜追加・概要図・パンフレット・写真等を添付のこと 記入してください。			
	利用者と連絡をとる通信機器等の概要	（機器を設置しない場合はそれに替わる体制等）※利用欄は適宜追加・概要図・パンフレット・写真等を添付のこと 記入してください。			
サテライト拠点	※主たる事業所以外にサテライト拠点（サービス供給拠点）を設置する場合のみ記入のこと。				
	所在地	整備	連携に係る契約		
	町田市△△××-×	する・しない	自社・他社	契約済・契約予定	
		する・しない	自社・他社	契約済・契約予定	
連携する訪問看護事業所	※連携型事業所の場合に提出				
	所在地	事業所名	連携に係る契約		
	町田市△△××-×	〇〇〇〇	自社・他社	契約済・契約予定	
			自社・他社	契約済・契約予定	
		自社・他社	契約済・契約予定		
ターミナルケア方針の作成予定		<input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無			

定期巡回・随時対応型訪問介護看護 整備事業計画概要

※ □欄のあるものは、該当する項目を■に塗りつぶすこと。

法人の概要	施設整備種別		<input type="checkbox"/> 社会福祉法人 <input type="checkbox"/> NPO法人 <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> 医療法人 <input type="checkbox"/> 株式会社・有限会社 <input type="checkbox"/> 定期巡回・随時対応型訪問介護看護 <input type="checkbox"/> 一体型 <input type="checkbox"/> 連携型 予定利用者数 名		
			その他併設施設		
			フリガナ 法人名 (計画者名)	法人 本部 所在地	
	フリガナ 整備施設名	整備 計画地 住所			
	設立 年月日	関連法人			
	役職	フリガナ 氏名又は人数	取引銀行		
	理事長		資本金 (単位：千円)		
	理事	人 ※理事長含む	従業員数	全職員 人	うち、 常勤職員 非常勤職員
	監事	人			人
	評議員	人			人
法人の担当者	フリガナ 氏名	連絡先	電話		
	職名		携帯		
			FAX		
			E-mail		
現在の 介護保険 施設・事業所 (他道府県 分も記載)	施設種別	名称	定員	所在地	開始年月日
本計画以外の整備計画（建設中のものを含む）の有無					<input type="checkbox"/> 有(別紙一覧) <input type="checkbox"/> 無

勘定科目	過去3か年の決算状況等 (単位: 千円)		
	年度	年度	年度
資産の部 A			
流動資産 a			
うち現金預金			
固定資産 b			
うち預金			
負債の部 B			
流動負債 c			
うち短期借入金			
固定負債 d			
うち長期借入金			
うち償還補助額			
純資産の部 e			
資本金			
国庫補助金等特別積立金			
各種積立金			
次期繰越活動収支差額			
うち当期活動収支差額			
負債及び純資産の部計			
営業活動利益			
資産割合 (A/B)	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!
流動比率 (a/c)	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!
自己資本比率 (e/(a+b))	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!
固定長期適合率 (b/(d+e))	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!
開設予定日	年 月 日		
周辺医療機関	医療機関名	建設予定地からの距離	診療科目 ※ 施設利用者が診療、入院を要する場合等に協力を得られる (見込みの) 医療機関
			<input type="checkbox"/> 内科 <input type="checkbox"/> 外科 <input type="checkbox"/> 耳鼻咽喉科 <input type="checkbox"/> 皮膚科 <input type="checkbox"/> 眼科 <input type="checkbox"/> 歯科 <input type="checkbox"/> その他 ()
			<input type="checkbox"/> 内科 <input type="checkbox"/> 外科 <input type="checkbox"/> 耳鼻咽喉科 <input type="checkbox"/> 皮膚科 <input type="checkbox"/> 眼科 <input type="checkbox"/> 歯科 <input type="checkbox"/> その他 ()
			<input type="checkbox"/> 内科 <input type="checkbox"/> 外科 <input type="checkbox"/> 耳鼻咽喉科 <input type="checkbox"/> 皮膚科 <input type="checkbox"/> 眼科 <input type="checkbox"/> 歯科 <input type="checkbox"/> その他 ()
			<input type="checkbox"/> 内科 <input type="checkbox"/> 外科 <input type="checkbox"/> 耳鼻咽喉科 <input type="checkbox"/> 皮膚科 <input type="checkbox"/> 眼科 <input type="checkbox"/> 歯科 <input type="checkbox"/> その他 ()
			<input type="checkbox"/> 内科 <input type="checkbox"/> 外科 <input type="checkbox"/> 耳鼻咽喉科 <input type="checkbox"/> 皮膚科 <input type="checkbox"/> 眼科 <input type="checkbox"/> 歯科 <input type="checkbox"/> その他 ()
建物権利関係 (予定を含む)	<input type="checkbox"/> 法人所有 <input type="checkbox"/> 法人購入 <input type="checkbox"/> 賃貸借 家賃の有無 <input type="checkbox"/> 無償 <input type="checkbox"/> 有償 (月額 円) <input type="checkbox"/> その他 ()		

年 月 日現在の計画一覧（他道府県分、建設予定も含む）

番号	施設種別	名称	定員	所在地	資金計画 (円)	
1					整備費	
					備品費	
					土地購入費等	
					運転資金	
					法人事務費	
2					整備費	
					備品費	
					土地購入費等	
					運転資金	
					法人事務費	
3					整備費	
					備品費	
					土地購入費等	
					運転資金	
					法人事務費	
4					整備費	
					備品費	
					土地購入費等	
					運転資金	
					法人事務費	
5					整備費	
					備品費	
					土地購入費等	
					運転資金	
					法人事務費	
6					整備費	
					備品費	
					土地購入費等	
					運転資金	
					法人事務費	

形態及びサービス圏域等	最長到着時間	通報を受けてから担当地域内の利用者宅まで 分 ※利用者宅は、主たる事業所からの直線距離で最も遠い地点を想定してください。移動手段もご記入ください。		
	訪問車両駐車場の位置等	駐車場	町田市	
		駐車台数	台（事業所・サテライト拠点から徒歩 分）	
	サービス圏域	圏域（複数でも可）		
	予定利用者数			
	管理者（予定）	氏名		
		定期巡回・随時対応訪問介護看護での管理者経験 年		
		その他介護サービス事業所・施設での管理者経験 年（種別： ）		
		当該定期巡回・随時対応型訪問介護看護事業所、または同一敷地内事業所で兼務する他の職種 ※兼務の場合のみ記入		
	オペレーター	オペレーターの所在地	<input type="checkbox"/> 事業所内 <input type="checkbox"/> 事業所外（ ）	
		専従 人（常勤 人 非常勤 人）兼務（常勤 人 非常勤 人）		
		資格	①医師（ ）人 ②看護師（ ）人 ③准看護師（ ）人 ④保健師（ ）人 ⑤社会福祉士（ ）人 ⑥介護福祉士（ ）人 ⑦ケアマネジャー（ ）人 ⑧経験のあるサービス提供責任者（ ）人	
訪問介護員等	定期巡回サービス			
	専従 人（常勤 人 非常勤 人）兼務（常勤 人 非常勤 人）			
	随時訪問サービス			
	専従 人（常勤 人 非常勤 人）兼務（常勤 人 非常勤 人）			
看護職員	資格	①介護福祉士（ ）人 ②訪問介護員（1級 人、2級 人） ③その他（ ）（ ）人 上記以外に、業務委託で確保する訪問介護職員等の数（ ）人		
	専従 人（常勤 人 非常勤 人）兼務（常勤 人 非常勤 人）			
計画作成責任者	専従 人（常勤 人 非常勤 人）兼務（常勤 人 非常勤 人）			
	資格	①医師（ ）人 ②看護師（ ）人 ③准看護師（ ）人 ④保健師（ ）人 ⑤社会福祉士（ ）人 ⑥介護福祉士（ ）人 ⑦ケアマネジャー（ ）人 ⑧経験のあるサービス提供責任者（ ）人		
通信機器等	利用者状況を蓄積する機器等の概要	（機器を設置しない場合はそれに替わる体制等）※利用欄は適宜追加・概要図・パンフレット・写真等を添付のこと		
	利用者と連絡をとる通信機器等の概要	（機器を設置しない場合はそれに替わる体制等）※利用欄は適宜追加・概要図・パンフレット・写真等を添付のこと		
サテライト拠点	※主たる事業所以外にサテライト拠点（サービス供給拠点）を設置する場合のみ記入のこと。			
	所在地	整備	連携に係る契約	
		する・しない	自社・他社	契約済・契約予定
		する・しない	自社・他社	契約済・契約予定
連携する訪問看護事業所	※連携型事業所の場合に提出			
	所在地	事業所名	連携に係る契約	
			自社・他社	契約済・契約予定
			自社・他社	契約済・契約予定
			自社・他社	契約済・契約予定
ターミナルケア方針の作成予定		<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無		

本計画以外の整備計画において有とした法人のみ記載

定期巡回・随時対応型訪問介護看護 整備事業計画概要

※ □欄のあるものは、該当する項目を■に塗りつぶすこと。

施設整備種別		<input checked="" type="checkbox"/> 社会福祉法人 <input type="checkbox"/> NPO法人 <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> 医療法人 <input type="checkbox"/> 株式会社・有限会社			
		<input checked="" type="checkbox"/> 定期巡回・随時対応型訪問介護看護 <input type="checkbox"/> 一体型 <input checked="" type="checkbox"/> 連携型 予定利用者数30			
その他併設施設					
フリガナ 法人名 (計画者名)	マルマルカイ 社会福祉法人 ○○会 ○○ 太郎	法人 本部 所在地	東京都○○市△△■ー× (最寄駅：△△線□□駅下車、徒歩3分)		
フリガナ 整備施設名	マルマル (仮称) ○○ (仮称)としてください	整備 計画地 住所	町田市××△ー× (最寄駅：××線「××」駅下車、バス×分「××」停留所)		
設立 年月日	2000年1月 法人の設立日を記入	関連法人	株式会社○○○○		
役職	フリガナ 氏名又は人数				
理事長	マルマル タロウ ○○ 太郎	取引銀行	○○銀行 ■■■支店		
理事	○ 人 ※理事長含む	資本金 (単位：千円)	○○円		
監事	○ 人	従業員数	うち、 常勤職員 ○ 人 非常勤職員 ○ 人		
評議員	○ 人				
法人の担当者	フリガナ 氏名	マルマル ジロウ ○○ 次郎	連絡先	電話	○○-□□□□-■■■■■
	職名	○○の郷事務長		携帯	○○○-□□□□-■■■■■
				FAX	○○-□□□□-■■■■■
				E-mail	×-×××@×××.ne.jp
現在の 介護保険 施設・事業所 (他道府県 分も記載)	施設種別	名称	定員	所在地	開始年月日
	特養	○○の郷	75人	東京都○○市△△■ー×	
本計画以外の整備計画（建設中のものを含む）の有無					<input checked="" type="checkbox"/> 有(別紙一覧) <input type="checkbox"/> 無

予定している事業を全て記載(床面積を含む)「事業」も。

法人の概要

勘定科目	過去3か年の決算状況等 (単位: 千円)		
	20xx年度	20xx年度	20xx年度
資産の部 A	XXXXXXXXXX	XXXXXXXXXX	XXXXXXXXXX
流動資産 a	XXXXXXXXXX	XXXXXXXXXX	XXXXXXXXXX
うち現金預金	XXXXXXXXXX	XXXXXXXXXX	XXXXXXXXXX
固定資産 b	XXXXXXXXXX	XXXXXXXXXX	XXXXXXXXXX
うち預金	XXXXXXX	XXXXXXX	XXXXXXX
負債の部 B	XXXXXXXXXX	XXXXXXXXXX	XXXXXXXXXX
流動負債 c	XXXXXXXXXX	XXXXXXXXXX	XXXXXXXXXX
うち短期借入金	XXXXXXXXXX	XXXXXXXXXX	XXXXXXXXXX
固定負債 d	XXXXXXXXXX	XXXXXXXXXX	XXXXXXXXXX
うち長期借入金	XXXXXXXXXX	XXXXXXXXXX	XXXXXXXXXX
うち償還補助額	XXXXXXXXXX	XXXXXXXXXX	XXXXXXXXXX
純資産の部 e	XXXXXXXXXX	XXXXXXXXXX	XXXXXXXXXX
資本金	XXXXXXXXXX	XXXXXXXXXX	XXXXXXXXXX
国庫補助金等特別積立金	XXXXXXXXXX	XXXXXXXXXX	XXXXXXXXXX
各種積立金	XXXXXXXXXX	XXXXXXXXXX	XXXXXXXXXX
	XXXXXXXXXX	XXXXXXXXXX	XXXXXXXXXX
	XXXXXXXXXX	XXXXXXXXXX	XXXXXXXXXX
次期繰越活動収支差額	XXXXXXXXXX	XXXXXXXXXX	XXXXXXXXXX
うち当期活動収支差額	XXXXXXX	XXXXXXX	XXXXXXX
負債及び純資産の部計	XXXXXXXXXX	XXXXXXXXXX	XXXXXXXXXX
営業活動利益			
資産割合 (A/B)	#VALUE!	#VALUE!	#VALUE!
流動比率 (a/c)	#VALUE!	#VALUE!	#VALUE!
自己資本比率 (e/(a+b))	#VALUE!	#VALUE!	#VALUE!
固定長期適合率 (b/(d+e))	#VALUE!	#VALUE!	#VALUE!
開設予定日	○年○月○日		
周辺医療機関	医療機関名	建設予定地からの距離	診療科目 ※ 施設利用者が診療、入院を要する場合等に協力を得られる (見込みの) 医療機関
	××病院	0.3km	<input checked="" type="checkbox"/> 内科 <input checked="" type="checkbox"/> 外科 <input type="checkbox"/> 耳鼻咽喉科 <input checked="" type="checkbox"/> 皮膚科 <input type="checkbox"/> 眼科 <input type="checkbox"/> 歯科 <input checked="" type="checkbox"/> その他 (精神科)
	××歯科	0.5km	<input type="checkbox"/> 内科 <input type="checkbox"/> 外科 <input type="checkbox"/> 耳鼻咽喉科 <input type="checkbox"/> 皮膚科 <input type="checkbox"/> 眼科 <input checked="" type="checkbox"/> 歯科 <input type="checkbox"/> その他 ()
	××医院	1.0km	<input type="checkbox"/> 内科 <input type="checkbox"/> 外科 <input checked="" type="checkbox"/> 耳鼻咽喉科 <input type="checkbox"/> 皮膚科 <input checked="" type="checkbox"/> 眼科 <input type="checkbox"/> 歯科 <input type="checkbox"/> その他 ()
			<input type="checkbox"/> 内科 <input type="checkbox"/> 外科 <input type="checkbox"/> 耳鼻咽喉科 <input type="checkbox"/> 皮膚科 <input type="checkbox"/> 眼科 <input type="checkbox"/> 歯科 <input type="checkbox"/> その他 ()
		<input type="checkbox"/> 内科 <input type="checkbox"/> 外科 <input type="checkbox"/> 耳鼻咽喉科 <input type="checkbox"/> 皮膚科 <input type="checkbox"/> 眼科 <input type="checkbox"/> 歯科 <input type="checkbox"/> その他 ()	
		<input type="checkbox"/> 内科 <input type="checkbox"/> 外科 <input type="checkbox"/> 耳鼻咽喉科 <input type="checkbox"/> 皮膚科 <input type="checkbox"/> 眼科 <input type="checkbox"/> 歯科 <input type="checkbox"/> その他 ()	
建物権利関係 (予定を含む)	<input type="checkbox"/> 法人所有 <input type="checkbox"/> 法人購入 <input checked="" type="checkbox"/> 賃貸借 家賃の有無 <input type="checkbox"/> 無償 <input checked="" type="checkbox"/> 有償 (月額 X,XXX,XXX 円) <input type="checkbox"/> その他 ()		

〇〇〇〇年〇月〇日現在の計画一覧（他道府県分、建設予定も含む）

番号	施設種別	名称	定員	所在地	資金計画 (円)	
1	住宅型有料老人ホーム 通所介護	〇〇〇〇	○	〇〇市〇〇▲▲	整備費	XXXX
					備品費	XXX
					土地購入費等	XX
					運転資金	XXXXXXXX
					法人事務費	XXXXXX
2	認知症対応型 共同生活介護	〇〇〇〇	○	〇〇市〇〇▲▲	整備費	XXXX
					備品費	XXX
					土地購入費等	XX
					運転資金	XXXXXXXX
					法人事務費	XXXXXX
3					整備費	
					備品費	
					土地購入費等	
					運転資金	
					法人事務費	
4					整備費	
					備品費	
					土地購入費等	
					運転資金	
					法人事務費	
5					整備費	
					備品費	
					土地購入費等	
					運転資金	
					法人事務費	
6					整備費	
					備品費	
					土地購入費等	
					運転資金	
					法人事務費	

形態及びサービス圏域等	最長到着時間	通報を受けてから担当地域内の利用者宅まで 自転車 で 30分 ※利用者宅は、主たる事業所からの直線距離で最も遠い地点を想定してください。 移動手段もご記入ください。 サービス提供エリア：事業所から約〇Km 交通手段：自転車		
	訪問車両駐車場の位置等	駐車場	町田市△△××-×	
		駐車台数	〇台（事業所・サテライト拠点から徒歩 〇分）	
	サービス圏域	圏域（複数でも可）		
	予定利用者数	30名		
	管理者（予定）	氏名	〇〇 太郎	
		定期巡回・随時対応訪問介護看護での管理者経験	〇年	
		その他介護サービス事業所・施設での管理者経験	〇年（サービス種別）	
		当該定期巡回・随時対応型訪問介護看護事業所、または同一敷地内事業所で兼務する他の職種	※兼務の場合のみ記入 計画作成責任者	
	オペレーター	オペレーターの所在地	<input checked="" type="checkbox"/> 事業所内 <input type="checkbox"/> 事業所外（ ）	
		専従 人（常勤 人 非常勤 人）兼務（常勤 5人 非常勤 人）		
		資格	①医師（ ）人 ②看護師（ ）人 ③准看護師（ ）人 ④保健師（ ）人 ⑤社会福祉士（ ）人 ⑥介護福祉士（5）人 ⑦ケアマネジャー（ ）人 ⑧経験のあるサービス提供責任者（ ）人	
	訪問介護員等	定期巡回サービス		
		専従 人（常勤 人 非常勤 人）兼務（常勤 5人 非常勤 人）		
		随時訪問サービス		
訪問介護員等	専従 人（常勤 人 非常勤 人）兼務（常勤 5人 非常勤 人）			
	資格	①介護福祉士（2）人 ②訪問介護員（1級 人、2級 人） ③その他（ ）（ ）人 上記以外に、業務委託で確保する訪問介護職員等の数（2）人		
看護職員	専従 人（常勤 人 非常勤 人）兼務（常勤 人 非常勤 人）			
計画作成責任者	専従 人（常勤 人 非常勤 人）兼務（常勤 1人 非常勤 人）			
	資格	①医師（ ）人 ②看護師（ ）人 ③准看護師（ ）人 ④保健師（ ）人 ⑤社会福祉士（ ）人 ⑥介護福祉士（1）人 ⑦ケアマネジャー（ ）人 ⑧経験のあるサービス提供責任者（ ）人		
通信機器等	利用者状況を蓄積する機器等の概要	（機器を設置しない場合はそれに替わる体制等）※利用欄は適宜追加・概要図・パンフレット・写真等を添付のこと 記入してください。		
	利用者と連絡をとる通信機器等の概要	（機器を設置しない場合はそれに替わる体制等）※利用欄は適宜追加・概要図・パンフレット・写真等を添付のこと 記入してください。		
サテライト拠点	※主たる事業所以外にサテライト拠点（サービス供給拠点）を設置する場合のみ記入のこと。			
	所在地	整備	連携に係る契約	
	町田市△△××-×	する・しない	自社・他社	契約済・契約予定
		する・しない	自社・他社	契約済・契約予定
連携する訪問看護事業所	※連携型事業所の場合に提出			
	所在地	事業所名	連携に係る契約	
	町田市△△××-×	〇〇〇〇	自社 他社	契約済・契約予定
			自社・他社	契約済・契約予定
		自社・他社	契約済・契約予定	
ターミナルケア方針の作成予定		<input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無		

本計画以外の整備計画において有とした法人のみ記載

指導検査結果通知・改善報告（直近3か年）一覧表

【様式4】

No	指導検査 実施年月	指導検査 担当自治体	指導検査 対象事業所名	指導検査における 文書による指摘の有無	文書による指摘を受けた場合、 改善報告書の提出について
例	R2.11	町田市	町田高齢介護事業所	指摘あり	提出済み
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					

※必要に応じて行を追加してください。

備考（文書による指摘を受けて、改善報告書未提出の案件がある場合は、指摘への対応状況を記載すること）

開設提案書（定期巡回・随時対応型訪問介護看護）

事業者名：

事業所名：

(1)	事業参入理由	
(2)	整備予定地を選んだ理由	
(3)	日常生活支援の基本(どのような定期巡回・随時対応型訪問介護看護を作っていきたいか)	
(4)	(3)を実現するための具体的方策(日常のケア面)	
(5)	建物の構造、環境面における工夫と課題	
(6)	(5)の課題を解決する具体策	
(7)	看取りに関する実施体制及び対応方針	

(8)	事故防止の実施体制及び対応方針			
(9)	虐待防止の実施体制及び対応方針			
(10)	苦情処理の実施体制及び対応方針			
(11)	災害対策・感染症予防等に関する実施体制及び対応方針			
(12)	サービスの質の向上のための取り組み及び具体策			
(13)	地域との連携・交流	地域住民との交流 (事業所として)	現在どのように交流を図っているか	
			今後どのように交流を図るか	
		医療機関との連携	現在どのように連携を図っているか	
			今後どのように連携を図るか	
		高齢者支援センター及び ケアマネジャーとの連携	現在どのように連携を図っているか	
			今後どのように連携を図るか	
(14)	職員の体制づくり	職員の募集方法		
		職員の研修方法	社内研修	

			社外研修				
			体験研修				
		職員へのストレスケアの取組					
		第三者評価 (20××年度)	施設名	(評価機関)			
			さらなる改善が望まれる点	① ② ③	【改善への取組み】		
			施設名	(評価機関)			
			さらなる改善が望まれる点	① ② ③	【改善への取組み】		
		離職率 (20××年度)			常勤	非常勤	合計
			法人全体 (介護従事者)		% (○名中○名)	% (○名中○名)	% (○名中○名)
			離職率が高い 2事業所	事業所名 A	% (○名中○名)	% (○名中○名)	% (○名中○名)
事業所名 B	% (○名中○名)			% (○名中○名)	% (○名中○名)		
離職防止対策							

		夜間の時間以外の職員配置		夜勤の職員配置	
		看護師資格所有者数・訪問看護ステーションとの連携			

開設提案書（定期巡回・随時対応型訪問介護看護）

記載にあたっての注意事項

建築計画がある場合

事業者名：

事業所名：

(1)	事業参入理由	
(2)	整備予定地を選んだ理由	
(3)	日常生活支援の基本（どのような定期巡回・随時対応型訪問介護看護を作っていきたいか）	
(4)	(3)を実現するための具体的方策（日常のケア面）	
(5)	建物の構造、環境面における工夫と課題	
(6)	(5)の課題を解決する具体策	<ul style="list-style-type: none"> ○ 職員が快適に過ごせるよう配慮した点などを具体的に記載すること。 ○ 収納スペース、事務室・更衣室・休憩室が十分に確保できているか。不十分な場合、その弊害と対応策を具体的に記載すること。 ○ 建物構造に即した防災対策（避難訓練、消防署・近隣住民・町内会との連携）について具体的に記載すること。
(7)	看取りに関する実施体制及び対応方針	<ul style="list-style-type: none"> ○ 在宅において看取りを行う場合の受け入れ体制及び看取り指針についての考え方について記載すること。

(8)	事故防止の実施体制及び対応方針			
(9)	虐待防止の実施体制及び対応方針			
(10)	苦情処理の実施体制及び対応方針			
(11)	災害対策・感染症予防等に関する実施体制及び対応方針			
(12)	サービスの質の向上のための取り組み及び具体策			
(13)	地域との連携・交流	地域住民との交流 (事業所として)	現在どのように交流を図っているか	
			今後どのように交流を図るか	
		医療機関との連携	現在どのように連携を図っているか	
			今後どのように連携を図るか	
		高齢者支援センター及びケアマネジャーとの連携	現在どのように連携を図っているか	
			今後どのように連携を図るか	
(14)	職員の体制づくり	職員の募集方法		
		職員の研修方法	社内研修	

<社内研修>

- 法人の定期巡回・随時対応型訪問介護看護運営経験の有無、介護従事者の定期巡回・随時対応型訪問介護看護の経験の有無、定期巡回・随時対応型訪問介護看護の経験はないが、その他介護サービス事業の経験をもつ職員の配置の有無等の状況を勘案した、具体的な研修計画を記載すること。

<社外研修>

- 自社内のみでなく、外部研修への参加計画等具体的に記載すること。

<体験研修>

- 経験をもたない職員のみでの配置の場合、開設までに職員育成をどうするのかなどを含め、具体的に記載すること。

			社外研修				
			体験研修				
		職員へのストレスケアの取組					
		第三者評価 (20xx年度)	施設名	(評価機関)			
			さらなる改善が望まれる点	①			
				②			
				③	【改善への取組み】		
		第三者評価 (20xx年度)	施設名	(評価機関)			
			さらなる改善が望まれる点	①			
				②			
	③		【改善への取組み】				
離職率 (20xx年度)			常勤	非常勤	合計		
	法人全体 (介護従事者)		% (○名中○名)	% (○名中○名)	% (○名中○名)		
	離職率が高い 2事業所	事業所名 A	% (○名中○名)	% (○名中○名)	% (○名中○名)		
		事業所名 B	% (○名中○名)	% (○名中○名)	% (○名中○名)		
離職防止対策							

前年度とすること。

	夜間の時間以外の職員配置		夜勤の職員配置	
	看護師資格所有者数・訪問看護ステーションとの連携			

○記載例

<夜間の時間以外の職員配置>	<夜勤の職員配置>	<夜間の職員の基本的な待機場所>
早番 7:00~18:15 (各フロア 1名)	各フロア 1名	各フロアの居間・食堂
日勤 9:00~20:15 (各フロア 1名)		
遅番 11:00~22:15 (各フロア 1名)		

開設提案書（定期巡回・随時対応型訪問介護看護）

事業者名：

事業所名：

(1)	事業参入理由		
(2)	整備予定地を選んだ理由		
(3)	日常生活支援の基本(どのような定期巡回・随時対応型訪問介護看護を作っていきたいか)		
(4)	(3)を実現するための具体的方策(日常のケア面)		
(5)	看取りに関する実施体制及び対応方針		
(6)	事故防止の実施体制及び対応方針		
(7)	虐待防止の実施体制及び対応方針		
(8)	苦情処理の実施体制及び対応方針		
(9)	災害対策・感染症予防等に関する実施体制及び対応方針		
(10)	サービスの質の向上のための取り組み及び具体策		
(11)	地域との連携・交流	地域住民との交流(事業所として)	現在どのように交流を図っているか

			今後どのように交流を図るか		
		医療機関との連携	現在どのように連携を図っているか		
			今後どのように連携を図るか		
		高齢者支援センター及びケアマネジャーとの連携	現在どのように連携を図っているか		
			今後どのように連携を図るか		
(12)	職員の体制づくり	職員の募集方法			
		職員の研修方法	社内研修		
			社外研修		
			体験研修		
		職員へのストレスケアの取組			
		第三者評価 (20××年度)	施設名	(評価機関)	
			さらなる改善が望まれる点	① ② ③	
				【改善への取組み】	
	施設名	(評価機関)			

		さらなる改善が望まれる点	① ② ③ 【改善への取組み】			
離職率 (20××年度)			常勤	非常勤	合計	
	法人全体 (介護従事者)		% (○名中○名)	% (○名中○名)	% (○名中○名)	
	離職率が高い、 2事業所	事業所名 A	% (○名中○名)	% (○名中○名)	% (○名中○名)	
		事業所名 B	% (○名中○名)	% (○名中○名)	% (○名中○名)	
離職防止対策						
夜間の時間以外の職員配置			夜勤の職員配置			
看護師資格所有者数・訪問看護ステーションとの連携						

開設提案書（定期巡回・随時対応型訪問介護看護）

記載にあたっての注意事項
（建築計画がない場合）

事業者名：

事業所名：

(1)	事業参入理由			
(2)	整備予定地を選んだ理由			
(3)	日常生活支援の基本（どのような定期巡回・随時対応型訪問介護看護を作っていきたいか）			
(4)	（3）を実現するための具体的方策（日常のケア面）			
(5)	看取りに関する実施体制及び対応方針		<input type="checkbox"/> 在宅において看取りを行う場合の受け入れ体制及び看取り指針についての考え方について記載すること。	
(6)	事故防止の実施体制及び対応方針			
(7)	虐待防止の実施体制及び対応方針			
(8)	苦情処理の実施体制及び対応方針			
(9)	災害対策・感染症予防等に関する実施体制及び対応方針			
(10)	サービスの質の向上のための取り組み及び具体策			
(11)	地域との連携・交流	地域住民との交流（事業所として）	現在どのように交流を図っているか	

(12)	職員の体制づくり	医療機関との連携	今後どのように交流を図るか	
			現在どのように連携を図っているか	
			今後どのように連携を図るか	
			今後どのように連携を図るか	
		高齢者支援センター及びケアマネジャーとの連携	現在どのように連携を図っているか	
			今後どのように連携を図るか	
		職員の募集方法		
		職員の研修方法	社内研修	
社外研修				
体験研修				
職員へのストレスケアの取組				
第三者評価 (20xx年度)	施設名	(評価機関)		
	さらなる改善が望まれる点	① ② ③ 【改善への取組み】		
	施設名	(評価機関)		

<社内研修>
 ○ 法人の定期巡回・随時対応型訪問介護看護運営経験の有無、介護従事者の定期巡回・随時対応型訪問介護看護の経験の有無、定期巡回・随時対応型訪問介護看護の経験はないが、その他介護サービス事業の経験をもつ職員の配置の有無等の状況を勘案した、具体的な研修計画を記載すること。
 <社外研修>
 ○ 自社内のみでなく、外部研修への参加計画等具体的に記載すること。
 <体験研修>
 ○ 経験をもたない職員のみでの配置の場合、開設までに職員育成をどうするかなどを含め、具体的に記載すること。

		さらなる改善が望まれる点	① ② ③ 【改善への取組み】			
前年度とすること。	離職率 (20xx年度)			常勤	非常勤	合計
		法人全体 (介護従事者)		% (○名中○名)	% (○名中○名)	% (○名中○名)
		離職率が高い 2事業所	事業所名 A	% (○名中○名)	% (○名中○名)	% (○名中○名)
			事業所名 B	% (○名中○名)	% (○名中○名)	% (○名中○名)
	離職防止対策					
	夜間の時間以外の職員配置		夜勤の職員配置			
	看護師資格所有者数・訪問看護ステーションとの連携					

○記載例
 <夜間の時間以外の職員配置> 早番 7:00~18:15 (各フロア 1名)
 日勤 9:00~20:15 (各フロア 1名)
 遅番 11:00~22:15 (各フロア 1名)
 <夜勤の職員配置> 各フロア 1名
 <夜間の職員の基本的な待機場所> 各フロアの居間・食堂

対策計画書（浸水深 1m未滿の浸水予想区域での開設）

事業者名：

事業所名：

<p>(1)</p>	<p>想定される被災リスクに対する安全確保や避難に係る設計上の工夫や設備等の具体策</p>	
<p>(2)</p>	<p>非常災害対策計画や避難確保計画等への記載</p>	<p>記載予定 <input type="checkbox"/>有・<input type="checkbox"/>無 計画名（）</p>

対策計画書（浸水深 1m未滿の浸水予想区域での開設）

事業者名：

記載にあたっての注意事項

事業所名：

(1)	想定される被災リスクに対する安全確保や避難に係る設計上の工夫や設備等の具体策	<div style="border: 2px solid black; border-radius: 15px; padding: 10px; margin: 20px auto; width: 80%;"> <p>○ 災害イエローゾーンに施設を整備する場合は、安全対策のほか、非常災害対策計画や避難確保計画等に当該区域における被災リスクへの対策を記載する必要があります。</p> </div>
(2)	非常災害対策計画や避難確保計画等への記載	記載予定 <input type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 無 計画名（ ）

開設までのスケジュール

法人名: _____

年 月 日現在

		20xx年度														
		4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3			
土地	購入等の手続き・各種調査、解体等															
設計・工事	設計・監理業務															
	契約・建築工事															
補助金・認可	補助協議・交付申請等															
	設置認可・指定申請等															
住民説明	自治会及び住民同意															
建築確認等	建築確認・消防署等との協議															
区市町村等	担当部署との協議・届出等															
職員	職員募集や研修															
入所者	入所受付、入所															

<東京都内示前に実施できない業務>
 入札・建設工事着工
 建築確認申請

※建築計画が無い場合は、建築に関する項目を削除してください。

誓約書

年 月 日

町田市長 様

申請者 (名称)

(代表者の職名・氏名)

申請者が別紙のいずれにも該当しない者であることを誓約するとともに、以下の項目についても相違ない旨を誓約します。また、誓約内容の確認のため、町田市が本誓約書をもって、関係官庁に調査、照会することを承諾します。

- 1 町田市暴力団排除条例(平成25年3月町田市条例第5号)第2条第3号に規定する暴力団員又は暴力団若しくは暴力団員と密接な関係を有する者(以下「暴力団員等」という。)でないこと。
- 2 暴力団を使用し、又は暴力団員等を雇用していないこと。

<input type="radio"/>	別紙①: 地域密着型サービス事業所向け(介護のみ)
<input type="radio"/>	別紙②: 地域密着型サービス事業所向け(介護・予防)

(該当に○)

別紙①： 地域密着型サービス事業所向け（介護のみ）
介護保険法第78条の2第4項

【介護保険法第78条の2第4項】

- 一 申請者が市町村の条例で定める者でないとき。
- 二 当該申請に係る事業所の従業者の知識及び技能並びに人員が、第七十八条の四第一項の市町村の条例で定める基準若しくは同項の市町村の条例で定める員数又は同条第五項に規定する指定地域密着型サービスに従事する従業者に関する基準を満たしていないとき。
- 三 申請者が、第七十八条の四第二項又は第五項に規定する指定地域密着型サービスの事業の設備及び運営に関する基準に従って適正な地域密着型サービス事業の運営をすることができないと認められるとき。
- 四 当該申請に係る事業所が当該市町村の区域の外にある場合であって、その所在地の市町村長（以下この条において「所在地市町村長」という。）の同意を得ていないとき。
- 四の二 申請者が、禁錮以上の刑に処せられ、その執行を終わり、又は執行を受けることがなくなるまでの者であるとき。
- 五 申請者が、この法律その他国民の保健医療若しくは福祉に関する法律で政令で定めるものの規定により罰金の刑に処せられ、その執行を終わり、又は執行を受けることがなくなるまでの者であるとき。
- 五の二 申請者が、労働に関する法律の規定であって政令で定めるものにより罰金の刑に処せられ、その執行を終わり、又は執行を受けることがなくなるまでの者であるとき。
- 五の三 申請者が、保険料等について、当該申請をした日の前日までに、納付義務を定めた法律の規定に基づく滞納処分を受け、かつ、当該処分を受けた日から正当な理由なく三月以上の期間にわたり、当該処分を受けた日以降に納期限の到来した保険料等の全てを引き続き滞納している者であるとき。
- 六 申請者（認知症対応型共同生活介護、地域密着型特定施設入居者生活介護又は地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護に係る指定の申請者を除く。）が、第七十八条の十（第二号から第五号までを除く。）の規定により指定（認知症対応型共同生活介護、地域密着型特定施設入居者生活介護又は地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護に係る指定を除く。）を取り消され、その取消しの日から起算して五年を経過しない者（当該指定を取り消された者が法人である場合においては、当該取消しの処分に係る行政手続法第十五条の規定による通知があった日前六十日以内に当該法人の役員等であった者で当該取消しの日から起算して五年を経過しないものを含み、当該指定を取り消された者が法人でない事業所である場合においては、当該通知があった日前六十日以内に当該事業所の管理者であった者で当該取消しの日から起算して五年を経過しないものを含む。）であるとき。ただし、当該指定の取消しが、指定地域密着型サービス事業者の指定の取消しのうち当該指定の取消しの処分の理由となった事実及び当該事実の発生を防止するための当該指定地域密着型サービス事業者による業務管理体制の整備についての取組の状況その他の当該事実に関して当該指定地域密着型サービス事業者が有していた責任の程度を考慮して、この号本文に規定する指定の取消しに該当しないこととすることが相当であると認められるものとして厚生労働省令で定めるものに該当する場合を除く。
- 六の二 申請者（認知症対応型共同生活介護、地域密着型特定施設入居者生活介護又は地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護に係る指定の申請者に限る。）が、第七十八条の十（第二号から第五号までを除く。）の規定により指定（認知症対応型共同生活介護、地域密着型特定施設入居者生活介護又は地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護に係る指定に限る。）を取り消され、その取消しの日から起算して五年を経過しない者（当該指定を取り消された者が法人である場合においては、当該取消しの処分に係る行政手続法第十五条の規定による通知があった日前六十日以内に当該法人の役員等であった者で当該取消しの日から起算して五年を経過しないものを含み、当該指定を取り消された者が法人でない事業所である場合においては、当該通知があった日前六十日以内に当該事業所の管理者であった者で当該取消しの日から起算して五年を経過しないものを含む。）であるとき。ただし、当該指定の取消しが、指定地域密着型サービス事業者の指定の取消しのうち当該指定の取消しの処分の理由となった事実及び当該事実の発生を防止するための当該指定地域密着型サービス事業者による業務管理体制の整備についての取組の状況その他の当該事実に関して当該指定地域密着型サービス事業者が有していた責任の程度を考慮して、この号本文に規定する指定の取消しに該当しないこととすることが相当であると認められるものとして厚生労働省令で定めるものに該当する場合を除く。

- 六の三 申請者と密接な関係を有する者（地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護に係る指定の申請者と密接な関係を有する者を除く。）が、第七十八条の十(第二号から第五号までを除く。)の規定により指定を取り消され、その取消の日から起算して五年を経過していないとき。ただし、当該指定の取消しが、指定地域密着型サービス事業者の指定の取消しのうち当該指定の取消しの処分の理由となった事実及び当該事実の発生を防止するための当該指定地域密着型サービス事業者による業務管理体制の整備についての取組の状況その他の当該事実に関して当該指定地域密着型サービス事業者が有していた責任の程度を考慮して、この号本文に規定する指定の取消しに該当しないこととすることが相当であると認められるものとして厚生労働省令で定めるものに該当する場合を除く。
- 七 申請者が、第七十八条の十(第二号から第五号までを除く。)の規定による指定の取消しの処分に係る行政手続法第十五条の規定による通知があった日から当該処分をする日又は処分をしないことを決定する日までの間に第七十八条の五第二項の規定による事業の廃止の届出をした者（当該事業の廃止について相当の理由がある者を除く。）又は第七十八条の八の規定による指定の辞退をした者（当該指定の辞退について相当の理由がある者を除く。）で、当該届出又は指定の辞退の日から起算して五年を経過しないものであるとき。
- 七の二 前号に規定する期間内に第七十八条の五第二項の規定による事業の廃止の届出又は第七十八条の八の規定による指定の辞退があった場合において、申請者が、同号の通知の日前六十日以内に当該届出に係る法人（当該事業の廃止について相当の理由がある法人を除く。）の役員等若しくは当該届出に係る法人でない事業所（当該事業の廃止について相当の理由があるものを除く。）の管理者であった者又は当該指定の辞退に係る法人（当該指定の辞退について相当の理由がある法人を除く。）の役員等若しくは当該指定の辞退に係る法人でない事業所（当該指定の辞退について相当の理由があるものを除く。）の管理者であった者で、当該届出又は指定の辞退の日から起算して五年を経過しないものであるとき。
- 八 申請者が、指定の申請前五年以内に居宅サービス等に関し不正又は著しく不当な行為をした者であるとき。
- 九 申請者（認知症対応型共同生活介護、地域密着型特定施設入居者生活介護又は地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護に係る指定の申請者を除く。）が、法人で、その役員等のうちに第四号の二から第六号まで又は前三号のいずれかに該当する者のあるものであるとき。
- 十 申請者（認知症対応型共同生活介護、地域密着型特定施設入居者生活介護又は地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護に係る指定の申請者に限る。）が、法人で、その役員等のうちに第四号の二から第五号の三まで、第六号の二又は第七号から第八号までのいずれかに該当する者のあるものであるとき。
- 十一 申請者（認知症対応型共同生活介護、地域密着型特定施設入居者生活介護又は地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護に係る指定の申請者を除く。）が、法人でない事業所で、その管理者が第四号の二から第六号まで又は第七号から第八号までのいずれかに該当する者であるとき。
- 十二 申請者（認知症対応型共同生活介護、地域密着型特定施設入居者生活介護又は地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護に係る指定の申請者に限る。）が、法人でない事業所で、その管理者が第四号の二から第五号の三まで、第六号の二又は第七号から第八号までのいずれかに該当する者であるとき。

定期巡回・随時対応型訪問介護看護収支見込シミュレーション(法人用)

施設名:

法人名:

オーナー名:

(単位:円)

項 目	1年目	2年目	3年目	4年目	5年目	備 考
稼動年月	～	～	～	～	～	
利用予定者数						
【収 入】						
介護保険報酬						
その他の日常生活費						
その他						
収 入 計 A						
【支 出】						
給与費						改定率 年 %増
法定福利費						改定率 年 %増
福利厚生費						改定率 年 %増
委託料						〇〇費、××費
消耗品費・事務経費・保守点検費						△△費、□□費
賃料(地代・家賃等)						月額〇〇〇, 〇〇〇円
支払い利子等						年利〇. 〇%
利用者実費負担費用						
その他						●●費
支 出 計 B						
減価償却前損益 C=A-B						
減価償却費 D						
減価償却後損益 E=C-D						
税金関係 F						法人税、固定資産税等
税引後損益 G=E-F						
借入金元金返済 H						
余 剰 金 I=C-F-H						
前年度繰越 J						
翌年度繰越金 K=J+I						

【注 意】

- ・施設整備費用は含めない。
- ・年度途中で開設の場合も、1年目から12ヶ月単位で作成すること。(7月開設ならば7月から翌年6月までの12ヵ月)
- ・要介護度は地域の実態に即して現実的な数値とし、介護保険報酬は本人負担(1割)分を含めること。
- ・法定福利費及び福利厚生費について、定期巡回・随時対応型訪問介護看護の会計とは別に母体法人で負担している場合はその旨を記入すること。
- ・利用者実費負担費用は、利用者本人が負担する費用とし、その他の日常生活費の合計額と一致させること。
- ・減価償却は、(建築費(備品費)－補助金)÷財産の処分制限期間で計算すること。
- ・6年目以降は別業とし、借入金元金の返済が終わるまでの期間について記入すること。
- ・併設施設がある場合は、各施設分及び全体分をそれぞれ作成すること。

収支見込シミュレーション(オーナー)

名称 _____

(単位：円)

項目	1年目	2年目	3年目	4年目	5年目	備考
【収入】						
賃料						
収入計 A	0	0	0	0	0	
【支出】						
維持修繕費						●●費 ××費、△△費 災害時火災保険 地主地代
管理費						
諸経費						
火災保険料						
地代						
支払利子						
支出計 B	0	0	0	0	0	
減価償却前損益 C=A-B	0	0	0	0	0	
減価償却費 D						定額法
減価償却後損益 E=C-D	0	0	0	0	0	
税金関係 F						固定資産税, 都市計画 税法人税, 法人住民税 事業税
税引後損益 G=E-F	0	0	0	0	0	
借入金元金返済 H						
余剰金 I=C-F-H	0	0	0	0	0	
前年度繰越 J		0	0	0	0	
翌年度繰越金 K=J+I	0	0	0	0	0	

※開設後の費用を記載すること。

※オーナーの収支見込シミュレーションと運営事業者の収支見込シミュレーションの期間を合わせること。

※減価償却費は(建築費(備品費)-補助金)÷財産の処分制限期間で計算すること。

算定根拠

項目	算定式
【収入】 ●賃料	

●介護報酬積算根拠(例)

例①定期巡回・随時対応型訪問介護看護

	単位数	単価(円)	加重配分	金額(円)
要介護1	5,446	11.12	0.2	12,112
要介護2	9,720	11.12	0.3	32,426
要介護3	16,140	11.12	0.2	35,895
要介護4	20,417	11.12	0.1	22,704
要介護5	24,692	11.12	0.1	27,458
平均		介護度⇒	2.3	130,595
総合マネジメント体制強化加算(Ⅱ)	800	11.12	1.0	8,896
		合計		139,491

※取得予定の加算をすべて記載し、収入の見込みを算出してください。
 ※同一建物以外と同一建物のサービス提供がある場合、各々で積算根拠を示すこと。

○1年目の介護報酬

@139,491 × 20人 × 12月=33,477,840円

○2年目以降の介護報酬

@139,491 × 25人 × 12月=41,847,300円

○要介護度別加重配分の算出根拠

市内定期巡回を参考に設定した。(市内平均要介護度○. ○)

例②定期巡回・随時対応型訪問介護看護

$$\frac{9,720}{\text{1月あたりの要介護2.0の単位数}} \times \frac{11.12}{\text{地域加算2級地}} \times \frac{12}{\text{1ヵ月}} \times \frac{20}{\text{定員}} = \boxed{25,940,736}$$

1月あたりの要介護2.0の単位数	地域加算2級地	1ヵ月	定員
------------------	---------	-----	----

@8,896 × 20人 × 12月=2,135,040円(加算分)

合計:28,075,776円

●給与費積算根拠(例)

		人数 A	月給 B	月給計 C=A×B	賞与 D	賞与計 E=A×D	年額 C×12月+E
正社員	常勤(管理者)	1	300,000	300,000	600,000	600,000	4,200,000
	常勤 (計画作成担当者)	2	250,000	500,000	500,000	1,000,000	7,000,000
	常勤(介護職員)	4	220,000	880,000	440,000	1,760,000	12,320,000
	常勤(看護職員)	2	250,000	500,000	500,000	1,000,000	7,000,000
	非常勤(介護職員)	0					0
	非常勤(看護職員)	0					0
非正社員	常勤(介護職員)	0					0
	常勤(看護職員)	0					0
	非常勤(介護職員)	10	160,000	1,600,000			19,200,000
	非常勤(看護職員)	1	200,000	200,000			2,400,000
合計							52,120,000

○各種手当

○○手当、◇◇手当を上記月給に含んでいる。

○夜勤手当

正規職員:1回あたり○○
非正規職員:1回あたり○○円
月に○回として上記月給に含んでいる。

職員一人当たり年額

正規	常勤 (介護職員)	3,080,000
	常勤 (看護職員)	3,500,000
	非常勤 (介護職員)	0
	非常勤 (看護職員)	0
非正規	常勤 (介護職員)	0
	常勤 (看護職員)	0
	非常勤 (介護職員)	1,920,000
	非常勤 (看護職員)	2,400,000

●法定福利費積算根拠(例)

給与費の10%を計上

●福利厚生費積算根拠(例)

給与費の1%を計上

●減価償却費積算根拠(例)

	項目	費用計	補助金	補助金差引後	耐用年数	減価償却費(年額)
建物整備費	建物本体(下記以外)		#DIV/0!	#DIV/0!		#DIV/0!
	電気設備費		#DIV/0!	#DIV/0!		#DIV/0!
	給排水工事		#DIV/0!	#DIV/0!		#DIV/0!
	冷暖房設備		#DIV/0!	#DIV/0!		#DIV/0!
	昇降機設備		#DIV/0!	#DIV/0!		#DIV/0!
			#DIV/0!	#DIV/0!		#DIV/0!
			#DIV/0!	#DIV/0!		#DIV/0!
	合計			0	-	#DIV/0!

備品費	車両					
	...					
	合計					

減価償却費総合計 ①+②

●税金関係(例)

法人税 42% ⇒ 減価償却後損益×42%
固定資産税 1.4% ⇒ 固定資産税対象備品400,000円×1.4%

固定資産税対象備品
(10万円以上の備品)

項目	単価	個数	計
パソコン	100,000	2	200,000
ソファー	100,000	2	200,000
合計			400,000

●委託料積算根拠(例)

項目	内容	年額	備考
委託料 (施設に係るもの)	防災設備点検費用	120,000	
	電気設備点検費用	60,000	
	EV点検費用	240,000	
	清掃委託費用	120,000	
	防犯警備委託費用	240,000	
	火災・地震保険料	120,000	
	建物設備点検費用	120,000	
	合計	1,020,000	

●消耗品費・事務経費積算根拠(例)

項目	内容	年額	備考
保険料	損害保険料	45,000	
	自動車保険	85,000	
	火災総合保険料	800,000	
諸会費	〇〇区社会福祉協議会	5,000	
	東京都社会福祉協議会	30,000	
	町会費	36,000	地域の町内会参加費用
通信費	通信費	120,000	電話料金、インターネット接続費用
保守料	OAライセンス料	100,000	PCインストール製品のライセンス料
	OA機器保守点検料	150,000	コピー機器等の保守点検料
消耗品費	事務用消耗品費	50,000	ノート、はさみ、ゴム印、封筒等
	日用品費	10,000	手洗い石鹸、洗剤等
	その他日用品費	19,000	湯呑、カップ、皿、食器等
	その他事務用品費	88,000	インクトナーカートリッジ、マウス、紙等
会議費	会議費	26,000	運営推進会議等
	合計	1,564,000	

●その他積算根拠(例)

項目	内容	年額	備考
車両費	ガソリン	80,000	
旅費交通費	職員交通費	720,000	通勤定期代
雑費	雑費	44,000	
研修費	図書費	50,000	
	旅費交通費	60,000	
	研修費	400,000	研修費補助額を含む研修費
	合計	1,354,000	

(注意)

・併設施設に共通してかかる費用については、按分するなど、各施設の金額がわかるように作成してください。
・収入の共益費、その他日常生活費として徴収する項目は、支出の委託料、消耗品費・事務経費、その他に計上しないでください。(収支シミュレーション上、食費・光熱水費・共益費・その他日常生活費の合計と同額を、支出の「利用者実費負担費用」に計上しています。委託料等に共益費等と同様の項目を計上すると、支出に2重計上されてしまいます。)

資金計画書(事業者用)

様式10-1
(単位:円)

項目	施設	ブルダウン選択	ブルダウン選択	ブルダウン選択	ブルダウン選択	計
整備費						0
財源内訳	都補助金					0
	基金					0
	区市町村補助金	—				0
	自己資金					0
	借入金					0
	計		0	0	0	0
備品費						0
財源内訳	都補助金					0
	基金					0
	区市町村補助金	—				0
	自己資金					0
	借入金					0
	計		0	0	0	0
土地購入費等						0
財源内訳	都補助金					0
	基金					0
	区市町村補助金	—				0
	自己資金					0
	借入金					0
	計		0	0	0	0
運転資金						0
財源内訳	自己資金					0
	借入金					0
	計		0	0	0	0
法人事務費						0
財源内訳	自己資金					0
	借入金					0
	計		0	0	0	0
合計			0	0	0	0

※併設施設がある場合は、すべて記載すること。
 ※財源の項目は必要に応じて追加すること。

資金計画書(オーナー用)

様式10-2
(単位:円)

項目	施設	ブルダウン選択	ブルダウン選択	ブルダウン選択	ブルダウン選択	計
整備費						0
財 源 内 訳	都補助金					0
	基金					0
	区市町村補助金	—				0
	自己資金					0
	借入金					0
	計		0	0	0	0
備品費						0
財 源 内 訳	都補助金					0
	基金					0
	区市町村補助金	—				0
	自己資金					0
	借入金					0
	計		0	0	0	0
土地購入費等						0
財 源 内 訳	都補助金					0
	基金					0
	区市町村補助金	—				0
	自己資金					0
	借入金					0
	計		0	0	0	0
運転資金						0
財 源 内 訳	自己資金					0
	借入金					0
	計		0	0	0	0
法人事務費						0
財 源 内 訳	自己資金					0
	借入金					0
	計		0	0	0	0
合計			0	0	0	0

※併設施設がある場合は、すべて記載すること。
※財源の項目は必要に応じて追加すること。

事業費按分表

※水色セルに記入してください。

運営事業者:

整備区分:

年度進捗率	
年度進捗率	

		施設	全体	施設1	施設2	施設3	施設4	施設5	施設6
		床面積(m ²)							
		面積比(%)	0.00%						
費目		税抜金額	税込金額						
補助対象工事費	建築工事(下記以外)			0	0	0	0	0	0
	共通仮設工事			0	0	0	0	0	0
	電気設備工事			0	0	0	0	0	0
	昇降機設備工事			0	0	0	0	0	0
	給排水工事			0	0	0	0	0	0
	冷暖房設備工事			0	0	0	0	0	0
	現場管理費			0	0	0	0	0	0
	補正			0	0	0	0	0	0
補助対象工事費 計		0	0	0	0	0	0	0	0
補助対象外工事費	外構工事			0	0	0	0	0	0
	解体工事			0	0	0	0	0	0
	緑化工事			0	0	0	0	0	0
	補正			0	0	0	0	0	0
補助対象外工事費 計		0	0	0	0	0	0	0	0
その他経費	一般管理費			0	0	0	0	0	0
	設計監理費			0	0	0	0	0	0
	補正			0	0	0	0	0	0
	その他経費 計	0	0	0	0	0	0	0	0
備品費									
合計		0	0	0	0	0	0	0	0

※費目については、工事見積書に合わせて適宜加除修正等してください。

※諸経費のうち、現場管理費は補助対象工事費、一般管理費はその他経費に計上してください。分けられない場合は全てその他経費に計上してください。

※設計監理費は、補助内示前に契約を結んだ場合は補助対象外工事費の欄に計上してください。

※備品費は面積按分でなくとも構いません。各施設で利用する備品の金額をご記入ください。

※整備費補助を受けない施設が複数ある場合、1列にまとめて記載して構いません。

施設建設計画 事前チェックリスト

No.	土地の所在地	町田市	
	事業者(確認者)		
	調査期間	年 月 日 ~	年 月 日
■の内容については必ず記入のこと			
■事業区域(敷地面積)	■	m ²	
■建築物の規模(延床面積)	■	m ²	
■建築物の規模(高さ)	■	m	
■建築物の規模(階数)	■	階	
■建築物の主要用途	■		
■建築物の種別(新築・増築・改築・大規模な修繕・大規模な模様替え・用途変更)	■		
■用途地域	■		
【土地利用調整課】 804			
<input type="checkbox"/>	町田市宅地開発事業に関する条例	<input type="checkbox"/>	該当 <input type="checkbox"/> 無
<input type="checkbox"/>	町田市住みよいまちづくり条例	<input type="checkbox"/>	該当 <input type="checkbox"/> 無
<input type="checkbox"/>	町田市中高層建築物に関する指導要綱	<input type="checkbox"/>	該当 <input type="checkbox"/> 無
<input type="checkbox"/>	町田市市街地道路拡幅整備要綱	<input type="checkbox"/>	該当 <input type="checkbox"/> 無
<input type="checkbox"/>	町田市大蔵・綾部耕地整理地区土地利用整備要綱	<input type="checkbox"/>	該当 <input type="checkbox"/> 無
<input type="checkbox"/>	町田市市街化調整区域における適正な土地利用の調整に関する条例	<input type="checkbox"/>	該当 <input type="checkbox"/> 無
<input type="checkbox"/>	中高層建築物等の建築に係る紛争の予防と調整に関する条例	<input type="checkbox"/>	該当 <input type="checkbox"/> 無
<input type="checkbox"/>	町田市福祉のまちづくり総合推進条例	<input type="checkbox"/>	該当 <input type="checkbox"/> 無
<input type="checkbox"/>	景観法	<input type="checkbox"/>	該当 <input type="checkbox"/> 無
<input type="checkbox"/>	雨水浸透阻害行為(1000㎡以上)	【東京都都市整備局都市基盤部調整課】 鶴見川流域	<input type="checkbox"/> 境川流域 <input type="checkbox"/> 非該当
<input type="checkbox"/>	自然保護条例(敷地面積)	【東京都多摩環境事務所】 □公有地 □民地	<input type="checkbox"/> 250㎡未満 <input type="checkbox"/> 250㎡以上 <input type="checkbox"/> 1000㎡未満 <input type="checkbox"/> 1000㎡以上
【建築開発審査課】 805.806.807			
805	<input type="checkbox"/> 建築基準法上道路	<input type="checkbox"/>	確認済 <input type="checkbox"/> 未確認
	<input type="checkbox"/> 建築基準法	<input type="checkbox"/>	確認済 <input type="checkbox"/> 未確認
	<input type="checkbox"/> 建築協約	<input type="checkbox"/>	該当 <input type="checkbox"/> 無
	<input type="checkbox"/> 用途地域、その他都市計画情報	<input type="checkbox"/>	確認済 <input type="checkbox"/> 未確認
	<input type="checkbox"/> 土砂災害特別警戒区域	<input type="checkbox"/>	該当 <input type="checkbox"/> 無
	<input type="checkbox"/> 地区計画	<input type="checkbox"/>	該当 <input type="checkbox"/> 無
	<input type="checkbox"/> 生産緑地地区	<input type="checkbox"/>	該当 <input type="checkbox"/> 無
	<input type="checkbox"/> 風致地区	<input type="checkbox"/>	該当 <input type="checkbox"/> 無
	<input type="checkbox"/> 都市計画施設	<input type="checkbox"/>	該当 <input type="checkbox"/> 無
	<input type="checkbox"/> その他の都市施設	<input type="checkbox"/>	該当 <input type="checkbox"/> 無
806	<input type="checkbox"/> 相談カード(開発・宅造法)	<input type="checkbox"/>	提出済 <input type="checkbox"/> 未提出
807	<input type="checkbox"/> 用途変更(建築物)	<input type="checkbox"/>	該当 <input type="checkbox"/> 無
	<input type="checkbox"/> 検査済証※用途変更、増改築該当有の場合のみ記入	<input type="checkbox"/>	有 <input type="checkbox"/> 無
	<input type="checkbox"/> 検査済証取得年月日※取得している場合のみ記入	年 月 日	
	<input type="checkbox"/> 適法確認・相談※検査済証のない場合のみ記入	<input type="checkbox"/>	有 <input type="checkbox"/> 無
	<input type="checkbox"/> 東京都安全条例、バリアフリー法・条例、駐車場条例	<input type="checkbox"/>	確認済 <input type="checkbox"/> 未確認
	<input type="checkbox"/> リサイクル法	<input type="checkbox"/>	該当 <input type="checkbox"/> 無
【地区街づくり課】 804			
	<input type="checkbox"/> 街づくりプラン区域	<input type="checkbox"/>	該当 <input type="checkbox"/> 無
	<input type="checkbox"/> 街づくり団体活動区域	<input type="checkbox"/>	該当 <input type="checkbox"/> 無
	<input type="checkbox"/> 公共事業景観形成指針	<input type="checkbox"/>	要協議 <input type="checkbox"/> 協議不要
	<input type="checkbox"/> 建築協定	<input type="checkbox"/>	該当 <input type="checkbox"/> 無
	<input type="checkbox"/> 景観協定	<input type="checkbox"/>	該当 <input type="checkbox"/> 無
【生涯学習総務課】 1004			
	<input type="checkbox"/> 文化財保護法	<input type="checkbox"/>	該当 <input type="checkbox"/> 無
【農業委員会事務局】【農業振興課】 905			
	<input type="checkbox"/> 農地法	<input type="checkbox"/>	該当 <input type="checkbox"/> 無
	<input type="checkbox"/> 森林法	<input type="checkbox"/>	該当 <input type="checkbox"/> 無
【環境資源部環境共生課】 702			
	<input type="checkbox"/> 土壌汚染対策法3条(有害物質使用特定施設の廃止)	<input type="checkbox"/>	該当 <input type="checkbox"/> 無
	<input type="checkbox"/> 土壌汚染対策法4条(切盛の合計3000㎡以上、30日前)	<input type="checkbox"/>	該当 <input type="checkbox"/> 無
	<input type="checkbox"/> 土壌汚染対策法6条、11条(要措置区域・形質変更時要届出区域)	<input type="checkbox"/>	該当 <input type="checkbox"/> 無
	<input type="checkbox"/> 環境確保条例第116条(有害物質取り扱い工場等の廃止時の汚染状況調査)	<input type="checkbox"/>	該当 <input type="checkbox"/> 無
	<input type="checkbox"/> 騒音規制法で届出必要となる施設(第6条関係、30日前) (例)・原動機の定格出力が7.5kW以上の送風機 など	<input type="checkbox"/>	該当 <input type="checkbox"/> 無
	<input type="checkbox"/> 環境確保条例等で届出必要となる施設(第89条関係、30日前) (例)・20台以上の収容能力を有する駐車場 ・し尿処理施設(処理対象人数が201人以上) ・ボイラー(伝熱面積によっては、大気汚染防止法に基づき東京都に届出) ・水洗設備等のために地下水を揚水するための施設 など	<input type="checkbox"/>	該当 <input type="checkbox"/> 無
	<input type="checkbox"/> 既存建物の建材での石綿含有の有無(床面積によっては東京都に届出)	<input type="checkbox"/>	該当 <input type="checkbox"/> 無
【東京都多摩環境事務所】			
	<input type="checkbox"/> 環境確保条例117条(敷地3000㎡以上履歴調査)	<input type="checkbox"/>	該当 <input type="checkbox"/> 無

※ここに記載されている事項は、法定要件の全てではありません。