|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 回　答　日 | 令和　年　　月　　日 | 連絡先電話番号 |  |
| 運営（予定）法人名代表者氏名 | 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 | 報告担当者職氏名 |  |

１　現在運営中の事業所について記載して下さい。

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 種別(介護保険関係) | 事業所名 | 定員 | 種別(障がい関係) | 事業所名 | 定員 |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

　　（記入要領）

１　本紙に書ききれない場合は別様（任意様式で可）に記載して下さい。

２　施設及び居住系事業所の開設（新設）予定について

 ※予定がある場合は、「該当」欄に「○」を記載して下さい。

（１）介護保険関連

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 該当 | 種別 | 事業所名 | 予定定員 | 内容（選択肢がある場合は○で囲んでください） | 開設予定時期 |
|  | 介護老人福祉施設（特別養護老人ホーム） |  |  | １　広域型・地域密着型・未定２　短期入所を併せて実施する場合（空床利用型・併設型）　その場合の定員　　人 | 令和　 年　 月 |
|  | 介護老人保健施設（老人保健施設・転換型含む） |  |  | １　短期入所を併せて実施する場合（空床利用型・併設型）　その場合の定員　　人 | 令和　 年　 月 |
|  | 特定施設入所者生活介護（注１） |  |  | １　母体（有料老人ホーム、サービス付高齢者住宅、ケアハウス、養護老人ホーム）２　広域型・地域密着型・未定３　介護専用型・混合型・未定 | 令和　 年　 月 |
|  | ケアハウス（注２） |  |  |  | 令和　 年　 月 |
|  | 養護老人ホーム（注２） |  |  |  | 令和　 年　 月 |
|  | 認知症対応型共同生活介護（グループホーム） |  |  | １　介護予防の指定（予定・予定なし） | 令和　 年　 月 |
|  | その他 |  |  |  | 令和　 年　 月 |

　　（記入要領）

１　事業所名が未定の場合は、「未定」と記載して下さい。

２　本紙に書ききれない場合は別様（任意様式で可）に記載して下さい。

　　注１　母体が有料老人ホーム、サービス付高齢者住宅、ケアハウス、養護老人ホームの場合に記載し、定員は母体の総定員を記載して下さい。

２　特定施設入所者生活介護を実施しない場合について記載して下さい。

（２）障がい福祉サービス関連

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 該当 | 種別 | 事業所名 | 予定定員 | 内容（選択肢がある場合は○で囲んでください） | 開設予定時期 |
|  | 療養介護 |  |  |  | 令和　 年　 月 |
|  | 施設入所支援 |  |  | １　予定する日中サービス（生活介護、自立訓練、就労移行支援、就労継続支援Ａ型、就労継続支援Ｂ型）２　短期入所を併せて実施する場合（空床利用型・併設型）　その場合の定員　　人 | 令和　 年　 月 |
|  | 共同生活援助（グループホーム） |  |  |  | 令和　 年　 月 |
|  | 自立生活援助 |  |  |  | 令和　 年　 月 |
|  | その他 |  |  |  | 令和　 年　 月 |

　　（記入要領）

１　事業所名が未定の場合は、「未定」と記載して下さい。

２　本紙に書ききれない場合は別様（任意様式で可）に記載して下さい。

（３）その他居住系事業所

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 該当 | 事業所名 | 予定定員 | 内容（自由記載） | 開設予定時期 |
|  |  |  |  | 令和　 年　 月 |

３　訪問・通所系事業所の開設（新設）予定について

 ※予定がある場合は、「該当」欄に「○」を記載して下さい。

（１）介護保険関連（予防事業、総合事業も含む）

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 該当 | 種別 | 事業所名 | 予定定員 | 内容（自由記載） | 開設予定時期 |
|  | 訪問介護 |  | － |  | 令和　 年　 月 |
|  | 訪問入浴介護 |  | － |  | 令和　 年　 月 |
|  | 訪問看護 |  | － |  | 令和　 年　 月 |
|  | 訪問リハビリテーション |  | － |  | 令和　 年　 月 |
|  | 居宅療養管理指導 |  | － |  | 令和　 年　 月 |
|  | 通所介護 |  |  |  | 令和　 年　 月 |
|  | 通所リハビリテーション |  |  |  | 令和　 年　 月 |
|  | 短期入所生活介護（単独型） |  |  |  | 令和　 年　 月 |
|  | 短期入所療養介護（単独型） |  |  |  | 令和　 年　 月 |
|  | 福祉用具貸与 |  | － |  | 令和　 年　 月 |
|  | 特定福祉用具販売 |  | － |  | 令和　 年　 月 |
|  | その他 |  |  |  | 令和　 年　 月 |

　　（記入要領）

１　事業所名が未定の場合は、「未定」と記載して下さい。

２　本紙に書ききれない場合は別様（任意様式で可）に記載して下さい。

（２）障がい福祉サービス及び児童発達支援事業関連

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 該当 | 種別 | 事業所名 | 予定定員 | 内容（自由記載） | 開設予定時期 |
|  | 居宅介護 |  | － |  | 令和　 年　 月 |
|  | 重度訪問介護 |  | － |  | 令和　 年　 月 |
|  | 同行援護 |  | － |  | 令和　 年　 月 |
|  | 行動援護 |  | － |  | 令和　 年　 月 |
|  | 重度障害者等包括支援 |  | － |  | 令和　 年　 月 |
|  | 短期入所（医療型・福祉型） |  |  |  | 令和　 年　 月 |
|  | 生活介護（単独型） |  |  |  | 令和　 年　 月 |
|  | 自立訓練（機能訓練・生活訓練・宿泊型） |  |  |  | 令和　 年　 月 |
|  | 就労移行支援 |  |  |  | 令和　 年　 月 |
|  | 就労継続支援（Ａ型） |  |  |  | 令和　 年　 月 |
|  | 就労継続支援（Ｂ型） |  |  |  | 令和　 年　 月 |
|  | 就労定着支援 |  |  |  | 令和　 年　 月 |
|  | 地域活動支援センター |  |  |  | 令和　 年　 月 |
|  | 児童発達支援 |  |  |  | 令和　 年　 月 |
|  | 医療型児童発達支援 |  |  |  | 令和　 年　 月 |
|  | 放課後等デイサービス |  |  |  | 令和　 年　 月 |
|  | 保育所等訪問支援 |  |  |  | 令和　 年　 月 |
|  | 居宅訪問型児童発達支援 |  |  |  | 令和　 年　 月 |
|  | その他 |  |  |  | 令和　 年　 月 |

　　（記入要領）

１　事業所名が未定の場合は、「未定」と記載して下さい。

２　本紙に書ききれない場合は別様（任意様式で可）に記載して下さい。

４　その他事業の開設（新設）予定について

 ※予定がある場合は、「該当」欄に「○」を記載して下さい。

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 該当 | 種別 | 事業所名 | 予定定員 | 内容（自由記載） | 開設予定時期 |
|  | 居宅介護支援 |  | － |  | 令和　 年　 月 |
|  | 特定相談支援 |  | － |  | 令和　 年　 月 |
|  | 障害児相談支援 |  | － |  | 令和　 年　 月 |
|  | 一般相談支援 |  | － |  | 令和　 年　 月 |

５　自由記載（上記以外の保健福祉事業の予定がありましたら併せて記載ください）

|  |
| --- |
|  |