|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 施設概要 | 事業所名（仮称） |  |
| □小規模多機能型居宅介護□看護小規模多機能型居宅介護 | 単独型　　 ・　 サテライト型 |
| 登録定員：　　　名 | 通い定員：　　　名 | 宿泊定員：　　　名 |
| □認知症対応型共同生活介護 | 入所定員：　　　　　　　　名 | 単独型 　・　 サテライト型 |
| □地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護 | 入所定員：　　　　　　　　名 | 単独型 　・　 サテライト型 |
| 開所予定日 | 年　　　月　　　日 |
| 事業所予定地の状況 | 都市計画 | □市街化区域（用途地域：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）□市街化調整区域 |
| 地目 |  | 防火地域 |  |
| 急傾斜地崩壊危険区域 | 該当　・　非該当 | 土砂災害特別警戒区域 | 該当　・　非該当 |
| 建築協定地区 | 該当　・　非該当 | 接道道路幅員 | 　　　　　　　　　　　m（敷地　　　　　　面） |
| 敷地面積 | ㎡ | 用途地域 |  |
| 建ぺい率 | ％ | 容積率 | ％ |
| 土地権利 | □所有　　　　　　□購入予定　　　　　□賃借　期間（　　　　年）　・　賃借料（　月額・年額　　　　　　　　円） |
| 建物概要 | 工　　　期 | 着工日（　　　年　　月　　日　）　・　　竣工日（　　　年　　月　　日　） |
| 建築面積 | 　　　　　　　　　　　 　　㎡ | 延床面積 | 　　　　　　　　　　　 　㎡ |
| 構　　　造 | 　　　　　　　　　　 　　　造 | 階　　　数 | 　　　　　　　　　　　　 階 |
| 建物権利 | □所有　　　　　□購入予定　　　　　□賃借　期間（　　　　年）　・　賃借料（　月額・年額　　　　 　　円） |
| 併設施設 | □あり（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）　　□なし |
| 協力医療機関 | 医療機関名 | 診療科目 | 住　　所 |
| 　 | 　 |  |
| 　 | 　 |  |
| 　 | 　 |  |
| ※覚書及び具体的な協力体制がある場合は別紙添付のこと※往診対応のできる医療機関が望ましい※協力医療機関につきましては、春日井市民病院以外でお願いいたします。※30分以内に到着できる協力医療機関が望ましい |

**事業計画概要書**