整備計画書

年　　月　　日

（宛先）春日井市長

住　所

法人名

代表者名　　　　　　　　　　　　　　　印

（法人は代表者印、個人は実印）

　春日井市において、地域密着型サービス事業所を整備し運営したいので、次のとおり整備計画書類一式を提出します。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 整備予定地の住所 | 春日井市 | | | |
| 整備を行う事業の種類 | | 定員 | 日常生活圏域 | 事業開始予定年月日 |
| □　小規模多機能型居宅介護  □　看護小規模多機能型居宅  介護 | | 人 | 地区 | 年 月　日 |
| □　認知症対応型共同生活介護 | | 人 | 地区 | 年 月　日 |
| □　地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護 | | 人 | 地区 | 年 月　日 |

　※整備を行う事業に**レ点**をつけてください。

　※定員は、小規模多機能型居宅介護サービス及び看護小規模多機能型居宅介護サービスの場合は登録定員を記載してください。

１　提出書類　　　別紙のとおり

２　書類作成担当者連絡先

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 法人名 |  | | |
| 所在地 | 〒 | | |
| 担当者名 |  | | |
| 電話番号  (携帯番号) |  | FAX |  |
| E-mail |  | | |