

(様式1)

# 提 案 書

平成 年 月 日

盛岡市長 谷 藤 裕 明 様

所 在 地 \_\_\_\_\_

法人名称 \_\_\_\_\_

代表者職氏名 \_\_\_\_\_ 印

盛岡市高齢者保健福祉計画・第6期介護保険事業計画に基づく介護施設等の設置及び運営事業者候補者募集要項に基づき、下記のとおり提案します。  
また、募集要項に記載された内容を十分に理解した上で提案することを誓約します。

## 記

### 1 提案内容

施設種別	募集 <u>G</u> 施設種別 特別養護老人ホーム 転換
本体施設名称	
本体施設所在地	

### 2 事業内容

添付書類のとおり

担当者職氏名 \_\_\_\_\_

電話番号 \_\_\_\_\_

FAX番号 \_\_\_\_\_

## 事業計画書【特別養護老人ホーム 転換用】

1	設置者	法人名称			
		所在地			
2	事業所名称	本体施設	併設短期入所生活介護		
3	事業所所在地				
4	開設年月日	(新設による指定年月日又は増床による変更年月日を記入してください。)			
5	現状の床数	・ユニット型 床 ( ユニット)	・ユニット型 床 ( ユニット)		
		・従来型個室 床	・従来型個室 床		
		・多床室 床	・多床室 床		
6	転換希望床数				
				・ユニット型 床 ( ユニット)	・ユニット型 床 ( ユニット)
				・従来型個室 床	・従来型個室 床
7	転換後の床数	・ユニット型 床 ( ユニット)	・ユニット型 床 ( ユニット)		
		・従来型個室 床	・従来型個室 床		
		・多床室 床	・多床室 床		
8	転換を希望する理由				
9	併設短期入所生活介護の減少に伴う対応等				
10	併設短期入所生活介護の1日の平均利用者数	人 ※計算式は「平成26年4月から平成27年3月までの利用者延べ人数／営業日数」とし、小数点第2位を四捨五入すること。			
11	併設短期入所生活介護の開設時の補助金	あり なし	(「あり」の場合は、その内容を記載してください。)		

※全体が表示されるように、行の高さを調整してください。別紙を使用しても構いません。

(様式3)

## 役員等名簿

	役職	氏名	よみがな	生年月日	住所
1	例) 理事長	盛岡 太郎	もりおか たろう	昭和20年12月2日	盛岡市内丸12-2
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					
11					
12					
13					
14					
15					
16					
17					
18					
19					
20					

### 備考

当該法人の役員（業務を執行する社員、取締役、執行役又はこれらに準ずる者をいい、相談役、顧問その他いかなる名称を有する者であるかを問わず、法人に対し業務を執行する社員、取締役、執行役又はこれらと同等の支配力を有すると認められる者を含む。）について記入してください。

新規法人を設立する場合は、予定者を記入してください。

