

(様式1)

高齢者保健福祉計画・第5期介護保険事業計画
に基づく介護施設の設置及び運営事業者申請書

平成 年 月 日

盛岡市長 谷 藤 裕 明 様

住 所 _____

法人名等 _____

代表者名 _____ 印

盛岡市高齢者保健福祉計画・第5期介護保険事業計画に基づく介護施設の設置及び運営事業者募集要項に基づき、下記のとおり申請いたします。
なお、当法人は募集要項3の資格を全て満たしている者であることを誓約します。

記

1 申請内容

施設種別	募集No. ____ 施設種別
事業所名称 (仮称)	
事業所予定地	
事業所責任者	
事業所開始予定日	

2 事業内容

別紙添付書類のとおり

担当者氏名 _____

電話番号 _____

FAX番号 _____

(様式1-2)

高齢者保健福祉計画・第5期介護保険事業計画
に基づく介護施設の設置及び運営事業者申請書

平成 年 月 日

盛岡市長 谷 藤 裕 明 様

住 所 _____

法人名等 _____

代表者名 _____ 印

盛岡市高齢者保健福祉計画・第5期介護保険事業計画に基づく介護施設の設置及び運営事業者募集要項に基づき、下記のとおり申請いたします。
なお、当法人は募集要項3の資格を全て満たしている者であることを誓約します。

記

1 申請内容

施設種別	募集No.④	施設種別	混合型特定施設
事業所名称(仮称)			
事業所予定地			
事業所責任者			
事業所開始予定日			

2 事業内容

別紙添付書類のとおり

3 応募した定員数の調整について

応募した定員数について市の増減調整がある場合、これに同意します。

担当者氏名 _____

電話番号 _____

FAX番号 _____

(様式2)

事業計画書

1	設置者	法人名称			
		法人住所			
2	整備予定 施設種別				
3	定員	名 (名× ユニット)			
4	整備事業所	名称 (仮称)			
		所在地 (予定地)			
5	整備概要	整備区分	新築・増築・改築		
		構造			
		建築面積	m ²		
		敷地面積	m ²		
6	工期及び 開設年月	予定工期	年 月 日 ~		年 月 日
		開所予定	年 月 日		
7	事業費	総額 千円	事業 費別 内訳	用地費	千円
				設計・工事費	千円
				施設備品費	千円
				その他	千円
8	資金計画	補助金	千円	(補助金が不交付の場合は, を増額し対応する予定	
		借入金	千円	(予定金融機関)	
		自己資金	千円		
		寄付金	千円		
10	法人の 基本理念				
11	応募の経緯及 び事業目的	(今回当該事業を志した動機や目的について記入してください。)			

事業計画書

12	施設の 運営方針	(指定基準における基本方針を踏まえ、事業所におけるサービス提供の基本方針を記入してください。)
13	事業予定地 の選定理由	(地域の特徴(高齢者人口等)を踏まえて、事業予定地として選定した理由を記入してください。また、地域密着型施設の場合は近隣の同種施設の設置状況についても考慮したうえで選定理由を記入してください。なお、市街化調整区域を事業予定地とする場合、市街化区域を選定しなかった理由も必ず明記し、要件を満たしていることの説明を記入してください。)
14	施設整備の 基本方針	(下記入居者への処遇を行うための整備方針、また、地震・火災・停電などの災害に対応するための整備方針を具体的に記入してください。)
15	入所者・利用 者への処遇方 針	(食事・入浴・排せつ・リハビリ・家族との交流・レクリエーション活動・重度者に対する支援などについて具体的に記入してください。)
16	サービスの質 の向上のため の取り組み	(職員研修やサービス評価の取り組み、苦情への対応等について記入してください。)

事業計画書

17	施設建設に係る近隣住民説明	(近隣住民への事業説明内容・日程等を記入してください。)																		
18	地域住民との交流等の基本方針及び具体的な取り組み	(地域の住民やボランティア団体，利用者家族との連携及び交流の方法や，地域住民等との協力体制の構築方法について記入してください。)																		
19	その他，施設独自の取り組み	(事業を実施する上での工夫や法人独自の取り組み等を記入してください。) (例：低所得者・生活保護受給者等の受け入れに関する配慮等)																		
20	協力医療機関	<table border="1"> <tr> <td>①病院名</td> <td>所在地</td> <td></td> </tr> <tr> <td>診療科目</td> <td>施設からの距離</td> <td>k m</td> </tr> <tr> <td>②病院名</td> <td>所在地</td> <td></td> </tr> <tr> <td>診療科目</td> <td>施設からの距離</td> <td>k m</td> </tr> <tr> <td colspan="3">医療機関との連携体制についての取り組み</td> </tr> <tr> <td colspan="3">未定の場合その見込み (未定の場合は①②欄は予定で記入し，本欄においてその取り組み状況等を記入してください。)</td> </tr> </table>	①病院名	所在地		診療科目	施設からの距離	k m	②病院名	所在地		診療科目	施設からの距離	k m	医療機関との連携体制についての取り組み			未定の場合その見込み (未定の場合は①②欄は予定で記入し，本欄においてその取り組み状況等を記入してください。)		
①病院名	所在地																			
診療科目	施設からの距離	k m																		
②病院名	所在地																			
診療科目	施設からの距離	k m																		
医療機関との連携体制についての取り組み																				
未定の場合その見込み (未定の場合は①②欄は予定で記入し，本欄においてその取り組み状況等を記入してください。)																				

※欄の幅が足りない場合は，行幅を広げて全体が表示されるように調整してください。

但し，1000文字を超える場合は別紙を使用して下さい。

(様式3)

資 金 計 画

1 建築の形態（単独 / 併設・合築の状況）○をつけてください

施設種別	延床面積	割合
(本体施設)	m ²	%
(併設施設)	m ²	%
計	m ²	%

2 設置に係る総事業費（併設施設がない場合は「総事業費」欄のみ記入）

(1) 事業費内訳

単位：千円

	全体事業費	うち本体施設分 (併設の場合)	備 考
土地取得関係費			
内訳			
土地購入費			
土地権利費（敷金等）			
その他			
建物建設関係費			
内訳			
建築費（改修費含む）			
設計費			
外構工事費			
造成工事費			
その他			
その他費用			
内訳			
物品・備品購入費			
運転資金（3ヶ月分）			
その他			
事業費計			

(2) 財源内訳

単位：千円

	全体事業費	うち本体施設分 (併設の場合)	備 考
自己資金			
内訳			
法人預金			
その他（ ）			
補助金			補助金が不交付の場合○○ を増額予定
借入金（元金を記入）			償還計画は下記のとおり
その他			
内訳			
寄付金			
出資金			
その他（ ）			
財源計			

3 借入金について（借入金のある場合のみご記入ください）

(1) 金融機関との折衝状況

書面による確約を得ている。 口頭による確約を得ている。 現在交渉中。

折衝金融機関（ ）

(2) 借入金に対する償還計画（記入欄が足りない場合は適宜追加してください）

償還年次	償還額（単位：千円）			左に対して、予定している返還財源
	元金	利息	合計	
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				
13				
14				
15				
16				
17				
18				
19				
20				
21				
22				
23				
24				
25				
26				
27				
28				
29				
30				
合計				

(3) 既借入金状況（既設法人の場合）

単位：千円

施設名	借入先	借入額	残金※1	年間償還額※2	償還助成後※3
合 計					

※1 残金については、平成23年度支払後の金額とします。
 ※2 年間償還額は、2年目以降を記載してください。
 ※3 償還助成がある場合は、助成後の法人負担額を記載してください。

(様式4)

土地・建物に係る関係部署との協議状況調書

1 土地・建物の概要

(1) 建設予定地の概要

○所在地	盛岡市
○面積	登記面積 m^2
	実測面積 m^2
○地目	登記地目 宅地 : 農地 : その他()
	現況地目 宅地 : 農地 : その他()
○都市計画法	都市計画 区域内 : 区域外
	用途区域 市街化 : 市街化調整 : その他()
	建ぺい率(%) 容積率(%)
	開発許可 必要 : 不要
○宅地造成等規制法	宅地造成工事規制区域 区域内 : 区域外
○農業振興地域の整備に関する法律	農振法 農用地 : その他
○農地法	転用許可 必要 : 不要

(2) 土地の所有状況(予定含む。) 取得(貸借)済み・取得(貸借)予定・その他()

2 都市計画法(開発許可)・宅地造成等規制法担当部署との協議記録

協議日時	平成 年 月 日	担当部署	
	: ~ :	担当者名	(TEL -)
協議内容(各種法令の適用状況、指導の内容、今後の必要手続き予定)			

3 建築基準法担当部署との協議記録

協議日時	平成 年 月 日	担当部署	
	: ~ :	担当者名	(TEL -)
協議内容(各種法令の適用状況、指導の内容、今後の必要手続き予定)			

4 道路担当部署との協議記録

協議日時	平成 年 月 日	担当部署	
	: ~ :	担当者名	(TEL -)
協議内容 (各種法令の適用状況、指導の内容、今後の必要手続き予定)			

5 農業振興地域の整備に関する法律担当部署との協議記録

協議日時	平成 年 月 日	担当部署	
	: ~ :	担当者名	(TEL -)
協議内容 (各種法令の適用状況、指導の内容、今後の必要手続き予定)			

6 農地法担当部署との協議記録

協議日時	平成 年 月 日	担当部署	
	: ~ :	担当者名	(TEL -)
協議内容 (各種法令の適用状況、指導の内容、今後の必要手続き予定)			

7 文化財保護法担当部署との協議記録

協議日時	平成 年 月 日	担当部署	
	: ~ :	担当者名	(TEL -)
協議内容 (各種法令の適用状況、指導の内容、今後の必要手続き予定)			

※記入欄が足りない場合は適宜追加してください。

(様式5)

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、執行役又はこれらに準ずる者と同等の支配力を有するもの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、すべて予定で記入してください。

(様式6)

人員配置計画書

施設種別	
開所予定日	

	職名	基準数	配置 予定数	人員確保の方法		新規採用 予定数	募集予定日	採用予定日	
				常勤	非常勤				
1	例) 施設長	1	1	1	既存〇〇施設からの異動により配置		H24. 10. 1	H24. 12. 1	
2	例) Aユニット ケアマネジャー	1	1	1	ハローワークを通じて採用募集を行い採用試験を経て採用配置。	1	H24. 10. 1	H25. 1. 10	
3	例) Aユニット 一般介護職員	6	7	4	3	4名は既存〇〇施設からの異動により配置し、3名はハローワークを通じて採用募集を行い採用試験を経て採用配置する。	3	H24. 10. 1	H25. 1. 10
4									
5									
6									
7									
8									

※記入欄が足りない場合は、適宜追加してください。

介護・看護職員配置表(ユニット型 1日当りの時間帯配置状況)

職員		勤務形態	4時	6時	8時	10時	12時	14時	16時	18時	20時	22時	24時	2時	
A ユニット	①	A			← 早番 →										
	②	A	← 夜勤 →												
	③	A			← 日勤 →										
	④	A					← 遅番 →								
	⑤	A									← 夜勤 →				
	⑥	A	公休												
B ユニット	①														
	②														
	③														
	④														
	⑤														
	⑥														
C ユニット	①														
	②														
	③														
	④														
	⑤														
	⑥														
D ユニット	①														
	②														
	③														
	④														
	⑤														
	⑥														
E ユニット	①														
	②														
	③														
	④														
	⑤														
	⑥														
F ユニット	①														
	②														
	③														
	④														
	⑤														
	⑥														
G ユニット	①														
	②														
	③														
	④														
	⑤														
	⑥														
H ユニット	①														
	②														
	③														
	④														
	⑤														
	⑥														
ショート (介護職員)	A	①													
	②														
	③														
	④														
	⑤														
	⑥														
B	①														
	②														
	③														
	④														
	⑤														
	⑥														
看護職員	①														
	②														
	③														
	④														
	⑤														
	⑥														

勤務形態の区分 A:常勤で専従 B:常勤で兼務 C:常勤以外で専従 D:常勤以外で兼務
配置している時間帯は、矢印⇄と色塗りで表示してください。

看護・介護職員配置表(ユニット型 1週当りの配置状況)

		勤務形態	1日 月	2日 火	3日 水	4日 木	5日 金	6日 土	7日 日	勤務時間計
長期 (介護職員)	A ユニット	①								
		②								
		③								
		④								
		⑤								
		⑥								
	B ユニット	①								
		②								
		③								
		④								
		⑤								
		⑥								
	C ユニット	①								
		②								
		③								
		④								
		⑤								
		⑥								
	D ユニット	①								
		②								
		③								
		④								
		⑤								
		⑥								
E ユニット	①									
	②									
	③									
	④									
	⑤									
	⑥									
F ユニット	①									
	②									
	③									
	④									
	⑤									
	⑥									
G ユニット	①									
	②									
	③									
	④									
	⑤									
	⑥									
H ユニット	①									
	②									
	③									
	④									
	⑤									
	⑥									

		勤務形態	1日 月	2日 火	3日 水	4日 木	5日 金	6日 土	7日 日	勤務時間計
シヨート (介護職員)	A ユニット	①								
		②								
		③								
		④								
		⑤								
		⑥								
	B ユニット	①								
		②								
		③								
		④								
		⑤								
		⑥								
看護職員	①									
	②									
	③									
	④									
	⑤									
	⑥									

勤務シフトは次の例等で示すこと
 夜：夜勤 16:00~9:00 早：早番 7:00~16:00 日：日勤 9:00~18:00
 遅：遅番 12:00~21:00 休：公休

勤務形態の区分 A:常勤で専従 B:常勤で兼務 C:常勤以外で専従 D:常勤以外で兼務

(様式7)

法 人 事 業 実 績

1 介護保険サービス提供事業所

事業種別	施設等名称	所在地	事業所番号	指定年月日	定員	併設事業所	過去3年間の改善指導の有無	左が有りの場合の改善措置の有無
(記載例) 認知症高齢者グループホーム	グループホーム〇〇	盛岡市内丸12-1	31050000	H23. 1. 1	2ユニット 18名		有り	有り

※休止中の事業所も記載してください。

2 その他の事業所

事業種別	施設等名称	所在地	定員	併設事業所	過去3年間の改善指導の有無	左が有りの場合の改善措置の有無

※記入欄が足りない場合は、適宜追加してください。

(様式8)

収 支 見 込 書

法人名	
施設種別	

1年目 (自)平成 年 月 日 (至)平成 年 月 日 ※開所日から12ヶ月後まで
 2年目 (自)平成 年 月 日 (至)平成 年 月 日

(単位:円)

		予 算 額		備 考	
		1 年 目	2 年 目		
収 入	介護保険サービス費				
	利用料	居住費(家賃)			
		食費			
		水道光熱費			
		その他利用料			
	その他の収入				
収入計 (H)					
支 出	人件費				
	地代・家賃				
	設備費・営繕費				
	食材料費				
	水道光熱費				
	消耗品費				
	その他事業費・事務費				
	借入金返済(元金)				
	借入金返済(利子)				
	その他の支出				
	支出計 (I)				
収支差額 (J=H-I)					

入居者・利用者の標準月額 (単位:円)

		標準月額	うち利用者負担額
内 訳	計		
	介護保険サービス費		
	居住費		
	食費		
	水道光熱費		
	その他利用料		

計画において想定している、入居者・利用者の1ヶ月あたりの標準的な金額を記入してください。