

様式2

令和10年度～令和12年度 障がい福祉関係施設整備計画調査票

※ 該当年度に○を記載願います。

盛岡市障がい福祉課
 事業所係 あて
 (FAX:019-625-2589)
 E-mail: shogai@city.morioka.iwate.jp

法人名 _____
 施設名 _____
 担当者 職 _____
 氏名 _____
 連絡先電話 _____
 FAX _____
 メールアドレス _____

| | | |
|-------------|----|----|
| 施設整備予定年度(※) | 令和 | 年度 |
|-------------|----|----|

※令和10年度～令和12年度の期間に整備を予定している内容について記載ください。

(単位:円)

| 施設の種類 | 施設整備区分 (創設・改築・大規模修繕等の別) | 施設定員 | 施設の所在地 (整備予定地)、敷地面積 (平方メートル)及び敷地の所有状況 | 事業内容 (整備内容、整備面積、事業費、補助金額の積算内訳等) | 施設整備期間及び施設運営開始年月 | 事業費及び資金計画 |
|--------------------------|--|------------------|--|------------------------------------|------------------|-----------|
| | <ul style="list-style-type: none"> ・創設 ・増設 ・改築 ・大規模修繕等(防犯対策含む) ・スプリンクラー整備 ・避難スペース整備 ・老朽民間社会福祉施設整備 | 人 (現定員 人) | <input type="checkbox"/> 自己所有地 <input type="checkbox"/> 借地 <input type="checkbox"/> 未定 | | | |
| | | | | | | |
| 自己資金調達方法 (具体的に記入すること) | | | | | | |

様式2

記載例

令和10年度～令和12年度 障がい福祉関係施設整備計画調査票

※ 該当年度に○を記載願います。

盛岡市障がい福祉課
事業所係 あて
(FAX:019-625-2589)
E-mail: shogai@city.morioka.iwate.jp

※複数年度計画がある場合は、シートを分けてください。

法人名
施設名
担当者 職
氏名
連絡先電話
FAX
メールアドレス

社会福祉法人〇〇会
〇〇園
施設長
〇〇 〇〇

| | |
|-------------|----------|
| 施設整備予定年度(※) | 令和 10 年度 |
|-------------|----------|

※令和10年度～令和12年度の期間に整備を予定している内容について記載ください。

(単位:円)

| 施設の種類 | 施設整備区分 (創設・改築・大規模修繕 等の別) | 施設定員 | 施設の所在地 (整備予定 地)、敷地面積 (平方メートル) 及び敷地の所 有状況 | 事業内容 (整備内容、整備面積、事業費、補 助金額の積算内訳等) | 施設整備期間及 び施設運営開始 年月 | 事業費及び資金計画 |
|--------------------------|--|-----------------|--|---|---|--|
| 生活介護 | <ul style="list-style-type: none"> ・創設 ・増設 ・改築 ・大規模修繕等(防犯対策含む) ・スプリンクラー整備 ・避難スペース整備 ・老朽民間社会福祉施設整備 | 20 人 (現定員 人) | 内丸12-2 1000 m ² <input type="checkbox"/> 自己所有地 <input checked="" type="checkbox"/> 借地 <input type="checkbox"/> 未定 | 整備内容: 生活介護事業所の創設 整備面積:延面積 400m ² 構造:木造2階建 事業費: 〇〇〇 円 主体工事費: 〇〇〇 円 設計管理費: 〇〇〇 円 | 施設整備期間: R9年10月から R10年3月まで 施設運営開始年月 R10年4月 | 総事業費 〇〇〇 円 うち補助対象額 〇〇〇 円 国庫補助金等 〇〇〇 円 盛岡市補助金 〇〇〇 円 自己資金等 〇〇〇 円 |
| 自己資金調達方法 (具体的に記入すること) | | | | | | |