

介護保険施設等整備計画申出書

小田原市長 様

住 所

申出者 法人名

代表者又は予定者の職氏名

印

担当者名 電話番号 メールアドレス

次のとおり、介護保険施設等の整備を計画しておりますので、関係書類を添えて申し上げます。

施設種別			
施設名		床数 又は 登録定員等	床数 床 登録定員 人 通い定員 人 宿泊定員 人
計画予定地	小田原市		
開設予定年月日	令和	年	月 日
地区	市街化区域 ・ 市街化調整区域		
用地取得状況	自己所有・購入予定・借上げ予定・その他（ ）		
建物所有区分	自己所有・購入予定・借上げ予定・その他（ ）		
法定構造	例) 準耐火建築物		
構造（種別）	木造 ・ 鉄骨造 ・ 鉄筋コンクリート造 ・ 鉄骨鉄筋コンクリート造 ・ その他（ ）		
階数	地上 階 ・ 地下 階 ・ その他（ ）		
高さ制限	第 種高度地区 ・ m		
最高高さ	m		
用途地域	地域		

防 火 地 域	地 域																																																											
法 定 建 蔽 率	%	法 定 容 積 率	%																																																									
敷 地 面 積	(土地登記簿) m ² (実測)		m ²																																																									
建 築 面 積	m ²	延 床 面 積	m ²																																																									
開発所管課で示された接道要件																																																												
併設する施設																																																												
介護保険事業の実績（施設数）	<table border="1"> <thead> <tr> <th>施設種別</th> <th>市内</th> <th>市外※</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td></tr> <tr> <td>計</td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>			施設種別	市内	市外※																																																				計		
	施設種別	市内	市外※																																																									
	計																																																											
<p>※市外に所在する施設がある場合、市区町村名の分かる一覧表を添付してください。</p>																																																												

添付書類

- (1) 施設整備に関する趣意書（法人としての事業方針や目的等を示すもの）
- (2) 事業計画書（様式第2号）
- (3) 計画予定地の売買予約契約書の写し又は賃貸借予約契約書の写し若しくはそれらに相当する書類
- (4) 計画予定地の公図及び全部事項証明書（土地登記簿謄本）
（インターネットで取得した登記情報は不可）
- (5) 位置図、配置図、平面図、立面図、部屋別面積表（すべての部屋）
車両の出入りがある箇所を配置図に記載してください。
また、部屋別面積表は、壁芯面積、内法面積ともに記載。ただし居室内にトイレがある場合はその面積を除いてください。
- (6) 整備スケジュール表
- (7) 既設の法人にあっては定款又は寄附行為の写し及び登記簿謄本
- (8) 法人代表者（又は予定者）の身分証明書（破産者名簿に記載がないこと、後見の登記の通知を受けていないことなどの証明）及び役員（又は予定者）一覧
（身分証明書については市区町村で発行したもの）
- (9) 建築に係る収支計画書
- (10) 自己資金の残高証明書（提出日から2箇月以内のもの）
- (11) 既設の法人にあっては、平成28年度及び平成29年度における実地指導、監査の実施結果通知及び改善報告書の写し（件数が多い場合は、電話で御相談ください。）
- (12) 借入金償還計画書
- (13) 既設の法人にあっては、前事業年度の事業報告書その他業務内容を明らかにする書類
- (14) 既設の法人にあっては、直近3会計年分の決算報告書（貸借対照表、損益計算書、利益処分に関する書類を含みます。）
- (15) 法人代表者（又は予定者）及び施設長予定者（もしくは管理者予定者）の経歴書
- (16) 法人代表者の印鑑証明書又は代表予定者個人の印鑑証明書
- (17) 近隣住民等に対する事業計画の説明・調整状況一覧表（様式第3号）
上記の状況について、地図等上に表示したものを添付してください。
- (18) 災害対策並びに災害発生時の避難施設及び被災者支援に関する考え方（様式第4号）
- (19) 誓約書（様式第5号）

事業計画書

住 所

法 人 名

代表者又は予定者の職氏名

印

区分	記入欄
1 基本方針等について (1)応募の動機	
(2)本事業を運営していく上での基本方針	
(3)サービスの質を向上させるための目標・方策	
2 人員について (1)職員の確保の見通し及び確保のための方策、職員配置等	
(2)職員のスキルアップ	
3 利用者負担額 (1)居住費、宿泊費、食費、日常生活費等の見込額と積算根拠	
4 地域との連携 (1)開設について地域住民の理解を得るための方策、利用者と地域住民の交流を図る方策等	
5 独自の取組み (1)その他、法人又は事業所における独自の取組み	

※必要に応じて行の高さを変更してください。

※記入欄に書ききれない場合は、別紙に記入の上、添付してください。

近隣住民等に対する事業計画の説明・調整状況一覧表

住 所

法 人 名

代表者又は予定者の職氏名

印

施設整備に伴い、説明・調整が必要と考えられる相手を適切に把握し、その相手に対する説明等の実施状況や同意の状況、今後の説明等の実施予定や同意の見込みなどをお書きください。

区 分	相手方氏名 又は名称	相手方の対象 範囲の考え方	状況区分	具体的な状況
(記入例) 近隣住民	小田原 太郎	〇〇自治会長に 相談したところ、 〇〇の住民に説明 するよう指示が あった。	<input type="checkbox"/> 未調整(赤) <input type="checkbox"/> 説明済(黄) <input checked="" type="checkbox"/> 同意済(青)	〇月〇日、自宅に赴き事業 概要を説明済。 〇月〇日に同意書に署名し てもらった。(別添のとおり)
近隣住民			<input type="checkbox"/> 未調整(赤) <input type="checkbox"/> 説明済(黄) <input type="checkbox"/> 同意済(青)	
地元自治会			<input type="checkbox"/> 未調整(赤) <input type="checkbox"/> 説明済(黄) <input type="checkbox"/> 同意済(青)	
隣接土地所有者			<input type="checkbox"/> 未調整(赤) <input type="checkbox"/> 説明済(黄) <input type="checkbox"/> 同意済(青)	
進入路上の 土地所有者			<input type="checkbox"/> 未調整(赤) <input type="checkbox"/> 説明済(黄) <input type="checkbox"/> 同意済(青)	
医師会			<input type="checkbox"/> 未調整(赤) <input type="checkbox"/> 説明済(黄) <input type="checkbox"/> 同意済(青)	
歯科医師会			<input type="checkbox"/> 未調整(赤) <input type="checkbox"/> 説明済(黄) <input type="checkbox"/> 同意済(青)	
			<input type="checkbox"/> 未調整(赤) <input type="checkbox"/> 説明済(黄) <input type="checkbox"/> 同意済(青)	
			<input type="checkbox"/> 未調整(赤) <input type="checkbox"/> 説明済(黄) <input type="checkbox"/> 同意済(青)	

※必要に応じて適宜項目を追加してください。

※説明又は調整相手がない項目は、「具体的な状況」欄に「該当なし」と記入するとともに、その理由をお書きください。

※上記の状況について、地図上等に表示したものを添付してください。その際に図面の色分けは、「状況区分」に応じた色で表示させてください。

災害対策並びに災害発生時の避難施設及び被災者支援に関する考え方

住 所

法 人 名

代表者又は予定者の職氏名

印

区 分	法人の考え方
災害対策について ・ 災害発生時の対策をどのように考えているか ・ 既存法人の場合、これまでの取り組みなど	
災害発生時の避難施設について ・ 地域における災害発生地での災害弱者救援拠点として、設備等の面で配慮していることなど ・ 施設整備地に関して災害対象として配慮している点など	
災害発生時の被災者支援について ・ 施設として受け入れ態勢の方針など ・ 備蓄物資に関しての方針など	

※必要に応じて、適宜項目を追加してください。

様式第5号

誓約書

令和 年 月 日

小田原市長 様

住 所

法 人 名

代表者又は予定者の職氏名

印

「令和元年度(2019年度)小田原市介護保険施設等整備事業者再募集要項」の各項目を十分に理解し、これを遵守し、誠実に対応することを誓います。

万一、これに反した場合は、いかなる処分又は決定をなされても、なんら異議申し立てをいたしません。

質 問 票

令和 年 月 日

小 田 原 市 長 様

住 所
法 人 名
代表者又は予定者の職氏名
担当者氏名
電 話 番 号

1 施設種別	
2 質問事項	

- ※ 質問がない場合は、提出する必要はありません。
- ※ 質問は1枚につき1件とします。
- ※ 質問事項及び回答は、小田原市ホームページに掲載します。その際、質問事項の内容を一部修正する場合がありますので、御了承ください。