

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>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、<u>市区町村名の分かる一覧表を添付してください。</u></p>																																																												

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 ※具体的な方法・スケジュール等を記載してください。	
(2)職員のスキルアップ	
3 利用者について (1)利用者の確保の見通し及び確保のための方策等 ※具体的な方法・スケジュール・見込人数等を記載してください。	
4 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	
5 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	
6 独自の取り組み (1)その他、法人又は事業所における独自の取り組み	

※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、自宅に赴くも不在。 △月△日再訪問し、事業概要を説明。整備計画にご理解頂き、同意を得た。
○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。

※元々様式に記載された区分(○印の項目)は削除せずに使用してください。

※説明又は調整相手がいない項目は、「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 ・ 災害発生時における安定的かつ継続的なサービス提供を行うための対策をどのように考えているか	
○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 ・ 災害発生時の地域（自治会等）との連携についてどのように考えているか	

※必要に応じて、適宜項目を追加してください。

※元々様式に記載された区分(○印の項目)は削除せずに使用してください。

※災害とは、地震・風水害等の自然災害を含みます。

※計画予定地が洪水浸水想定区域や土砂災害（特別）警戒区域等に該当する場合、想定される災害発生時の対策について明記してください。

※実際に策定している計画書等（業務継続計画（BCP）等）があれば、本書類の別紙資料として添付することもできます。

感染症の予防及びまん延の防止のための措置に関する考え方

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
○感染症対策について <ul style="list-style-type: none"> ・ 感染症発生（まん延）時の対策をどのように考えているか ・ 設備等の面で配慮していることなど ・ 感染症発生（まん延）時における安定的かつ継続的なサービス提供を行うための対策など ・ 既存法人の場合、これまでの取り組みなど 	
○感染症対策のマニュアル整備及び衛生用品等の設置、確保について <ul style="list-style-type: none"> ・ 衛生用品等の調達や備蓄についてどのように考えているか ・ 感染が疑われる者が発生した場合の対応など 	
○新型コロナウイルス感染症対策について <ul style="list-style-type: none"> ・ 感染症のうち、特に新型コロナウイルス感染症に対する対策をどのように考えているか。 ・ 設備等の面で配慮していることなど ・ 陽性者や濃厚接触者発生（まん延）時における安定的かつ継続的なサービス提供を行うための対策など ・ 既存法人の場合、これまでの取組など 	
○新型コロナウイルス感染症対策のマニュアル整備及び衛生用品等の設置、確保について <ul style="list-style-type: none"> ・ 感染が疑われる者や陽性者、濃厚接触者が発生した場合の対応など 	

※必要に応じて、適宜項目を追加してください。

※元々様式に記載された区分(○印の項目)は削除せずに使用してください。

※実際に策定している計画書等（感染症対策マニュアル、業務継続計画（BCP）等）があれば、本書類の別紙資料として添付することもできます。

様式第6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4年度小田原市介護保険施設等整備事業者募集要項」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 整備予定施設の 種別	該当するものに■（黒塗り） <input type="checkbox"/> 小規模多機能型居宅介護 <input type="checkbox"/> 看護小規模多機能型居宅介護
2 質問事項	

- ※ 質問がない場合は、本様式を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。
- ※ 質問票を提出した場合は、送付確認のため担当窓口宛てに電話連絡してください。
- ※ 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。