**定期巡回・随時対応型訪問介護看護整備計画提案書**

平成　　年　　月　　日

船橋市長　あて

所在地(〒)

名称

代表者氏名 印

担当者氏名

（TEL・FAX）

（E-mail）

　以下のとおり定期巡回・随時対応型訪問介護看護事業所の整備計画提案書を提出します。提出にあたっては、本提案内容に基づく整備事業を誠実に履行するとともに、目的外の施設転用等は一切行わないことを誓約します。

記

◆定期巡回・随時対応型訪問介護看護事業所の概要

|  |  |
| --- | --- |
| 事業所の名称 |  |
| 開設希望日 | 平成　　年　　月　　日 |
| 併設事業（定員） |  |
| 介護保険事業等の  運営実績  （運営施設や運営年数など） |  |
| 事業所形態 | □一体型　　□連携型 |
| 事業の実施区域 | ※実施区域を色塗りした図面添付のこと。 |
| 事業の実施区域の  設定理由 |  |
| 事業実施区域の  移動距離・時間 | 最大「（　　　　）㎞　（　　　　　）分」 |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 利用者見込み数と  設定理由 | （１年目） | |
| 人数 |  |
| 理由 |  |
| （２年目） | |
| 人数 |  |
| 理由 |  |
| （３年目） | |
| 人数 |  |
| 理由 |  |
| （４年目） | |
| 人数 |  |
| 理由 |  |
| （５年目） | |
| 人数 |  |
| 理由 |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ○定期巡回・随時対応型訪問介護看護事業所について | | |
| 計画地 | 住所 | 船橋市 |
| 用途地域 |  |
| 面積 | （　　　　　　　　）㎡ |
| 交通の便 |  |
| 所有者  （予定含） | □自己所有  □借地 （所有者住所　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）  （所有者氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）  （契約期間　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 建物 | 整備形態 | □新築型　　□改修型 |
| 建物形態 | □単独型　　□併設型（併設の事業　　　　　　　　　　　　　　） |
| 建物構造 | （　　　　　　　　　）造　（　　　　建ての　　　　階部分） |
| 所有者  （予定含） | □自己所有  □借家 （所有者住所　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）  （所有者氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）  （契約期間　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 延床面積 | （　　　　　　　　）㎡※うち定期巡回・随時対応型訪問介護看護事業所の占有面積　（　　　　　　　　）㎡ |
| ○連携型の場合、訪問看護事業所について記載（連携型ではない場合、記載不要） | | |
| 事業所名・事業者番号 | |  |
| 計画地 | 住所 | 船橋市 |
| TEL/FAX/Email |  |
| 用途地域 |  |
| 面積 | （　　　　　　　　）㎡ |
| 交通の便 |  |
| 所有者  （予定含） | □自己所有  □借地 （所有者住所　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）  （所有者氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）  （契約期間　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 建物 | 整備形態 | □新築型　　□改修型 |
| 建物形態 | □単独型　　□併設型（併設の事業　　　　　　　　　　　　　　） |
| 建物構造 | （　　　　　　　　　）造　（　　　　建ての　　　　階部分） |
| 所有者  （予定含） | □自己所有  □借家 （所有者住所　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）  （所有者氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）  （契約期間　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 延床面積 | （　　　　　　　　）㎡ |

※土地や建物を賃借している場合は契約書の写し、賃借を予定している場合は土地建物利用承諾書(任意様式)を添付すること。

※連携型の場合、訪問看護事業所にかかる指定可否決定通知書の写しを添付すること。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 人員体制について | | 人数・常勤換算・勤務形態・資格・知識・経験等 |
|  | 管理者 |  |
| オペレーター |  |
| 定期巡回サービス従事者 |  |
| 随時訪問サービス従事者 |  |
| 訪問看護サービス従事者 |  |
| 利用者の情報把握のための機器及び利用者からの通報を受けるための機器等について | |  |
| 利用者のための通信機器等について | |  |
| 事業に必要な設備・備品等について | |  |
| 協力病院・関係機関等について(名称・計画地からの距離等) | |  |
| 利用料について  （介護サービス費以外） | |  |

※必要に応じ、資料を添付すること。