

奈良市認知症対応型共同生活介護事業者応募申込書

(あて先) 奈良市長

事業運営予定者

所在地

名 称

代表者 職・氏名

㊟

担当者所属及び職・氏名・電話番号

()

奈良市認知症対応型共同生活介護事業者募集要項に基づき、認知症対応型共同生活介護事業所及び介護予防認知症対応型共同生活介護事業所設置計画について、関係書類を添えて申し込みます。

1 事業主体概要

事業主体名	
代表者 職・氏名	
主たる事務所の所在地	
基本財産・資本金	
介護保険事業実績	有 (事業種類) 無
認知症対応型共同生活介護 (介護予防含) 事業実績	有 ・ 無

2 事業所等概要

指定を受けようとする地域密着型サービスの種類	認知症対応型共同生活介護 介護予防認知症対応型共同生活介護				
事業所名					
事業所所在地 (建設場所)					
日常生活圏域	圏域				
定員 (ユニット数)	人				
開設希望年月日					
工事内容	<input type="checkbox"/> 新設 <input type="checkbox"/> 増築 <input type="checkbox"/> 改築・改修				
地目		公簿面積	m ²	実測面積	m ²
建物構造	造 地上 階 地下 階 耐火・準耐火				
延床面積	m ²				
各階の面積					

	<input type="checkbox"/> バス停から徒歩 分 <input type="checkbox"/> 最寄駅も最寄のバス停もない
道路の状況	施設所在地（予定）から幹線道路までの道のり まで km

3 入居一時金及び月額利用料等

当該金額設定の考え方 （想定の対象者層・一時金の算出根拠など） ※一時金を徴収する場合は、想定居住期間や保全措置の方法についても記入してください。			
入居一時金		月額利用料（家賃相当額）	
食費			
その他			
（利用料金を複数設定している時は、入居見込みを勘案し事業計画で想定している最も標準的な金額を記入ください。）			