年　　　月　　　日

様式１

（あて先）羽咋市長

住　　所

法人名

代表者名

羽咋市地域密着型サービス事業公募申込書

羽咋市地域密着型サービス事業者の公募について、下記のとおり応募します。

記

　１　応募する事業等

|  |  |
| --- | --- |
| 実施事業名 | 認知症対応型共同生活介護 |
| 施設名 |  |
| 開設予定地 |  |
| 利用定員予定数（人） | ９人　　　・　　　１８人 |
| 新設・増設区分 | 新設　　　・　　　増設 |
| 開設年度 | 令和　年度 |

　２　担当者連絡先

|  |  |
| --- | --- |
| 担当部署 |  |
| 担当者名 |  |
| 連絡先 | 住　所 | 〒　　－ |
| TEL |  |
| FAX | 　　 |
| Ｅメール |  |

※利用定員予定数１８人と記載した法人にお聞きします。

審査の結果、利用定員９人であれば整備が可能になった場合、事業の実施を希望しますか。

　　希望する　　・　　希望しない　　（いずれかに○をしてください。）

（例）下記のような審査結果になった場合

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 審査評点順位 | 応募者 | 希望利用定員 |
| １位 | Ａ法人 | 　９人（１ユニット） |
| ２位 | 貴法人 | １８人（２ユニット） |
| ３位 | Ｂ法人 | 　９人（１ユニット） |

Ａ法人が利用定員９人（１ユニット）として選定され、貴法人が、上記で「希望する」を選択した場合

１ユニット（利用定員９人）のみの実施を条件に選定される。

貴法人が、上記で「希望しない」を選択した場合

貴法人は選定されず、Ｂ法人が選定される。

地域密着型サービス　事業計画概要書

様式２

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 法　　人 | 法人名 |  |
| 法人所在地 |  |
| 法人種別 | □既設□新設(　　年　　月予定) | □社会福祉法人　□医療法人　□ＮＰＯ法人□株式会社・有限会社　□その他（　　　　　　　　） |
| 事業所名（仮称） |  |

|  |  |
| --- | --- |
| 実施事業 | ■認知症対応型共同生活介護 |
| 建設予定地の状況 | 建設予定地 | （所在地）羽咋市 |
| 敷地面積 | ㎡ | 用途地域 |  |
| 土地権利 | □所有　□賃借（　　　年） | 抵当権 | □あり　　　□なし |
| 建物概要 | 建築面積 | ㎡ | 延床面積 | ㎡（全体　　㎡） |
| 構造 | 　造 | 階数 | 地上　　　階、地下　　階 |
| 建物権利 | □所有　□賃借（　　　　年） | 抵当権 | □あり　　　□なし |
| 併設施設 | □あり（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | □なし |
| 整備内容 | □法人が新築　　　　　　　　　　　　　　　　　　 | □法人が改修 |
| 着工予定 | 令和　年　月　日 | 竣工予定 | 令和　年　月　日 |
| 開設予定 | 令和　年　月　日 |  |  |
| 事業費および財源 | 区分 | 事業費（千円） | 財源内訳（千円） |
| 借入金 | 補助金 | 自己負担 |
| 建築・設備 |  |  |  |  |
| 用地取得 |  |  |  |  |
| 建物取得 |  |  |  |  |
| 運転資金 |  |  |  |  |
| 合計 |  |  |  |  |
| 補助金・交付金の活用 | □検討する　　　　□検討しない　　　　□未定 |
| 整備を計画した目的・理由 | 　 |

※該当する事項にチェックを入れてください。