

(様式6)

## 事業計画書

### 1. 施設整備計画 (該当する口に✓を記入してください)

#### (1) 事業の概要

施設名称	
予定規模	入所定員 人 (認知症専門棟加算 人)
	通所リハビリ定員 人
	その他サービス ( ) 人
設置タイプ	病院併設型 ・ 病床転換型(転換病床 床) ・ 診療所併設型 ・ 特養併設型 ・ サテライト型 ・ 独立型
併設事業	

### 2. 建設予定地の状況

#### (1) 建設予定地 (予定地の全ての地番を記載してください。)

(住所) \_\_\_\_\_

(2) 敷地面積 \_\_\_\_\_ m<sup>2</sup>うち 建設予定施設の建築面積 \_\_\_\_\_ m<sup>2</sup>

#### (3) 建設予定地の確保方法 (該当する口に✓をつけてください。)

##### ① 所有等の場合

自己所有 (既に法人が所有している。)

自己所有 (購入する予定である。) ⇒ 購入予定年月日: 平成 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

自己所有 (贈与を受ける予定である。) ⇒ 贈与予定年月日: 平成 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

##### ② 貸与の場合

無償借受 (当初借受期間 \_\_\_\_\_ 年)

有償借受 (当初借受期間 \_\_\_\_\_ 年)

予定賃借料 \_\_\_\_\_ 円※ (□月額・□年額)

その他 ( \_\_\_\_\_ )



(5) 施設予定地までの交通条件 (該当する□に✓を記入してください。)

□JR \_\_\_\_\_ 駅 より約 \_\_\_\_\_ m 徒歩 \_\_\_\_\_ 分

□バス \_\_\_\_\_ バス停より約 \_\_\_\_\_ m 徒歩 \_\_\_\_\_ 分

□その他 ( \_\_\_\_\_ ) より約 \_\_\_\_\_ m 徒歩 \_\_\_\_\_ 分

※徒歩 1 分=80mで換算して記入願います。

### 3. 近隣における同種施設の整備状況について

・介護老人保健施設の状況

施設名	半径 2 km 圏内 (○印)	距離	事業計画地からの 所要時間 1分=500mで換算
		m	車で 分
		m	車で 分
		m	車で 分

### 4. 協力病院等 (添付資料: 協力医療機関等との業務提携契約書・同意書等)

(1) 協力 (予定) 医療機関名称

病院名	
所在地	
診療科目	
施設からの距離	距離: _____ km、 時間: 徒歩 _____ 分、 バス・自動車 _____ 分
未定の場合には、その見通しについて	

(2) 協力 (予定) 歯科医療機関名称

病院名	
所在地	
診療科目	
施設からの距離	距離: _____ km、 時間: 徒歩 _____ 分、 バス・自動車 _____ 分
未定の場合には、その見通しについて	

5. 建設予定地建築物

- ・構造 \_\_\_\_\_造 地上\_\_\_\_\_階建
- ・規模 延床面積 \_\_\_\_\_m<sup>2</sup>

既存施設（増床計画の場合のみ記載してください。）

- ・構造 \_\_\_\_\_造 地上\_\_\_\_\_階建
- ・規模 延床面積 \_\_\_\_\_m<sup>2</sup>

6. 事業費概算

- ・総事業費 \_\_\_\_\_千円

内訳	本体工事費	_____千円	※未定の場合は記載不要
	設計監理費	_____千円	
	設備整備費	_____千円	
	造成工事費	_____千円	
	土地取得費	_____千円	
	その他工事費	_____千円	

7. 居住費等の設定

- ・居住費 \_\_\_\_\_円／日
- ・食費 \_\_\_\_\_円／日
- ・その他（ \_\_\_\_\_ ） \_\_\_\_\_円