

事 業 計 画 書

1. 施設整備計画（該当する□に✓を記入してください）

（1）計画定員数

① 事業所類型

- 介護付有料老人ホーム 一般型
外部サービス利用型

② 選外となった場合

- 住宅型で設置する。
白紙に戻す。
その他（）

（2）開設予定年月日

_____ 年 _____ 月 _____ 日

2. 建設予定地の状況

（1）事業所の名称

（仮称）_____

（2）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）_____

（3）敷地面積 _____ m² うち 建設予定施設の建築面積 _____ m²

（4）建設予定地の確保方法（該当する□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：_____ 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：_____ 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（）

※「国又は地方公共団体以外の者から施設用地の貸与を受けて特別養護老人ホームを設置する場合の要件緩和について」（平成12年8月22日社援第1896号・老発第599号の通知）により、事業継続に必要な期間の賃借権又は地上権を登記し、なおかつ無料又は極力低額であることが必要です。

(5) 敷地の状況

都市計画区域内外の別	<input type="checkbox"/> 都市計画区域外 <input type="checkbox"/> 都市計画区域内 (<input type="checkbox"/> 市街化区域 <input type="checkbox"/> 市街化調整区域)			
用途地域		面積制限	建ぺい率(%)	容積率(%)
その他の区域、地域、地区等	その他 (<input type="checkbox"/> 農業振興地域 <input type="checkbox"/> 生産緑地 <input type="checkbox"/> 自然公園)			
道 路	建築基準法第 条第 項第 号該当	'不適'の場合、その対応：		
	幅員 m ※原則として 6.0m以上であること。 <input type="checkbox"/> 適 <input type="checkbox"/> 不適			
災害イエロー・レッドゾーンの有無	該当する区域について以下に記載してください。 (_____ (_____ (_____ (_____)		'有り'の場合その対応：	
埋蔵文化財の有無	<input type="checkbox"/> 有り <input type="checkbox"/> 無し		'有り'の場合その対応：	
風致地区の有無	<input type="checkbox"/> 有り <input type="checkbox"/> 無し		'有り'の場合その対応：	
電 気	敷地内に <input type="checkbox"/> 有り <input type="checkbox"/> 無し (対応：)			
ガ ス	敷地内に <input type="checkbox"/> 有り <input type="checkbox"/> 無し (対応：)			
上水道	敷地内に <input type="checkbox"/> 有り <input type="checkbox"/> 無し (対応：)			
排水処理	放流先	<input type="checkbox"/> 有り (放流先：) <input type="checkbox"/> 無し (対応：)		
	処理方法	<input type="checkbox"/> 公共下水道 <input type="checkbox"/> 浄化槽処理 (<input type="checkbox"/> 単独処理 <input type="checkbox"/> 合併処理)		
淨化槽処理の場合	処理区域	建築基準法施行令第 32 条に規定する区域 <input type="checkbox"/> 内 (令第 32 条第 項第 号該当) <input type="checkbox"/> 指定無し		
		その他の行政指導の有無 <input type="checkbox"/> 有り (内容：) <input type="checkbox"/> 無し		
	処理能力	一日当たり： m ³ 、処理対象人数： 人、放流水質：BOD ppm		
	処理方式			
	設置形態	<input type="checkbox"/> 地中埋設 <input type="checkbox"/> 地上設置 <input type="checkbox"/> その他 ()		
	メーカ名			
整備金額				円 (税込み)

(6) 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. 協力病院等（添付書類：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
記入欄 ※利用者の病状の急変や夜間における緊急時等の対応について具体的に示してください。 ※未定の場合には、その見通しについて記載してください。			

（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
記入欄 ※未定の場合には、その見通しについて記載してください。			

4. 建設予定地建築物

- ・構造 _____ 造 地上 _____ 階建
- ・規模 延床面積 _____ m²
- ・耐火種別 (_____)

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 _____ m²

5. 事業費概算

- ・総事業費 _____ 円

内訳	本体工事費	_____ 円
	設計監理費	_____ 円
	設備整備費	_____ 円
	造成工事費	_____ 円
	土地取得費	_____ 円
	その他工事費	_____ 円

※未定の場合は記載不要

6. 居住費等の設定

入居時費用		月額利用料			
		円			
一時金	その他	賃料	管理費・運営費	食費	その他
円	円	円	円	円	円

※介護保険料に係る費用を除く。また「その他」に該当が無い場合は0円を記入。

当該金額設定の考え方等がある場合ご記入ください。

記入欄

7. その他

建設予定地が洪水浸水想定区域や土砂災害警戒区域に該当又は隣接する場合、災害を想定した避難計画を任意様式で添付すること。