

(様式6)

## 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

|           | 整備計画  |         |          | 合計定員 |
|-----------|-------|---------|----------|------|
|           | ユニット数 | 1ユニット定員 | ユニット以外定員 |      |
| 特別養護老人ホーム |       |         |          |      |
| 併設ショートステイ |       |         |          |      |
| 合 計       |       |         |          |      |
| 保育施設      | 有□ 無□ |         |          |      |

#### (2) 開設予定年月日

\_\_\_\_年 \_\_\_\_月 \_\_\_\_日

### 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□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。

#### (4) 敷地の状況

[illegible]

(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

・特別養護老人ホームの状況

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

・老人短期入所施設の近隣状況（単独のショート事業所のみ。特養併設ショートは記入不要）

| 施設名 | 半径2km<br>圏内<br>(○印) | 距離 | 事業計画地からの<br>所要時間<br>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 |
| 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>
- ・ 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 \_\_\_\_\_ 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

8. 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。