給水設備整備補助事業に係る事前エントリー票

【提出にあたっての注意事項等について】

　１　必要事項を記入又は該当する項目にチェック（レ点等）を入れてください。

２　添付書類

各々をクリップ留めし、(1)(2)(3)(4)の順にまとめたものを、３セット提出して下さい。

(1) **平面図**（当該事業所全てのフロア（階）の分）

(2) **位置図**（最寄り駅や公園などの目標物が入り、施設の位置を記した**地図**）

(3) **写真**（現況及び改修箇所が分かるもの　※設置位置等を丸などで囲んで図示）

(4) **見積書**（公的機関※、工事請負業者）

※公的機関で見積もりができない場合は民間２社以上。必ず、１社ごとの合計額が表記された見積書とし、また、消費税込みの額を表記してください。

３　提出期限：**令和６年１月５日（金）（必着）**

４　この事前エントリー票及び２の添付書類は、**書面とデータの両方**を上記期限までに提出してください（データの送付先：kf-kscm@city.yokohama.jp）。

５　書面の提出方法は、郵送です（ＦＡＸの受付は行いません）。

６　封筒表紙には「給水設備等補助事業事前エントリー」と記載してください。

 ７　併設事業所の場合は、事業所毎に本票を作成してください。

記入年月日　令　和　　　　　年　　　　　月　　　　　日

法人名称

法人所在地

代表者職氏名

１　事業所情報について

　　事業所名等を記入してください。

(1)　事業所名

(2)　事業種別

　　ア　□　認知症対応型通所介護

　　イ □　認知症高齢者グループホーム

　　ウ □　小規模多機能型居宅介護

　　エ □　看護小規模多機能型居宅介護

　　オ　□　定期巡回・随時対応型訪問介護看護

(3)　事業所所在地

　　　　横浜市

(4)　開設年月日

　　（元号）　　　（西暦）　　　　　　　年　　　　　月　　　　　日

(5)　事業所の定員数

　　　　　　　人

(6)　担当者氏名（ふりがな）

(7)　電話番号

(8)　電子メールアドレス

　　 　＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

(9)　 設置に当たって耐震性が確保されていることが分かる資料が

　　　□　整備されている　　　　□　整備される見込みがある

(10)　福祉避難所＊指定状況

　　　（＊指定福祉避難所、協定等による福祉避難所）

　　　　□　有　　□無

(11)　ＢＣＰ（業務継続計画）の策定状況

　　　　□　有　　□策定見込み（策定時期：Ｒ　年　月）　□未策定

　　　　※策定がない施設については原則補助対象外です。

 (12)　非常災害対策計画

　　　　□　策定済み　　□策定見込み（策定時期：Ｒ　年　月）　□未策定

　　　　※策定がない施設については原則補助対象外です。

 (13)　 併設される短期入所施設が　　□　ある　　　□　ない

(14)　(13)の回答が「ある」の場合、面積按分を行っているか

　　□　はい　　　□　いいえ　　 ※ 補助対象面積確認シートの提出が必要です。

２　建物状況について

　　建物の状況を記入してください。

なお、建物内に併設施設等がある場合は、事業所部分と全体部分をそれぞれ記入して

ください。

(1)　竣工年月日

　　　（元号）　　　（西暦）　　　　　　　年　　　　　月　　　　日

(2)　階数

　地上　　　　　階・地下　　　　　階建て　（うち事業所部分　　　　　階）

(3)　所有形態

□　自己所有　　　□　借家　※

※　①施工について家主の内諾を得ていること、②補助を受けて施工した設備等は、家主と　の賃貸借契約書において「全て事業者の財産であること」を付記（または別途覚書等を締結）することが必要となります。

３　工事について

(1)　工事の具体的内容（どのような危険性を改善するためのどのような工事内容か、具体的に明記してください）

(2)　補助対象経費の実支出予定額

（公的機関又は民間事業者の見積書（税込）の金額を基に記載してください）

①　　　　　　　　　　　　　円　※見積書（税込）の金額

②　　　　　　　　　　　　　円　※見積書（税込）の金額

４　利用者等について

(1)　全入所（居）者、利用者※の数（以下のいずれかの数でお答えください。）

　※（看護）小規模多機能型居宅介護事業所については、登録人数でお答えください。

□　令和５年12月１日時点の人数　　　　　　　　　　　　　　　　　　人

□　令和４年12月１日～令和５年11月30日までの**延べ人数**　　　　　　人

（例）1日15人が365日間利用した場合　　15×365＝5,475　（5,475を記入）

(2) （1）のうち、医療的配慮（人工呼吸器・酸素療法・喀痰吸引等）が必要な利用者

（以下のいずれかの数でお答えください。）

□　令和５年12月１日時点の人数　　　　　　　　　　　　　　　　　　人

□　令和４年12月１日～令和５年11月30日までの**延べ人数**　　　　　　人

　質問項目は以上です。