水害対策強化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を入れてください。

２　特別養護老人ホームに併設するショートステイについては補助対象外です。その場合には『補助対象面積確認シート』を作成し、面積按分により補助対象事業費を算出してください。また、面積按分をしたことがわかる資料（施設の面積表や平面図（専用面積、共用面積を色分けしたもの））を添付してください。

３　提出期限は**令和５年４月21日（金）（必着）**です。

４　提出資料

(1)　データで提出をするもの（送付先：[kf-tokuyouseibi@city.yokohama.jp](mailto:kf-tokuyouseibi@city.yokohama.jp)）

　　ア　非常用自家発電設備整備事業に係る事前エントリー票

　イ　補助対象面積確認シート

　ウ　面積按分をしたことがわかる資料（施設の面積表や平面図（専用面積、共用面積を色分けしたもの））

(2)　郵送で提出をするもの（提出先： 健康福祉局高齢施設課）

ア　平面図の写し（当該事業所全てのフロア（階）の分）及び位置図の写し

イ　写真（現況及び改修箇所が分かるもの）

ウ　見積書（公的機関、工事請負業者）※公的機関でできない場合は民間２社以上

５　併設する事業所の場合は、事業所ごと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

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　法人代表者氏名

１　事業所情報について

　　施設名等を記入してください。

　施設名等を記入してください。

(1)　施設名

(2)　施設種別

　　ア　　特別養護老人ホーム

　イ　　介護老人保健施設

ウ　　養護老人ホーム

　　エ 　軽費老人ホーム

　　オ　　介護医療院

(3)　施設所在地

　　　横浜市

(4)　開設年月日

　　　　　　　年　　　　　月　　　　　日

(5)　担当者氏名（ふりがな）

(6)　電話番号

(7)　電子メールアドレス

(8)　福祉避難所協定締結状況

　有　　　無

(9)　ＢＣＰ（業務継続計画）の策定状況

　有　　　無

(10) 避難確保計画の作成状況

　　※作成見込みと回答した場合、具体的な日付を記入してください。

　作成済み　　　作成見込み（令和　年　月頃作成予定）　　未作成

(11) 非常災害対策計画の作成状況

　　※作成見込みと回答した場合、具体的な日付を記入してください。

　作成済み　　　作成見込み（令和　年　月頃作成予定）　　未作成

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

　　　　　　　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

　(4)　エレベーターの有無

　有　　　　　　　無

(5)　施設が所在する該当エリアを選択してください。

　・災害レッドゾーン

　　□　災害危険区域

　　□　土砂災害特別警戒区域

　　□　地すべり防止区域

　　□　急傾斜地崩壊危険区域

　　□　津波災害特別警戒区域

　・災害イエローゾーン

　　□　浸水想定区域

　　□　土砂災害警戒区域

　　□　都市洪水想定区域、都市浸水想定区域

　　□　津波災害警戒区域

３　利用者について

(1)　施設定員

本入所　　　　　人、ショートステイ　　　　　人

(2)　全入所（居）者、利用者の数（延べ人数）（令和５年４月１日時点）

　　　　　人

４　事業について

(1)　実施する事業を選択してください。

　　ア　　エレベーターの設置工事（既存のものを更新するのは対象外とする。）

　イ　　車椅子での迅速な避難を促進するためのスロープ設置工事

ウ　　施設で利用者や職員が避難できるようなスペース確保のための改修工事

　　エ 　非常用自家発電設備装置等の電気設備を水害から守るために、設備を屋上等

　　　　　に移設するための工事

　　オ　　施設の出入り口からの浸水や土砂流入を防ぐための止水板等の設置工事

　　カ　　その他

(2)　事業の具体的内容（どのような危険性を改善するためのどのような事業内容か、

　具体的に明記してください）

(3)　事業を予定している部分の改築・改修年月日（過去に改修行った場合のみ記入）

　　　　　　　　年　　　　　月　　　　日

(4)　総事業費（２社からの見積書のうち、安価な金額）

　　　 　　　　　　　　　　　　円

(5)　補助対象経費の実支出予定額

　　　（併設する施設がある場合は面積按分により、補助対象事業費を算出）

　　　　　　　　　　　　円

　質問項目は以上です。

　ご記入いただいたものを、**令和５年４月21日（金）まで**に健康福祉局高齢施設課へご提出ください。