平面図事前確認　送信票

（定期巡回・随時対応型訪問介護看護、夜間対応型訪問介護用）

　　年　　月　　日

送付先：横浜市健康福祉局　介護事業指導課　行き

〒231-0005　横浜市中区本町6-50-10　　Ｅメールアドレス kf-kjtiikim@city.yokohama.jp

|  |  |
| --- | --- |
| 開設するサービス（該当サービスにチェックをつける） | □定期巡回・随時対応型訪問介護看護　□夜間対応型訪問介護 |
| 開設する事業所名 | 仮称でも可 |
| 開設法人名 |  |
| 開設法人ご担当者名 |  |
| 開設法人ご担当者連絡先 | 電話番号：　　　　　　　　　　　携帯番号：FAX番号：　　　　　　　　　　　　　　 メールアドレス： |
| 質の向上セミナー　受講者等 | 受講日：　　　　年　　月　　日　受講者氏名： |
| 事業開始予定月 | 年　　　　月 |
| 工事着工予定日及び完了予定日**（工事の予定がある場合のみ記入）** | 着工予定日 ： 　　　　年　　　月　　　日頃完了予定日 ： 　　　　年　　　月　　　日頃 |
| 事業所所在地 | 〒　　　　　　　　　　　区 |
| 建物の形態 | □戸建　　□集合住宅　　□テナント　　□有料老人ホームに併設□サービス付高齢者住宅に併設　　□その他（　　　　　　　　　　　　　） |
| 事業所の形態（定期巡回・随時対応型訪問介護のみ記載） | □一体型□連携型 |
| 併設サービス（その他の場合は内容を記入してください。） | □なし　　□居宅介護支援　□訪問介護　□訪問入浴　□訪問看護　□その他（　　　　　　　　　　　　） |
| 特記事項（建物、図面等に関する）（開設者変更の場合既存事業所番号を記入） |  |
| 　原則として、１事業所に複数法人が入ることはできません。ご不明な点はお問い合わせください。 |

平面図事前確認　送信票（地域密着型通所介護、総合事業用）

　　年　　月　　日

送付先：横浜市健康福祉局　介護事業指導課　行き

〒231-0005　横浜市中区本町6-50-10　　Ｅメールアドレス kf-kjtiikim@city.yokohama.jp

|  |  |
| --- | --- |
| 開設するサービス | □地域密着型通所介護　　□横浜市通所介護相当サービス |
| 開設する事業所名 | 仮称でも可 |
| 開設法人名 |  |
| 開設法人ご担当者名 |  |
| 設法人ご担当者連絡先 | 電話番号：　　　　　　　　　　　携帯番号：FAX番号：　　　　　　　　　　　　　　 メールアドレス： |
| 質の向上セミナー　受講者等 | 受講日：　　　　年　　月　　日　受講者氏名： |
| 事業開始予定月 | 年　　　　月 |
| 実施単位数 | 単位 |
| 利用定員等 | 単位 | 利用定員 | サービス提供時間 | 予定サービス区分（該当サービスに○付けてください（複数選択可能）） |
| １ | 名 | 時　　分～ 　時　　分 | 密着通所　　総合事業 |
| ２ | 名 | 時　　分～ 　時　　分 | 密着通所　　総合事業 |
| ３ | 名 | 時　　分～ 　時　　分 | 密着通所　　総合事業 |
| ４ | 名 | 時　　分～ 　時　　分 | 密着通所　　総合事業 |
| 工事着工予定日及び完了予定日**（工事の予定がある場合のみ記入）** | 着工予定日 ： 　　　　年　　　月　　　日頃完了予定日 ： 　　　　年　　　月　　　日頃 |
| 事業所所在地 | 〒　　　　　　　　　　　区 |
| 建物の形態 | □戸建　　□集合住宅　　□テナント　　□有料老人ホームに併設□サービス付高齢者住宅に併設　　□その他（　　　　　　　　　　　　　） |
| 併設サービス（その他の場合は内容を記入してください。） | □なし　　□居宅介護支援　□訪問介護　□訪問入浴　□訪問看護　□その他（　　　　　　　　　　　　） |
| サービスの内容 | □食事の提供　無　　朝　　昼　　夕　　□調理　する　しない□食堂・機能訓練室は土足利用　する　しない　　□入浴　無　有□マシン設置　無　有　　　　　設置予定台数　　　　台 |
| 介護保険外サービスの有無 | □泊まり　無　　有□その他　無　　有（サービス内容を具体的に　　　　　　　　　　　　） |
| 特記事項（建物、図面等に関する）（開設者変更の場合既存事業所番号を記入） |  |
| 　原則として、１事業所に複数法人が入ることはできません。ご不明な点はお問い合わせください。 |

平面図事前確認　送信票（認知症対応型通所介護用）

　　年　　月　　日

送付先：横浜市健康福祉局　介護事業指導課　行き

〒231-0005　横浜市中区本町6-50-10　　Ｅメールアドレス kf-kjtiikim@city.yokohama.jp

|  |  |
| --- | --- |
| 開設するサービス（該当サービスにチェックをつける） | □認知症対応型通所介護　　□介護予防認知症対応型通所介護 |
| 開設する事業所名 | 仮称でも可 |
| 開設法人名 |  |
| 開設法人ご担当者名 |  |
| 開設法人ご担当者連絡先 | 電話番号：　　　　　　　　　　　携帯番号：FAX番号：　　　　　　　　　　　　　　 メールアドレス： |
| 質の向上セミナー　受講者等 | 受講日：　　　　年　　月　　日　受講者氏名： |
| 事業開始予定月 | 年　　　　月 |
| 実施単位数 | 単位 |
| 利用定員等 | 単位 | 利用定員 | サービス提供時間 | 介護予防の有無 |
| １ | 名 | 時　　分～ 　時　　分 | □有　　□無 |
| ２ | 名 | 時　　分～ 　時　　分 |
| ３ | 名 | 時　　分～ 　時　　分 |
| ４ | 名 | 時　　分～ 　時　　分 |
| 工事着工予定日及び完了予定日**（工事の予定がある場合のみ記入）** | 着工予定日 ： 　　　　年　　　月　　　日頃完了予定日 ： 　　　　年　　　月　　　日頃 |
| 事業所所在地 | 〒　　　　　　　　　　　区 |
| 建物の形態 | □戸建　　□集合住宅　　□テナント　　□有料老人ホームに併設□サービス付高齢者住宅に併設　　□その他（　　　　　　　　　　　　　） |
| 併設サービス（その他の場合は内容を記入してください。） | □なし　　□居宅介護支援　□訪問介護　□訪問入浴　□訪問看護　□その他（　　　　　　　　　　　　） |
| サービスの内容 | □食事の提供　無　　朝　　昼　　夕　　□調理　する　しない□食堂・機能訓練室は土足利用　する　しない　　□入浴　無　有□マシン設置　無　有　　　　　設置予定台数　　　　台 |
| 介護保険外サービスの有無 | □泊まり　無　　有□その他　無　　有（サービス内容を具体的に　　　　　　　　　　　　） |
| 特記事項（建物、図面等に関する）（開設者変更の場合既存事業所番号を記入） |  |
| 　原則として、１事業所に複数法人が入ることはできません。ご不明な点はお問い合わせください。 |

平面図事前確認　送信票

（小規模多機能型居宅介護、看護小規模多機能型居宅介護用）

　　年　　月　　日

送付先：横浜市健康福祉局　介護事業指導課　行き

〒231-0005　横浜市中区本町6-50-10　　Ｅメールアドレス kf-kjtiikim@city.yokohama.jp

|  |  |
| --- | --- |
| 開設するサービス（該当サービスにチェックをつける） | □小規模多機能型居宅介護　　□介護予防小規模多機能型居宅介護□看護小規模多機能型居宅介護 |
| 開設する事業所名 | 仮称でも可 |
| 開設法人名 |  |
| 開設法人ご担当者名 |  |
| 開設法人ご担当者連絡先 | 電話番号：　　　　　　　　　　　携帯番号：FAX番号：　　　　　　　　　　　　　　 メールアドレス： |
| 質の向上セミナー　受講者等 | 受講日：　　　　年　　月　　日　受講者氏名： |
| 事業開始予定月 | 年　　　　月 |
| 利用定員等 | 登録定員 | 通い定員 | 宿泊定員 | 個室の宿泊室数 | 介護予防の有無（小規模のみ記載） |
| 名 | 名 | 名 | 室 | □有　　□無 |
| 工事着工予定日及び完了予定日**（工事の予定がある場合のみ記入）** | 着工予定日 ： 　　　　年　　　月　　　日頃完了予定日 ： 　　　　年　　　月　　　日頃 |
| 事業所所在地 | 〒　　　　　　　　　　　区 |
| 建物の形態 | □戸建　　□集合住宅　　□テナント　　□有料老人ホームに併設□サービス付高齢者住宅に併設　　□その他（　　　　　　　　　　　　　） |
| 併設サービス（その他の場合は内容を記入してください。） | □なし　　□居宅介護支援　□訪問介護　□訪問入浴　□訪問看護　□その他（　　　　　　　　　　　　） |
| 特記事項（建物、図面等に関する）（開設者変更の場合既存事業所番号を記入） |  |
| 　原則として、１事業所に複数法人が入ることはできません。ご不明な点はお問い合わせください。 |

平面図事前確認　送信票（認知症対応型共同生活介護用）

　　年　　月　　日

送付先：横浜市健康福祉局　介護事業指導課　行き

〒231-0005　横浜市中区本町6-50-10　　Ｅメールアドレス kf-kjtiikim@city.yokohama.jp

|  |  |
| --- | --- |
| 開設するサービス（該当サービスにチェックをつける） | □認知症対応型共同生活介護　□介護予防認知症対応型共同生活介護 |
| 開設する事業所名 | 仮称でも可 |
| 開設法人名 |  |
| 開設法人ご担当者名 |  |
| 開設法人ご担当者連絡先 | 電話番号：　　　　　　　　　　　携帯番号：FAX番号：　　　　　　　　　　　　　　 メールアドレス： |
| 質の向上セミナー　受講者等 | 受講日：　　　　年　　月　　日　受講者氏名： |
| 事業開始予定月 | 年　　　　月 |
| ユニット数 | ユニット |
| 利用定員等 | ユニット | 利用定員 | 介護予防の有無 |
| １ | 名 | □有　　□無 |
| ２ | 名 |
| ３ | 名 |
| 工事着工予定日及び完了予定日**（工事の予定がある場合のみ記入）** | 着工予定日 ： 　　　　年　　　月　　　日頃完了予定日 ： 　　　　年　　　月　　　日頃 |
| 事業所所在地 | 〒　　　　　　　　　　　区 |
| 建物の形態 | □戸建　　□集合住宅　　□テナント　　□有料老人ホームに併設□サービス付高齢者住宅に併設　　□その他（　　　　　　　　　　　　　） |
| 併設サービス（その他の場合は内容を記入してください。） | □なし　　□居宅介護支援　□訪問介護　□訪問入浴　□訪問看護　□その他（　　　　　　　　　　　　） |
| 特記事項（建物、図面等に関する）（開設者変更の場合既存事業所番号を記入） |  |
| 　原則として、１事業所に複数法人が入ることはできません。ご不明な点はお問い合わせください。 |