

(標準様式)

【記載例】

サテライト型（介護予防）小規模多機能型居宅介護事業所事前相談票

作成日：平成〇年〇月〇日

(内容を了解のうえで☑してください)

- ☑ 介護保険関係法令及びその指定基準を充分に理解し、その他各関係法令に適合することができるため、サテライト型（介護予防）小規模多機能型居宅介護事業所開設にあたっての事前相談を申し込みます。

◎ 法人（申請予定者）の概要

申請 予 定 者	法 人 名 称	社会福祉法人 ○○○○福祉会		代表者	介護 太郎
	法 人 所 在 地	新潟市中央区学校町通1番町602番地1			
	法人設立年月日	平成 1 7 年 6 月 1 日			
	法 人 連 絡 先	担当者氏名	高 齢 福 子	TEL(日中の連絡先)	025-2〇〇-1234
	指定居宅サービス 等その他保健医療 又は福祉に関する 事業の経験年数	事業内容（経験年数等） 介護老人福祉施設（10年1月、平成〇年〇月～〇年〇月） （介護予防）訪問介護（3年5カ月、平成〇年〇月～〇年〇月） （介護予防）小規模多機能型居宅介護（1年2カ月、平成〇年〇月～〇年〇月）			
	本体事業所の 概要・運営実績	事 業 所 名	小規模多機能ホーム ○○○○	※事業開始以降 1年以上の実績が必要	
		指 定 年 月 日	平成26年〇月1日		
		事 業 所 番 号	159〇〇〇〇〇〇〇		
		所 在 地	新潟市中央区〇〇本町〇丁目〇番〇号		
		移 動 時 間 (本体⇄サテライト)	18分	※自動車等による移動に要する 時間が概ね20分以内	
	過 去 1 年 間 の 登 録 者 数 の 平 均	91%			
(備考)					

※直近12カ月の平均
(各月の登録者数の最大値の和÷各月の登録定員の和) × 100

◎ 事業

実 施 事 業 の 概 要	開 業 日	2 8 年 3 月 ※指定日は原則、毎月1日付けとなります。			
	事業所名称(仮称も可)	(仮称)小規模多機能ホーム ○○○○サテライト			
	設 置 予 定 所 在 地	新潟市中央区〇〇元町〇丁目〇番〇号			
	併設施設の有無	☑有 ☐無	名称・種別	○○○○〇〇介護事業所・(介護予防)○○〇〇	
	事業開始の動機 (事業を行う理由)	○○○○〇〇……………のため。			
	提供するサービスの 特 徴 ・ 特 色	○○○○〇〇を特徴(特色)として……………を目的とし…………… ……………○○○○〇〇〇〇なサービスを提供する予定。			
	利用者確保の 取 り 組 み 策	○○○○〇〇によって……………周知活動等を行い…………… ……………ことで継続的に事業が行えるよう……………○○○○〇〇していく予定。			
	定員又は見込数	18名			
	通い時間帯	〇:〇～〇:〇	通常の実施地域	新潟市〇〇区(〇〇・〇〇圏域)	
	宿泊時間帯	〇:〇～〇:〇		〇区(〇〇・〇〇圏域)	
介護保険外サービス 実施有無とその内容	☑有 ☐無	〇〇サービス(最大定員〇名)			

(標準様式)

◎ 人員の確保

人材／ 人員配置	管理者(就任予定者)	介護 花子		介護サービス経験	<input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	通算約	15 年
	人員基準上必要な職種	人数	確保方法・資格研修			常勤・非常勤の別	
	管理者	1人	本体事業所管理者を配置			<input checked="" type="checkbox"/> 常勤 <input type="checkbox"/> 非常勤	
	介護支援専門員等	1人	法人内異動、研修受講中			<input checked="" type="checkbox"/> 常勤 <input type="checkbox"/> 非常勤	
	介護従業者(看護)	1人	募集中			<input type="checkbox"/> 常勤 <input checked="" type="checkbox"/> 非常勤	
	介護従業者	5人	法人内異動2名、募集中3名			<input checked="" type="checkbox"/> 常勤 <input checked="" type="checkbox"/> 非常勤	
		人				<input type="checkbox"/> 常勤 <input type="checkbox"/> 非常勤	
		人				<input type="checkbox"/> 常勤 <input type="checkbox"/> 非常勤	
1週当りの所定労働時間		40 時間	雇用契約完了(予定)年月日		平成 28 年 2 月 1 日 頃		
介護サービス未経験者の数		現1 人	該当する職種	介護従業者			

※現時点の状況を分る範囲で記入してください。

◎ 事業所(施設)の設備

建物等の 状況	建物	新築・改修の別	<input type="checkbox"/> 新築 <input checked="" type="checkbox"/> 改修 <input type="checkbox"/> その他	使用する権原	<input checked="" type="checkbox"/> 自己所有 <input type="checkbox"/> 貸借 <input type="checkbox"/> その他		
		着工日	平成27年10月20日頃	竣工日	平成28年1月10日頃		
		引渡日(使用可能日)	平成28年1月15日頃	主要備品搬入日	平成28年1月19日頃		
		建物の構造	木造一部鉄骨造 1 階建て				
		(既存建物の場合)	H18 年築 建築基準法の用途 居宅				
	関係 部署	建築基準法	<input checked="" type="checkbox"/> 確認済 <input type="checkbox"/> 不要 <input type="checkbox"/> 未了	福祉のまちづくり条例	<input checked="" type="checkbox"/> 確認済 <input type="checkbox"/> 不要 <input type="checkbox"/> 未了		
		都市計画法	<input checked="" type="checkbox"/> 確認済 <input type="checkbox"/> 不要 <input type="checkbox"/> 未了	屋外広告物条例	<input checked="" type="checkbox"/> 確認済 <input type="checkbox"/> 不要 <input type="checkbox"/> 未了		
		消防法	<input checked="" type="checkbox"/> 確認済 <input type="checkbox"/> 不要 <input type="checkbox"/> 未了	健康増進法(給食施設)	<input checked="" type="checkbox"/> 確認済 <input type="checkbox"/> 不要 <input type="checkbox"/> 未了		
		※関係所管部署との協議・確認記録書を添付してください。					
	土地	都市計画区域	<input checked="" type="checkbox"/> 市街化区域 →→→ <input type="checkbox"/> 市街化調整区域	用途地域	第一種中高層住居専用地域		
		その他の法規制	農地法 <input checked="" type="checkbox"/> 確認済 <input type="checkbox"/> 不要 <input type="checkbox"/> 未了	埋蔵文化財	<input checked="" type="checkbox"/> 確認済 <input type="checkbox"/> 不要 <input type="checkbox"/> 未了		
		駐車場の確保	<input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	合計駐車台数(利用者等や職員に係る)	〇〇 台		
(備考)							
地域住民(隣接地権者をはじめ町内会又は所在自治会や周辺自治会)への説明・協議						<input checked="" type="checkbox"/> 済 <input type="checkbox"/> 未了	

※地域住民への説明・協議記録書を添付してください。

◎ 資金計画

資金 確保	初期費用	整備資金	〇〇, 〇〇〇, 〇〇〇 円	運転資金	〇〇, 〇〇〇, 〇〇〇 円
	資金の 調達方法	(できるだけ具体的に記載してください) 自己資金〇〇〇万円……△△銀行から〇, 〇〇〇万円借入れ……〇〇〇により賄う。			

※「収入見込み」や「運営経費」については、収支見込予算シミュレーションを作成し添付してください。

≡ 添付する書類 ≡

1. 予定地周辺図(住宅地図など)
2. 事業所の平面図
3. 現況写真
4. 収支見込予算シミュレーション(任意様式)
5. 関係所管部署との協議・確認記録書(確認を要する全部署のもの)
6. 地域住民への説明・協議記録書