

介護老人保健施設 整備予定調査票

平成 年 月 日提出

整備予定者	
法人名	
上記以外（個人名等）	法人設立予定時期：平成 年 月
所在地 〒	
整備準備担当者（整備の際の市役所との窓口担当者）	
所属施設名	職名
氏名	電話番号
所属施設所在地 〒	
既存関連施設（整備予定者が既に設置している主な施設等）	
施設名	電話番号
所在地 〒	
施設名	電話番号
所在地 〒	
整備予定介護老人保健施設	
施設名	（種別：単体・サテライト・医療機関併設）
整備予定（ 年 月～ 年 月）	開設予定（ 年 月 日）
整備予定地 〒	
敷地面積	m ² （土地の所有関係：自己所有・取得予定・借地）
定員（増床の場合は括弧書きで増員後の定員を記入）	
入所 人（ 人）	ユニットケア（再掲） 人（ 人）
通所 人（ 人）	
施設内保育施設の有無	有 ・ 無
併設予定施設種別（定員）	
整備補助申請希望	
（小規模）（整備補助申請希望	有 ・ 無 （補助なしの場合→計画中止・自費整備）
（保育）（整備補助申請希望	有 ・ 無 （補助なしの場合→計画中止・自費整備）
添付する書類	
<ul style="list-style-type: none"> ・整備予定地周辺の地図（予定地近隣にある他の介護老人保健施設を明示すること、また、サテライト施設の整備を予定する場合は本体施設との位置関係を明示すること） ・介護老人保健施設の整備についての理念や基本方針を説明した文書（様式自由） 	

