

介護保険施設等整備意向調査票

令和 年 月 日

別府市長あて

所在地

法人の名称

代表者氏名

■計画の概要

介護サービスの種類	※該当するものにチェックをつけてください。		
	☐ 介護老人福祉施設	☐ 介護老人保健施設	☐ 介護医療院
	☐ 特定施設入居者生活介護(☐ 介護専用型・ ☐ 混合型)		
	☐ 夜間対応型訪問介護		☐ 認知症対応型通所介護
	☐ (看護)小規模多機能型居宅介護		☐ 認知症対応型共同生活介護
	☐ 地域密着型特定施設入居者生活介護		☐ 地域密着型通所介護
	☐ 地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護		
	☐ 定期巡回・随時対応型訪問介護看護		
計画場所	別府市 (土地所有形態 ☐ 自己所有・ ☐ 借地・ ☐ 未定)		
整備の形態	☐ 新設 ☐ 増設(現施設名)		
建物の形態	☐ 単独型 ☐ 併設型(併設の事業)		
開設予定日	令和 年 月 日予定 ・ 未定		
定員	新設()人・増設(現定員 名→増設後 名)		
整備する理由	(待機者の状況など計画に至った動機、背景等)		
連絡先	担当者()・電話()		

(一事業者で複数の計画がある場合は、1計画ごとに作成してください。)

※この調査票の提出をもって実施事業者として選定すること、あるいは介護保険法に基づく指定等を保証するものではありません。