

年度	R3
受付番号	

茨木市地域密着型サービス事業者 事前相談申込書

1. 申込者

令和 年 月 日

法人名		所在地	〒()
代表者名			電話番号() Mail()
担当者	部署名	氏名	連絡先

2. 希望事業

<input type="checkbox"/> 小規模多機能型居宅介護	<input type="checkbox"/> 認知症対応型共同生活介護
<input type="checkbox"/> 地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護	

3. 希望圏域

<input type="checkbox"/> ①北圏域	<input type="checkbox"/> ②東圏域	<input type="checkbox"/> ③西圏域	<input type="checkbox"/> ④中央圏域
<input type="checkbox"/> ⑤南圏域			

4. 指定希望日

<input type="checkbox"/> 令和5年2月1日	<input type="checkbox"/> 令和5年4月1日	<input type="checkbox"/> 令和 年 月	<input type="checkbox"/> 未定
-----------------------------------	-----------------------------------	---------------------------------	-----------------------------

5. 事業動機（事業の目的・理念等）

--

6. 介護・福祉事業の運営実績（有・無）

サービス種類	
事業所名称	
所在地	(市内・市外)

7. 運営主体法人 申込者と同じ（記入不要）

<input type="checkbox"/> 社会福祉法人	<input type="checkbox"/> 医療法人	<input type="checkbox"/> NPO法人	(名称)
<input type="checkbox"/> 株式会社	<input type="checkbox"/> 有限会社	<input type="checkbox"/> その他()	

8. 地域密着型サービスの趣旨及び基準等についての理解

<input type="checkbox"/> 大変よく理解している	<input type="checkbox"/> まあまあ理解している
<input type="checkbox"/> もう少し理解すべきことがある	<input type="checkbox"/> まだまだ理解すべきことがある
<input type="checkbox"/> これから調べる	

(例) 介護保険法、介護保険法の規定に基づく基準（人員・設備及び運営、費用の額の算定）等
建築・消防等の関係法令

※ 後日、電話にて事前相談の面談日時を調整させていただきます。
面談までに「事前相談票」及び添付書類をご用意ください。
なお、面談の際には、必ず実際の運営を行うご担当者様の出席をお願いいたします。

(市記入欄)

受付印
