

幕別町第10期介護保険事業計画に係る事業参入意向調査 調査票

提出日	令和8年 月 日	
事業者名		
所在地		
名称		
代表者氏名		
担当者氏名		
連絡先電話番号		
参入予定サービス種類（該当するものに○をしてください）	サービス種類	
	介護老人福祉施設（特別養護老人ホーム）	（ ）人
	介護老人保健施設	（ ）人
	定期巡回・随時対応型訪問介護看護	（ ）人
	夜間対応型訪問介護	（ ）人
	地域密着型通所介護	（ ）人
	認知症対応型通所介護	（ ）人
	小規模多機能型居宅介護	（ ）人
	認知症対応型共同生活介護（グループホーム）	（ ）人
	地域密着型特定施設入居者生活介護	（ ）人
	地域密着型介護老人福祉施設入居者生活介護	（ ）人
	看護小規模多機能型居宅介護（複合型サービス）	（ ）人
開設予定日（年度のみでも可）	令和 年 月 日（令和 年度）	
開設予定地		
住所		
用途地域		
敷地面積	（ ）m ²	
所有者	<input type="checkbox"/> 自己所有 <input type="checkbox"/> 借地	
建物		
整備形態	<input type="checkbox"/> 新築 <input type="checkbox"/> 既存施設の改修（既存施設の内容 ）	
建物形態	<input type="checkbox"/> 単独 <input type="checkbox"/> 併設（併設の事業 ）	
建物構造	（ ）造（ ）建（ ）階部分	
所有者	<input type="checkbox"/> 自己所有 <input type="checkbox"/> 借地	
延床面積	（ ）m ² ※うち予定サービス事業所の面積（ ）m ²	
資金計画		
総事業費	（ ）千円	
自己資金	（ ）千円	
借入れ	（ ）千円	
補助金 ※注1	（ ）千円	
その他	（ ）千円	
合計	（ ）千円	

注1 補助金は、令和8年度介護サービス提供基盤等整備事業の交付基準額を参考に記入してください。
 交付基準額：定期巡回・随時対応型訪問介護看護（7,330千円）、認知症対応型通所介護（14,800千円）、
 （看護）小規模多機能型居宅介護（41,500千円）、認知症対応型共同生活介護（41,500千円）、
 地域密着型介護老人福祉施設入居者生活介護（5,530千円×整備床数）