令和７年　　月　　日

令和７年度施設整備　設備基準の事前確認　申込書

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 法人名 | |  |
| 担当者氏名 | |  |
| 連絡先 | 所在地 |  |
| 電話番号 |  |
| E-mail |  |
| 増床予定 | | |  |  |  | | --- | --- | --- | | 現定員数 | 従来型 | 床 （　人部屋×　部屋） | | ユニット型(ﾕﾆｯﾄ数) | 床 （　　　　ﾕﾆｯﾄ） | | 希望  増床数 | 従来型 | 床（　人部屋×　部屋） | | ユニット型(ﾕﾆｯﾄ数) | 床 （　　　　ﾕﾆｯﾄ） | | 増床後の定員数 | 従来型 | 床（　人部屋×　部屋） | | ユニット型(ﾕﾆｯﾄ数) | 床（　　　　ﾕﾆｯﾄ） | | 短期入所  (転換前) | 従来型 | 床（　人部屋×　部屋） | | ユニット型(ﾕﾆｯﾄ数) | 床（　　　　ﾕﾆｯﾄ） | | 短期入所  (転換後) | 従来型 | 床（　人部屋×　部屋） | | ユニット型(ﾕﾆｯﾄ数) | 床（　　　　ﾕﾆｯﾄ） |  |  |  | | --- | --- | | 既存の居室を床数に転換する場合  ※転換する居室をチェック | □短期入所生活介護  □その他（　　　　　）  □転換なし |   ※短期入所（転換前・転換後）については転換予定の場合のみ記入すること。 |
| 確認内容  ※特に個別で確認する内容がある場合、記入してください | | 確認内容については、この欄ではなく、図面に記載することも可能です。 |

※受け付けた事前確認については、随時メールにて回答します。

【送付先】

越谷市 地域共生部介護保険課 計画担当

E-mail kaigo@city.koshigaya.lg.jp