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