様式２

法　人　概　要

　　介護保険施設または介護保険サービス事業所等の運営実績については、以下の概要を作成してください。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 施設名称 | 施設の種類 | 所在地 | 定員数 | 開設年月日 |
| （記載例）　○○○○ | 特定施設入居者生活介護 | ○○市××▲▲番地 | ▲ | 平成○年○月○日 |
| 　○○○○ | 介護老人福祉施設 | ○○市××▲▲番地 | ▲ | 平成○年○月○日 |
| 　○○○○ | 認知症対応型共同生活介護 | ○○市××▲▲番地 | ▲ | 平成○年○月○日 |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

　今回応募する、本市の「特定施設入居者生活介護整備」以外に、法人として平成２９年１０月までに予定している施設等の整備計画（他市の公募等に応募中のものも含む）があれば必ず記入してください。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 施設名称 | 施設の種類 | 所在地 | 定員数 | 開設予定年月日（予定事業費） |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |