令和　　年　　月　　日

松戸市

**事前申込連絡票**

松戸市地域密着型サービス事業者として応募します。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 法　人　名 |  | |
| 事業名 | □認知症対応型共同生活介護（　　ユニット、定員　　　人）  □小規模多機能型居宅介護  （登録定員　　　人、通い定員　　　人　　宿泊定員　　　人）  □看護小規模多機能型居宅介護  （登録定員　　　人、通い定員　　　人　　宿泊定員　　　人）  □定期巡回・随時対応型訪問介護看護（定員　　　人）  （※該当する□にレ点を打ってください。）  併設提案の場合の本体事業名： | |
| 日常生活圏域 |  | |
| 実施予定地 |  | |
| 土地・建物  の所有権 | 土地：　□自己所有（予定）　　　　□借　地  建物：　□自己建設（予定）　　　　□賃貸借  （※該当する□にレ点を打ってください。） | |
| 補助金申請 | □施設整備費・□開設準備経費を申請する。  □オーナー型整備による補助金の申請を検討している。 | |
| 併設施設 | ○○（定員　　　人） | |
| 連絡先 | 住　所 |  |
| 電　話 |  |
| ＦＡＸ |  |
| メールアドレス |  |
| 担当者 | 所属・役職名 |  |
| 氏　名 |  |

**＊電子メールで１２月９日（金）までに、下記まで提出すること。期限までに提出がない場合、提案書を受け付けませんので、注意すること。**

松戸市福祉長寿部介護保険課施設整備担当

E-mail mckaigo@city.matsudo.chiba.jp

電話　047-366-7370 FAX　047-363-4008