様式第１号

令和　　　年 　　月　　 日

福　島　市　長

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | 所在地 |  |
| 増床申込者 | 法人名 |  |
|  | 代表者職氏名 |  |

令和６年度（介護予防）特定施設入居者生活介護【介護専用型以外】　増床申込書

このことについて、募集要項に定める資格要件において、申込者の制限に係る項目の該当がないことを確約し、下記提出書類を添えて申し込みます。

記

１　増床提案をする事業所

|  |  |
| --- | --- |
| 施設名 |  |
| 施設所在地 |  |
| 指定年月日 | 年　　月　　日 |
| 増床床数 | 床 |

２　事業開始予定時期

　　　　令和　　　年　　　月　　　日

３　提出書類

(1) 令和６年度（介護予防）特定施設入居者生活介護【介護専用型以外】増床申込書（様式第１号）

(2) 定款又は寄附行為

(3) 法人登記簿謄本

(4) 介護保険法第７０条第２項各号及び同法第１１５条の２第２項各号の規定に該当しない旨及び暴力団等に該当しない旨の誓約書等（様式第２号）

(5) 市税等の納税証明書

(6) 納税状況調査同意書（様式第３号）

(7) 法人概要

(8) 既存施設での取組みについて（様式第４号）

(9) 増床提案書（様式第５号）

４　担当者連絡先

|  |  |
| --- | --- |
| 法人住所 |  |
| 法人名 |  |
| 担当者氏名 |  |
| 電話番号 |  |
| メールアドレス |  |