市町村受付印

|  |
| --- |
|  |

【様式５―１】

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| サービス付き高齢者向け住宅設置に係る情報提供年　　月　　日○○市（町・村）　介護保険・高齢福祉所管課長　様申請者（設置者）所在地名　称代表者　　　　　　　　　　　　　　　　　今般、貴市（町村）管内にて下記のとおりサービス付き高齢者向け住宅の設置を計画して　おり、概要について下記及び別添資料のとおり情報提供いたします。記

|  |  |
| --- | --- |
| １．サービス付き高齢者向け住宅の名称 |  |
| ２．設置予定場所 |  |
| ３．経営・設置主体（登録事業者名） |  |
| ４．入居戸数（入居定員） | 　　　　　　　室（　　　　人） |
| ５．入居開始予定年月日 |  |
| ６．食事・介護サービス等の提供の有無 | 有　　・　　無 |
| ７．契約形態 | 建物賃貸借契約・利用権契約 |

　　　　添付書類　　　　　　・建物平面図　　　　　　・その他参考資料　　 |

**※本書は受付印押印後、写しを事業者に交付してください。**

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　[大阪府都市整備部・福祉部]