（別紙３）

**事業者の概要**

１．法人名等

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 法　人 | 法人名 |  | |
| 法人  所在地 |  | |
| 法人  種別 | □既設（　　年　　月設立）  □新設（　　年　　月予定） | □社会福祉法人　　□医療法人　　□ＮＰＯ法人  □株式会社・有限会社　　□その他（　　　　　　　） |

２．現在運営している市内の介護保険施設（事業所）について

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| サービス種類 | | 施設（事業所）の名称 | 定員 | 指定（許可）年月日 |
|  | 介護  予防 |  |  | 年　　月　　日 |
|  | 介護  予防 |  |  | 年　　月　　日 |
|  | 介護  予防 |  |  | 年　　月　　日 |

３．現在運営している市外の介護保険施設（事業所）について

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| サービス種類 | | 箇所数 |
|  | 介護  予防 |  |
|  | 介護  予防 |  |
|  | 介護  予防 |  |

４．現在運営している介護保険施設以外の施設等（病院・有料老人ホームなど）について

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 施設等の名称（市外は除く） | 病床数  ・  定　員 | 開設年月日 |
|  |  | 年　　月　　日 |
|  |  | 年　　月　　日 |
|  |  | 年　　月　　日 |

※枠が足りない場合は、適宜追加して御使用ください。