　　 年　　 月　 　日

恵庭市地域密着型サービス事業者応募申請書

恵　庭　市　長　　　　　様

申請者　　所在地住所

　　　　　 法 人 名

　 　　代表者氏名 　 　　　　 印

　　　　　　 連 絡 先　　ＴＥＬ

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 ＦＡＸ

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　ｍａｉｌ

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 　　(担 当 者 )

地域密着型サービス事業者の募集について、募集要項を確認し、下記のとおり応募します。

（事業に関する記載）

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 応募するサービスの種類 | **認知症対応型共同生活介護　・介護予防認知症対応型共同生活介護** | | |
| 設置予定の日常生活圏域  ※〇で囲う | ひがし　　／　　みなみ　　／　　きた　　／　　中島・恵み野 | | |
| 設 置 予 定 地 住 所 | 恵庭市 | | |
| 事　業　所　名　称 | （仮称） | | |
| 既存併設施設がある場合 | （名称） | | |
| 既存併設施設の  サービス種別 |  | 既存併設施設の事業定員 | 人 |
| 補助金活用意思の有無  ※該当箇所に☑  ※有の場合、活用意思のあるものを○で囲う | （チェック欄）　□　　有　（　施設整備分　　・　　　開設準備分　）  　　　　　　　　　　　　　　　（　 定期借地権設定のための一時金への支援　）  その他検討している補助金（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | |
| （チェック欄）　□ 　無 | | |
| 過去３年間における実績  ※他市町村での実績も含む  ※該当箇所に☑  ※有の場合、辞退した市町村名・年度・サービス種別を記載願います | 「地域密着型サービス事業」において公募期間終了後に応募を辞退したこと  □　無  □　有　（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | |
| 「地域密着型サービス事業」において撤退したこと  □　無  □　有　（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | |