安城市福祉部高齢福祉課介護保険係

　ＦＡＸ：０５６６－７４－６７８９

　電子メール：koufuku@city.anjo.lg.jp

安城市認知症対応型共同生活介護事業者応募申請　事前協議書

平成　　年　　月　　日

　　　　　　　　　　　　　　申出者　所在地

　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏　名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　電　話　（　　　　　）　　　－

認知症対応型共同生活介護事業者募集要項に基づき、応募申請の事前協議書を提出します。

記

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 事業者 | 住　所 |  |
| 法人名 |  |
| 代表者名 |  |
| 建設主体 | 住　所 |  |
| 法人名 |  |
| 代表者名 |  |
| 建設予定地 | 住所（地番） |  |
| 面　積 | ㎡ |
| 日常生活圏域 | 　　　　　　　中学校区 |
| 所有者 |  |
| 備　考 |  |

(注)　新設法人にあっては、住所及び法人名は予定の場所及び名称を記入してください。

　　　（ただし、社会福祉法人においては、新規設立の法人は認めない。）

　　　建設主体欄は、建物を所有する予定者について記入してください。