（様式第３号）

**既存施設及び事業の運営状況**

１．法人の名称等

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 法人名称 | 代表者名 | 法人所在地 | 設立年月日 |
|  |  |  |  |

２．介護保険サービス提供事業所

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 事業種別 | 施設等名称 | 所　　在　　地 | 事業者番号 | 指定年月日  （開始年月日） | サービス  提供地域 | 定　員 | 併設事業所 |
|  |  |  |  | （　　　　　　　　　　） |  |  |  |
|  |  |  |  | （　　　　　　　　　　） |  |  |  |
|  |  |  |  | （　　　　　　　　　　） |  |  |  |
|  |  |  |  | （　　　　　　　　　　） |  |  |  |

※複数ある場合は、事業種別ごとに代表的なものを１つ必ず記入し、その他は別紙添付可。

３．その他の事業所

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 事業種別 | 施設等名称 | 所　　在　　地 | 定　員 | 併設事業所 |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

※令和７年度以降において、整備事業に着手中又は着手することが見込まれる他の事業（他市町村での介護サービス事業など）がある場合も必ず記載してください。