

特定生活関連施設適合状況報告書

年 月 日

（宛先）

埼玉県知事

特定生活関連施設の所有者又は管理者

住 所

氏 名

法人にあっては、主たる事務所の所在地及び名称並びに代表者の氏名

電話番号

埼玉県福祉のまちづくり条例第20条第1項の規定により、特定生活関連施設の整備基準への適合状況について次のとおり報告します。

特定生活関連施設の名称				
特定生活関連施設の所在地				
特定生活関連施設の区分		建築物・小規模建築物・公共交通機関の施設・公園・道路・路外駐車場  診療所にあっては、患者を入院させるための施設の有無 有・無		
区 分 及 び 用 途	建 築 物 構造 造 階数 地上 階 地下 階	床 面 積	用途（ ）	m <sup>2</sup>
			用途（ ）	m <sup>2</sup>
			用途（ ）	m <sup>2</sup>
			その他の用途	m <sup>2</sup>
			合 計	m <sup>2</sup>
用 途	公共交通機関の施設	施設面積	m <sup>2</sup>	
	公園	施設面積	m <sup>2</sup>	
	道路	延長	m	
	路外駐車場	駐車のために供する部分の面積	m <sup>2</sup>	
適 合 状 況				

注意 「区分及び用途」欄は、該当するものについて記入すること。