様式第１８号

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　第　　　　　号

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　月　　日

　　市町村介護保険事業計画担当課長　様

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　法人名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 代表者

災害イエローゾーンでの整備に係る意見について（照会）

　災害イエローゾーンにおける下記施設の整備について、貴市町村の意見を別紙により　　　年　　月　　日までに御回答くださるようお願いします。

　※様式第１９号「災害イエローゾーンでの整備に係る意見書」及びイエローゾーンに該当していることが分かる資料（ハザードマップ等）を添付

計画概要

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 施設の名称 |  | 定員 | 名 |
| 設置予定地 |  | | |
| 設置する法人名 |  | | |
| 主たる事務所の所在地 |  | | |
| 事業開始予定日 | 年　　　月　　　日 | | |
| その他参考事項 |  | | |