**令和５年度特定施設入居者生活介護（混合型）設置事前相談**

**チェックシート**

施設名

法人名

作成者名

TEL

FAX

e-mail

選定結果通知・郵送先住所

（〒　　　　　　　　　）

**※　太枠内の資料等に不備がないか確認し、四角記号（□）**

**を黒塗り又はチェックマークを付けてください。**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 添付資料 | 内容 | 県担当者確認欄 | | |
| 添付  資料 | 内容 | |
| □　設置事前相談書 | □　１及び２－（１）～（11）全て記入した。  □　２－（８）(計画地の市町村担当課に説明を行い、計画地市町村担当課の意見を確認して記入した。）  ※２－（１）－ウは福祉事務所名ではなく圏域名を記入すること。  ※２－（４）－エ及び２－（５）－ウは登記簿謄本に記載されている所有権以外の権利を記入すること。  （例）根抵当権あり（極度額　○○○○円） | □ | □ | |
| □①法人登記簿謄本  （全部事項証明書） | □　直近３か月以内のもの | □ | □ | |
| □②法人定款 | □　最新のもの | □ | □ | |
| □③直近３期分の決算書 | □　設置事前相談書２－（３）－キ記入の金額と決算書の経常利（損）益の額が合致している。 | □ | □ | |
| □④設置主体の主な事業内容がわかる資料（パンフレット等） | | □ | | □ |
| □⑤土地の登記簿謄本  （全部事項証明書） | □　直近３か月以内のもの。該当する全ての土地の登記簿謄本が添付されている。 | □ | □ | |
| □⑥公図  （地図に準ずる図面） | □　該当する土地を蛍光ペン（黄色）で色づけした。 | □ | □ | |
| □⑦建物の登記簿謄本（登記事項証明書［既存建物の場合のみ］） | | □ | | □ |
| □⑧案内図 | | □ | | □ |
| □⑨事業計画地の現況写真（地図に撮影方向を明示） | | □ | | □ |
| □⑩配置図及び平面図 | □≪有料老人ホーム・その他≫居室（便所・収納(可動式のものを除く)・洗面設備等(足元のスペースがないもの)を除く）の有効面積、廊下の手すりの内側の有効幅の表示  　※表示が無いものは受付できません。  　≪サービス付き高齢者向け住宅≫居室の壁芯面積、廊下幅（壁芯内法を問わない）の表示  　※１表示が無いものは受付できません。  　※２居室面積が２５㎡未満の居室がある場合、平面図上に共用部分を塗りつぶす（黄色）。  　　また、共用部分の面積の計算方法を別紙にて添付すること。 | □ | □ | |
| □⑪土地・建物所有者との合意書等（土地・建物の全ての所有者からの同意等の状況が確認できるもの） | | □ | | □ |
| □⑫仮換地指定通知書（土地区画整理等の場合［使用収益開始年月日が確認できるもの］） | | □ | | □ |
| □⑬ハザードマップ（カラーコピー、今回の設置計画地にペンで印を付けること） | | □ | | □ |

その他の確認事項

* フラットファイルに綴じた。
* インデックスを付けた。（①～⑬）

□ 有料老人ホーム設置運営指導指針や各種法令に適合する計画であることを確認した。

※指針や各種法令に適合しない相談書は受付できません。

□ 開発行為や農地転用等、別途手続きが必要か、必要な場合は関係機関に確認した。

県担当者