

令和〇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

法人名 株式会社〇〇〇〇	作成者名 埼玉 太郎
施設名 介護付有料老人ホーム 〇〇〇〇	TEL 048-830-3260 FAX 048-830-4781
	e-mail abcd@ef.co.jp

※太枠内の資料等に不備がないか確認し、□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を訪問して計画の説明を行い、計画地市町村担当者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) -エに記載されている所有権と。(例) 根抵当権あり	☐	☐
■ 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 <u>蛍光ペン (黄色)</u> で色づけた。	☐	☐
□ 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 m²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。	☐	☐

なお、①、⑤～⑦の添付資料については「インターネット登記情報提供サービス」による登記情報のプリントアウトで可

■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）	☐	☐
■⑭職員の人材確保・育成の取組に係る計画書【参考様式１】	☐	☐

<災害イエローゾーンに立地する場合のみ添付>

添付資料	県担当者確認欄	
	添付資料	内容
□⑮災害イエローゾーン以外での事業用地の取得が困難であることの説明資料【参考様式２】	☐	☐
■⑯被災リスクへの対策が記載された計画書（非常災害対策計画、避難確保計画等）【参考様式３】	☐	☐

災害イエローゾーンに立地する場合で
土砂災害警戒区域又は浸水深１メートル
以上の浸水想定区域等の場合に提出

災害イエローゾーンに立地する場合に提出

この項目も確認の上、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。

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。（①～⑯）
- 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

--