

(様式5)

介護医療院 転換計画書

令和 年 月 日

1 設置主体等	法人名							
	所在地							
	代表者名							
	連絡先	(TEL)						
		(FAX)						
担当者名								
2 施設名(仮称でも可)								
3 事業所の所在地								
4 サービスの種類	<input type="checkbox"/> I型		<input type="checkbox"/> II型					
5 予定規模	入所定員:		人		ユニット			
	通所リハ定員:		人					
	短期入所療養介護の有無	有・無						
	予防短期入所療養介護の有無	有・無						
6 事業計画	(着工)	令和		年		月		日
	(竣工)	令和		年		月		日
	(開設)	令和		年		月		日
7 併設施設	施設名							
	施設種別							
8 改修の必要の有無	有・無 (有の場合はその内容:別紙でも可)							

<p>9 既存施設の状況</p>	<p>・施設名称: _____</p> <p>・定員数: _____ 人</p> <p>・形態: 従来型 ・ ユニット型</p> <p>・敷地面積 _____ m²</p> <p>・延床面積 _____ m²</p> <p>・構造等 地上 _____ 階 地下 _____ 階 (_____ 造)</p> <p>・竣工年月日 _____ 年 _____ 月 _____ 日</p> <p>・事業開始年月日 _____ 年 _____ 月 _____ 日</p>																													
<p>10 資金計画</p>	<p>1 総事業費 _____ - 千円</p> <p>内訳 {</p> <ul style="list-style-type: none"> 用地費 _____ 千円 建設費(設計、設備費等含む) _____ 千円 備品費 _____ 千円 運転資金 _____ 千円 その他 _____ 千円 <p>2 財源内訳</p> <ul style="list-style-type: none"> (1) 自己資金 _____ 千円 (2) 借入金 _____ 千円 																													
<p>11 現利用者の引継に対する考え方と具体的な施策</p>																														
<p>12 既存施設における過去の補助事業一覧</p>	<table border="1"> <thead> <tr> <th>補助年度</th> <th>補助事業名</th> <th>事業内容</th> <th>総事業費</th> <th>補助金額</th> <th>処分制限期間</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> </tbody> </table>	補助年度	補助事業名	事業内容	総事業費	補助金額	処分制限期間																							
補助年度	補助事業名	事業内容	総事業費	補助金額	処分制限期間																									
<p>13 財産処分手続き</p>	<p>有・無</p> <p>※転換対象箇所補助金を活用している場合、財産処分手続きを要する場合があります。</p>																													