**地域密着型（介護予防）認知症対応型共同生活介護事業計画書**

令和　　年　　月　　日

（あて先）松江市長

　　所在地

　　名称

応募者

代表者　職名・氏名

松江市の地域密着型（介護予防）認知症対応型共同生活介護事業者募集について、募集要項に定める応募要件を満たしていることを誓約し、下記のとおり、関係書類を添えて申し込みます。

なお、本事業計画書及び添付書類において、虚偽による記載又は事実と相違する記載であることが判明した場合など募集要項の定めにより、事業者の選定の取消しとされても異議を唱えません。

また、事業者の選定の取消しに伴い損害を受けることがあっても、松江市に対して損害賠償を請求しません。

なお、選定結果を松江市ホームページへの掲載等により公表されることに同意します。

|  |  |
| --- | --- |
| 区　分 | 内　　　　　　　　容 |
| サービスの種類 | 地域密着型（介護予防）認知症対応型共同生活介護 |
| 開設予定地  （地域包括支援センター圏域） | 松江市　　　　町　　　　　　　　　　　　　番　　　号  （　　　　　地域包括支援センター圏域） |
| 事業所 | □　新設  （着手予定：令和　　年　　月） |
| □　不要となっているアパート等の建築物件からの改装（改修）  （着手予定：令和　　年　　月） |
| 事業開始可能予定 | 令和　　　　年　　　　月 |