

介護保険事業計画等策定に係る事業者意向調査票

提出年月日 令和8年 月 日
(枚中 枚目)

法人名	
代表者名	
担当者名	
連絡先	

該当する事業意向について、下記項目に必要事項を記入してください。

1. 介護保険サービスに新規参入（開設）・定員増したい。

サービス種別（該当に☑印）		定員等
<input type="checkbox"/> 1 居宅介護支援 <input type="checkbox"/> 2 訪問介護 <input type="checkbox"/> 3 訪問入浴介護 <input type="checkbox"/> 4 訪問看護 <input type="checkbox"/> 5 訪問リハビリ <input type="checkbox"/> 6 居宅療養管理指導 <input type="checkbox"/> 7 夜間対応型訪問介護 <input type="checkbox"/> 8 定期巡回・随時対応型訪問介護看護 <input type="checkbox"/> 9 通所介護 <input type="checkbox"/> 10 通所リハビリ <input type="checkbox"/> 11 認知症対応型通所介護 <input type="checkbox"/> 12 短期入所生活介護 <input type="checkbox"/> 13 短期入所療養介護 <input type="checkbox"/> 14 小規模多機能型居宅介護 <input type="checkbox"/> 15 看護小規模多機能型居宅介護 <input type="checkbox"/> 16 特定施設入居者生活介護 <input type="checkbox"/> 17 地域密着型特定施設入居者生活介護 <input type="checkbox"/> 18 地域密着型通所介護 <input type="checkbox"/> 19 認知症対応型共同生活介護（グループホーム） <input type="checkbox"/> 20 地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護 <input type="checkbox"/> 21 介護老人福祉施設 <input type="checkbox"/> 22 介護老人保健施設 <input type="checkbox"/> 23 介護医療院 <input type="checkbox"/> 24 その他（ ）		_____人 定員増の場合 増加 _____人
介護予防・日常生活支援総合事業		定員等
<input type="checkbox"/> 1 訪問型従前相当サービス <input type="checkbox"/> 2 訪問型サービス・活動A <input type="checkbox"/> 3 訪問型サービス・活動D（移動支援等） <input type="checkbox"/> 4 通所型従前相当サービス <input type="checkbox"/> 5 通所型サービス・活動A <input type="checkbox"/> 6 通所型サービス・活動C		_____人
サービス提供希望圏域（該当に☑印）		
<input type="checkbox"/> 1 市内全域 <input type="checkbox"/> 2 村上地域 <input type="checkbox"/> 3 荒川地域 <input type="checkbox"/> 4 神林地域 <input type="checkbox"/> 5 朝日地域 <input type="checkbox"/> 6 山北地域		
開設希望時期	令和 年 月 日	
開設・定員増にあたっての問題点等（例：資金調達、人員確保など）		

2. 今行っているサービス種別を変更（転換）したい。

サービス種別			変更（転換）希望時期			
変更（転換）前（	）定員等	人	令和	年	月	日
変更（転換）後（	）定員等	人				

3. 介護保険事業を縮小または廃止したい。

事業所名			縮小の場合、縮小定員等の内容
縮小・廃止の別	<input type="checkbox"/> 1 縮小	<input type="checkbox"/> 2 廃止	

○調査ご協力ありがとうございました。