様式　８

事業計画書

1. 事業計画施設　（該当する□に✓を記入してください。）

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 法人種別 | 社会福祉法人　　　　　　　　年　　月　　日設立 | | | | |
| 予定規模 | **特別養護老人ホーム　　入所定員　　　　　人**  □従来型  　　人床　　　　室  　　人床　　　　室  　　人床　　　　室  □ユニット型  　　室（ユニット数　　） | | | | |
| その他併設施設  及び事業 | **□老人短期入所施設　　　　定員　　　　　人**  □従来型（無しの場合は場合は記載不要）  　　　人床　　　　室  　　　人床　　　　室  　　　人床　　　　室  □ユニット型  　　室（ユニット数　　）  □その他  （　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | |
| 施設長（予定） | ふりがな  氏　名 | |  | | |
| 現在の職業  勤　務　先 | |  | | |
| 設計事業者 | ふりがな  会社名 |  | | 連絡先 | 電話  FAX  E-mail |
| 担当者氏　名 |  | |
| コンサルタント  事業者  （いる場合） | ふりがな  会社名 |  | | 連絡先 | 電話  FAX  E-mail |
| 担当者氏　名 |  | |

1. 事業予定地の状況
2. 設置予定地（予定地の全ての地番を記載してください。）

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 地　　番 | 地目 | 地積  （公簿） | 現在の所有者 | 寄付、買収  賃貸の別 | 造成工事  既存構造物 | 備考（買収及び賃貸の予定格） |
| 我孫子市□□町×× | 田 | 10.00㎡ | ○○○○ | 寄付 | 造成工事必要 | （　　　　円） |
| 我孫子市□□町×× | 山林 | 100.00㎡ | ○○○○ | 売買 | 造成工事必要 | （　　　　円） |
| 我孫子市□□町×× | 宅地 | 1,000.00㎡ | ○○○○ | 売買 | 造成工事必要 | （　　　　円） |
|  |  |  |  |  |  | （　　　　円） |
|  |  |  |  |  |  | （　　　　円） |
| 合　計 | | 1,110.00㎡ |  |  |  | 合計（ 　　　　　円） |

1. 敷地面積

敷地面積　　　　　　㎡うち建設予定施設の建築面積　　　　　㎡

1. 事業予定地の確保方法（該当する□に✓を記入してください。）
2. 所有等の場合

　　□　自己所有（既に法人が所有）

　　□　自己所有（購入予定）

⇒購入予定価格　　　　　　　　　　円

　購入予定年月日　令和　　　年　　　月　　　日

契約の相手方　住所・氏名

　　□　自己所有（贈与予定）

⇒購入予定年月日　令和　　　年　　　月　　　日

贈与予定者　住所・氏名

1. 貸与の場合

　　□　無償借受（当初借受期間　　　　年）

⇒契約の相手方　住所・氏名

　　□　有償借受（当初借受期間　　　　年）

⇒予定賃借料　　　　　　円（月額・年額）

契約の相手方　住所・氏名

　　□　その他

* **建設予定地に抵当権が設定されている場合は、建設予定地の抵当権設定状況一覧表（様式１５）を必ず提出してください。**

1. 敷地の状況

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 都市計画区域内外の別 | □都市計画区域外  □都市計画区域内　　（□市街化区域　□市街化調整区域） | | |
| 用途地域 |  | 面積制限 | 建ぺい率( 　 ％)容積率(　　　　％) |
| 高さ制限 | ｍ |

＜規制状況等＞

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| □農地　　　□生産緑地　　　□自然公園　　　□急傾斜地  □ハザードマップ上の区分（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）  その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | |
| 既存建物 | □有（種類：　　　　　　　　　　　　　　　　　　）　　□無 | | |
| 道　路 | 建築基準法第 　条第　 項第 　号該当 | | 「不適」の場合、その対応： |
| 幅員　　　　ｍ  ※原則として6.0ｍ以上であること。  □適　　　□不適 | |
| 埋蔵文化財 | □有　　□無 | | 「有」の場合、その対応： |
| 境界確定 | □有（全部・一部）　　□無 | | 「無」の場合、その対応： |
| 電　気 | 敷地内に □有　　□無（対応：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | |
| ガ　ス | 敷地内に □有　　□無（対応：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | |
| 上水道 | 敷地内に □有　　□無（対応：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | |
| 排水処理 | 雨水放流先 | □有（放流先：　　　　　　　　）□無（対応:　　　　　　　　　　） | |
| 汚水処理方法 | □公共下水道　　□浄化槽処理（□単独処理　　□合併処理） | |
| 浄化槽処理の場合 | 処理区域 | 建築基準法施行令第32条に規定する区域  □内（令第32条第　項第　号該当）　□指定無し | |
| その他の行政指導の有無　□有り（内容：　　　　　　　　　）　□無し | |
| 処理能力 | 一日当たり：　 　　㎥  処理対象人数： 　　人、放流水質：BOD　 　ppm | |
| 処理方式 |  | |
| 設置形態 | □地中埋設　　□地上設置　　□その他（　　　　　　　　　　　　） | |

* **その他、埋蔵文化財の有無や農地法、都市計画法等の土地利用に係る規制の有無について、担当部局との事前協議報告書（様式１６）で詳細を必ず記入し、提出してください。**

1. 施設までの交通条件（該当する□に✓を記入してください。）

□ＪＲ　　　　　　　　　　　駅　　より約　　　　ｍ　徒歩　　　　分

□バス　　　　　　　　　　　バス停より約　　　　ｍ　徒歩　　　　分

□その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　）より約　　　　ｍ　徒歩　　　　分

※徒歩１分＝80ｍで換算して記入願います。

1. 同種施設の状況
2. 特別養護老人ホームの状況

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 施　設　名 | 半径１ｋｍ圏　内  （該当する場合○印） | 半径２ｋｍ圏　内  （該当する場合○印） | 直線距離 | 事業計画地からの  所要時間  （1分＝500ｍで換算） |
|  |  |  | ｍ | 車で　　　　　　　分 |
|  |  |  | ｍ | 車で　　　　　　　分 |
|  |  |  | ｍ | 車で　　　　　　　分 |

1. **老人短期入所施設**の近隣状況

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 施　設　名 | 半径１ｋｍ圏　内  （該当する場合○印） | 半径２ｋｍ圏　内  （該当する場合○印） | 直線距離 | 事業計画地からの  所要時間  （1分＝500ｍで換算） |
|  |  |  | ｍ | 車で　　　　　　　分 |
|  |  |  | ｍ | 車で　　　　　　　分 |
|  |  |  | ｍ | 車で　　　　　　　分 |

1. **その他（任意で併設施設及び事業を提案する場合）**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 施　設　名 | 半径１ｋｍ圏　内  （該当する場合○印） | 半径２ｋｍ圏　内  （該当する場合○印） | 直線距離 | 事業計画地からの  所要時間  （1分＝500ｍで換算） |
|  |  |  | ｍ | 車で　　　　　　　分 |
|  |  |  | ｍ | 車で　　　　　　　分 |
|  |  |  | ｍ | 車で　　　　　　　分 |

1. 予定建築物

* 構造　　　　　　造　　　地上　　　　　階建　　　地下　　　　　階建
* 規模　建築面積　　　　　　㎡　　　延床面積　　　　　　㎡

1. 事業予定期間

　　・工事予定期間

　　　　着工予定　　　　令和　　年　　月

　　　　竣工予定　　　　令和　　年　　月

　　・施設開所予定日　　令和　　年　　月　　日（令和７年３月31日までとします）

1. 事業費概算

・総事業費　　　　　　　　　　　　　　　千円

内訳　本体工事費　　　　　　　　　　千円

　　　　設計監理費　　　　　　　　　　千円

　　　　設備整備費　　　　　　　　　　千円　　※未定の場合は記載不要

　　　　造成工事費　　　　　　　　　　千円

　　　　土地取得費　　　　　　　　　　千円

　　　　その他工事費　　　　　　　　　　千円

1. 協力病院等（添付書類：協力医療機関等との業務提携契約書・同意書等）
2. 協力（予定）医療機関名称

|  |  |
| --- | --- |
| 病院名 |  |
| 所在地 |  |
| 診療科目 |  |
| 施設からの距離 | 距離：　　　㎞、　時間：徒歩　　　分、　バス・自動車　　　分 |
| 未定の場合には、その見通しについて | |

（２）協力（予定）歯科医療機関名称

|  |  |
| --- | --- |
| 病院名 |  |
| 所在地 |  |
| 診療科目 |  |
| 施設からの距離 | 距離：　　　㎞、　時間：徒歩　　　分、　バス・自動車　　　分 |
| 未定の場合には、その見通しについて | |

1. 居住費等の設定

・居住費　　　　　　　　　円／日

・食費　　　　　　　円／日

・その他（　　　　　　　　　　　　　）　　　　　　円