**「高齢者保健福祉計画２０２４」に基づく整備事業者応募受付票**

【受付期間】：

２０２５年（令和７年）６月２０日（金）～７月３１日（木）１７時１５分まで

|  |  |
| --- | --- |
| 法人名 |  |
| 法人所在地 |  |
| 担当者 | 役職　（　　　　　　 　 　）名前　（　　　　　　　　　　） |
| 電話番号 |  |
| ＦＡＸ番号 |  |
| e-mailアドレス |  |
| 応募予定サービス（予定しているもの全てに○をしてください） | １　（介護予防）認知症対応型共同生活介護［ 新規・定員増 ］　　　　　　　　　　　　　　　　　　 ※いずれの区分か○をしてください２　地域密着型特別養護老人ホームの定員増３　広域型特別養護老人ホームの定員増 |
| ※定員増の場合施設名（事業所名） |  |
| 希望整備数 | 　　　　　　人 |
| 整備予定年度 | 　　　　　年度 |
| 補助金活用予定 | 有　・　無 |

**※　電子メール、郵便又はファクシミリで申し込んでください。**

**なお、電子メールで提出する場合は、件名に「公募について（法人名）」を必ず入力して送信してください。**

**※　独立行政法人福祉医療機構による融資について検討する場合は、福祉医療機構のホームページ等で確認してください。**

**福山市　介護保険課**

**サービス基盤担当　行　※添書不要**

**FAX：０８４－９２８－１７３２**