社会福祉連携推進法人等による高齢者施設等の防災改修支援事業に係る

事前エントリー票

【提出にあたっての注意事項等について】

**対象は令和４年４月から施行された社会福祉連携推進法人制度による社会福祉連携推進法人の会員の施設等又は令和４年４月以降に法人間合併を行った法人内の施設等に限ります。**

１　必要事項を記入又は該当する項目にチェックを入れてください。

２　特別養護老人ホームに併設するショートステイについては補助対象外です。その場合には『補助対象面積確認シート』を作成し、面積按分により補助対象事業費を算出してください。また、面積按分をしたことがわかる資料（施設の面積表や平面図（専用面積、共用面積を色分けしたもの））を添付してください。

３　提出期限は**令和７年４月９日（水）（必着）**です。

４　提出資料

データで提出（送付先：[kf-tokuyouseibi@city.yokohama.lg.jp](mailto:kf-tokuyouseibi@city.yokohama.lg.jp)）

　　(1)　社会福祉連携推進法人等による高齢者施設等の防災改修支援事業に係る事前エントリー票（本紙）

　(2)　補助対象面積確認シート

　(3)　面積按分をしたことがわかる資料（施設の面積表や平面図（専用面積、共用面積を色分けしたもの））

(4)　平面図の写し（当該事業所全てのフロア（階）の分）

(5)　位置図（最寄り駅や公園などの目標物が入り、施設の位置を記した地図）の写し

(6)　写真（現況及び改修箇所が分かるもの　※設置位置等を丸などで囲んで図示）

(7)　見積書（工事請負業者）民間２社以上。必ず１社ごとの合計額が表記された見積書と

し、また、消費税込みの額を表記（手書き可）してください。

５　併設する事業所の場合は、事業所ごとに本票を作成してください。

記入年月日　　令　和　　　　　年　　　　　月　　　　　日

法人名称

法人所在地

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　法人代表者氏名

１　事業所情報について

　　施設名等を記入してください。

(1)　施設名

(2)　施設種別

　　ア　　特別養護老人ホーム

　イ　　介護老人保健施設

ウ　　養護老人ホーム

　　エ 　軽費老人ホーム

　　オ　　介護医療院

(3)　施設所在地

　　　〒　　　－

　　　横浜市

(4)　開設年月日

　　　　　　　年　　　　　月　　　　　日

(5)　担当者氏名（ふりがな）

(6)　電話番号

(7)　電子メールアドレス

(8)　福祉避難所協定締結状況

　有　　　無

(9)　ＢＣＰ（業務継続計画）の策定状況

　作成済み（作成時期　　　年　　月　　日）

　作成見込み（令和　年　月頃作成予定）

　未作成(未作成の場合は原則補助対象外です)

　　　　　※国より資料を求められた場合には、ご提出いただきます。

(10) 避難確保計画の作成状況

　作成済み　（作成時期　　　年　　月　　日）

　作成見込み（令和　年　月頃作成予定）

　未作成

(11) 非常災害対策計画の作成状況

　作成済み　（作成時期　　　年　　月　　日）

　作成見込み（令和　年　月頃作成予定）

　未作成(未作成の場合は原則補助対象外です)

　　　　　※国より資料を求められた場合には、ご提出いただきます。

(12) 補助対象工事の実施に伴う、施設や用地に対する抵当権の設定予定

　有　　　無

　　（有の際は補助対象外となる場合があります。詳しくは通知文別紙５を参照ください）

２　建物状況について

　　建物の状況を記入してください。

なお、建物内に併設施設等がある場合は、事業所部分と全体部分をそれぞれ記入して

ください。

(1)　竣工年月日

　　　　　　　年　　　　　月　　　　日

(2)　階数

　　 　地上　　　　　階・地下　　　　　階建て（うち事業所部分　　　　　　　階）

(3)　所有形態

　自己所有　　　　借家

(4)　 施設や用地に対する現在の抵当権設定状況

　有　　　　　　　無

３　利用者について

(1)　施設定員

本入所　　　　　人、ショートステイ　　　　　人

(2)　全入所（居）者、利用者の数（延べ人数）（令和６年11月１日時点）

　　　　　人

(3) （2）のうち、医療的配慮（人工呼吸器・酸素療法・喀痰吸引等）が必要な者（延べ人数）

　（令和６年11月１日時点）

　　　　　人

４　工事について

予定している工事内容を具体的に記入してください。

(1)　工事内容（該当するものに☑）

　　ア　　施設の一部改修

　　　イ　　施設の付帯設備の改造

　　　ウ　　施設の冷暖房設備の設置

　　　エ　　避難経路等の整備

オ　　環境上の条件等により必要となった施設の一部改修避難経路等の整備

カ　　消防法及び建築基準法等関係法令の改正により新たにその規定に適合させるために必

要となる改修避難経路等の整備

キ　　土砂災害等に備えた施設の一部改修等

ク　　施設の改修整備

ケ　　その他施設における大規模な修繕等

(2) (1)で選択した工事の具体的内容

現在の状況をふまえ、どのような工事内容か、具体的に明記してください。

(3)　工事を予定している部分の改築・改修年月日（過去に改修を行った場合のみ記入）

　　　　　　　　年　　　　　月　　　　日

(4)　総事業費（２社からの見積書のうち、安価な金額）

　　　 　　　　　　　　　　　　円

(5)　補助対象経費の実支出予定額

　　併設する施設がある場合は面積按分により、補助対象事業費を算出してください

（安価な方の見積額÷施設全体の床面積）× 補助対象部分の面積

　　　　　　　　　　　　円

　質問項目は以上です。

　ご記入いただいたものを、**令和７年４月９日（水）まで**に健康福祉局高齢施設課へご提出ください。