

介護老人保健施設整備希望者 各位

東京都福祉保健局高齢社会対策部
施設支援課長
(公印省略)

介護老人保健施設整備事業計画説明会の開催について（通知）

日頃より、東京都の高齢者福祉施策に御理解・御協力いただきお礼申し上げます。
介護老人保健施設整備事業計画説明会を、下記のとおり開催いたします。
御多忙中とは存じますが、介護老人保健施設の整備を希望される方は、御出席下さいますよう、
お願い申し上げます。

記

1 日 時

平成25年5月28日（火曜日）
午前9時30分から正午まで
※開始30分前から受付開始。

2 開催場所

東京都庁 第一本庁舎 5F 大会議場（新宿区西新宿2-8-1）
「JR新宿駅」西口から徒歩約10分、都営地下鉄大江戸線「都庁前駅」

3 内 容

- (1) 整備基本方針、整備計画について
- (2) 補助制度について
- (3) その他

4 参加申込期限

平成25年5月15日（水曜日）必着

5 申込方法

別紙「説明会参加申込書」をファクスにて、下記申込先まで送付してください。

なお、補助制度の概要等について以下のホームページもあわせてご覧ください。
「東京都福祉保健局ホームページ」 (<http://www.fukushihoken.metro.tokyo.jp/>)
TOP > 分野からのご案内「高齢者」 > 「高齢者施設」 > 「介護老人保健施設」

6 参加申込先及び問い合わせ先

東京都福祉保健局 高齢社会対策部 施設支援課 施設整備係 小澤・西村・山下
〒163-8001 東京都新宿区西新宿二丁目8番1号
電 話 03-5320-4266（直通）
ファクシミリ 03-5388-1391

東京都福祉保健局高齢社会対策部施設支援課
施設整備係 山下宛て (03-5388-1391)

介護老人保健施設整備事業計画説明会(5/28(火)) 参加申込書

(該当箇所に記入又は番号に○を付けてください。)

1 開催日 平成25年5月28日(火) 9:30~ 都庁 第一本庁舎 5F 大会議場

2 参加法人名

法人名 _____

法人種類 1 既設医療法人 2 社会福祉法人 3 その他「 _____ 」

3 参加者名 ※会場の都合により、2名までとしますのでご協力をお願いします。フリガナをお願いします。
※参加の可否については連絡をしませんので当日会場までお越しください。

4 連絡先等

所在地 〒 _____

電話 (_____) _____

ファクシミリ (_____) _____

e.mail _____

フカサ

担当者 職名・氏名 _____

5 開設計画について

計画の具体性 (1 確(土地等確保済み) 2 高(具体的計画有) 3 中(検討中) 4 低(参考まで))

→ 1~3の場合、下記に記入してください。(記入できる範囲で)

(1)整備の区分 (1 創設 2 増築 3 転換創設 4 転換改築 5 転換改修)
→転換(3~5)の場合の転換元(1 介護療養病床 2 医療療養病床 3 一般病床 4 複数の病床区分)
(2)計画の着工年度(1 26年度 2 27年度 3 28年度以降)
(3)計画入所定員 (_____ 床)
(4)計画の区市町村 (_____)
→区市町村担当部署への相談(1 相談中 2 未実施)

6 質問事項 (説明会の席上にて回答いたします。)

