

函館市介護保険事業計画期間（令和9～11年度）における介護保険サービス等の提供に係る事業者意向調査 調査票

函館市高齢者計画策定推進委員会	
令和8年2月18日	資料3（別添資料1）

以下の1～5に該当する項目について、別表（サービス種類・圏域）を参照し、1事業所ごとに記入してください。
色つきのセルは、プルダウンよりお選びください。

法人名：
ご担当者：

1 現時点で、貴法人において、**令和9～11年度の期間**に、事業所の新設、事業内容の変更および事業の休廃止等の意向をお持ちですか。

意向あり	
意向なし	

2 新規に開始する意向があるサービス

サービス種別 (別表1参照)	開始年月		日常生活圏域 (別表2参照)	定員 (訪問系は不要)
	年度	月		

3 現在の事業内容等を変更する意向があるサービス（特定指定、ユニット化等）

※事業内容等に変更の無い建物の増改築等を含みます。

サービス種別 (別表1参照)	変更年月		事業所(施設)名	変更内容 (内容を選択)	備考(左記以外の変更等) (下記に記載)	定員の増減		
	年度	月				既存	→	変更後
							→	
							→	
							→	
							→	

4 休止または廃止の意向があるサービス

サービス種別 (別表1参照)	休廃止年月		事業所(施設)名	休廃止の区分 (内容を選択)	休廃止の理由	直近1年間の 平均稼働率※
	年度	月				

※休止期間を除く

5 事業を運営するにあたっての課題等がありましたら自由にご記入ください。

ご協力ありがとうございました。

ご記入いただきましたら、 月 日（ ）までに、下記宛て提出願います。（可能な限りEメールでお願いいたします）

【提出先】〒040-8666 函館市東雲町4番13号 函館市保健福祉部介護保険課（担当： ）

Eメール：kikaku-kanri@city.hakodate.hokkaido.jp TEL：0138-21-3041 FAX：0138-26-5936