

(参考様式)

他法令チェックリスト(介護保険法に基づくサービス用)

法人の概要	事業主体(法人名)			
	役職・代表者名			
	担当者名		電話	
事業の概要	サービス事業の種類	認知症対応型共同生活介護		
	事業所の所在地	〒 -		
	利用定員(一部サービスのみ)	人		
	事業開始(変更)予定日	年 月 日(予定)		
他法令への適合の概要	建築基準法			
	照会先	部署名	建築指導課 建築審査グループ	担当者名
		照会方法	来庁・メール・FAX・その他()	照会日
	事業に使用する建物について			
	<input type="checkbox"/> 新築又は増築である			
	<input type="checkbox"/> 検査済証が交付されている			
	<input type="checkbox"/> 既存建物である			
	<input type="checkbox"/> 用途変更が必要である			
	<input type="checkbox"/> 確認済証・検査済証が交付されている			
	<input type="checkbox"/> 確認済証・検査済証が交付されていない			
	交付予定日: 年 月 日			
	<input type="checkbox"/> 用途変更が不要である			
	理由:			
	消防法(一部サービスのみ)			
	照会先	部署名	消防本部 予防課 指導担当	担当者名
		照会方法	来庁・電話・FAX・その他()	照会日
	消防法に規定する設備の設置状況について			
<input type="checkbox"/> 設備を備えている				
<input type="checkbox"/> 設備を備えていない				
措置の概要:				
検査済証・点検結果報告書・使用開始届の状況について				
<input type="checkbox"/> 上記3つのいずれかが交付又は提出されている				
<input type="checkbox"/> 上記3つのいずれも交付又は提出されていない				
交付(提出)予定日: 年 月 日				
都市計画法				
市街化調整区域における都市計画法の開発許可について				
<input type="checkbox"/> 手続きは不要である				
<input type="checkbox"/> 手続きの必要がある				
照会先	部署名	建築指導課 開発審査グループ	担当者名	
	照会方法	来庁・メール・FAX・その他()	照会日	年 月 日
備考:				

※上記法令の要件に適合しているかどうかは下記の担当部署にて確認してください。

建築基準法: 建築部 建築指導課 建築審査グループ(市役所本庁舎7F)

消防法: 消防本部 予防課 指導担当(消防本部(緑1丁目1番10号)2F)

都市計画法に基づく開発許可: 建築部 建築指導課 開発審査グループ(市役所本庁舎7F)

※上記法令は代表的なものであり、**これ以外の法令確認が不要であることを示しているわけではありません。**列記した法令以外の確認については、事業者の責務において行ってください。また、上記以外の法令確認にかかる協議がある場合は任意様式にて提出してください。

※「事業の概要」にて利用定員の記載、「他法令への適合の概要」にて消防法の確認が必要なサービスは下記のとおりです(予防を含む)。

通所介護、通所リハビリテーション、短期入所生活介護、短期入所療養介護、特定施設入居者生活介護、地域密着型通所介護、認知症対応型通所介護、小規模多機能型居宅介護、認知症対応型共同生活介護、地域密着型特定施設入居者生活介護、地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護、看護小規模多機能型居宅介護、介護老人福祉施設、介護老人保健施設、介護医療院