様式第７号

太枠内を記入

（お客さま番号　　－　－　　）

≪有料老人ホーム戸数扱い適用における確認書≫

1．施設名　ご契約者様の施設名、電話番号をご記入ください。

施 設 名　（　　）

施設住所　（　　）

電話番号　（　　－　　－　　）

2．併設事業について（1）か（2）該当する方にのみ回答してください。

（1） 介護保険法第８条及び８条の２に規定する特定施設（介護付有料老人ホーム）

該当する併設事業の□にチェックしてください。

□特定施設入居者生活介護　□地域密着型特定施設入居者生活介護

□介護予防特定施設入居者生活介護

□その他の事業（　　）

（2） その他の有料老人ホーム（住宅型有料老人ホーム、健康型有料老人ホーム）

該当する併設事業の□にチェックしてください。

□併設事業なし

□訪問介護　□訪問入浴介護　□訪問看護　□訪問リハビリテーション

□介護予防訪問入浴介護　□介護予防訪問看護　□介護予防訪問リハビリテーション

□その他の事業（　　）

3．併設事業の対象について

２でご回答いただいた併設事業について、該当する対象者の□にチェックしてください。

□当該施設の入居者のみ

□当該施設の入居者及びその他の住民

□その他（　　）

4．制度について

次の条件をすべて満たす場合に名古屋市水道給水条例施行規程（平成 12 年名古屋市上下水道局管理規程第 52 号）第 22 条及び名古屋市下水道条例施行規程（平成 12 年名古屋市上下水道局管理規程 58 号）第 31 条に基づく取扱いとする。

（条件）１　各居室が完全に独立していること。

２　当該場所を生活の本拠地として、入居者に定住性のあること。

３　各居室に給水栓を有すること。

４　別事業を併設していないこと。ただし、介護保険法第 8 条に定める介護事業及び介護保険法第 8 条の 2 に定める介護予防事業のうち、入居者のみに実施している事業はこの限りではない。

上記の制度についてご理解のうえ、署名（法人名及び責任者）をお願いします。

記入日　　年　　月　　日

署名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

※併設事業に変更が生じた際は、その都度報告してください。