換気設備設置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】

１　必要事項を記入又は該当する項目にチェック（レ点等）を入れてください。

２　提出期限：**令和７年４月16日（水）（必着）**

３　この事前エントリー票及び４の添付書類は、上記期限までにメールにて提出してください（データの送信先：kf-kscm@city.yokohama.lg.jp）。

４　添付書類

全て、Ａ４でプリントアウトできるデータとしてください。

　　また、エントリー票以外の全ての書類を以下の順番に並べて一つのＰＤＦにし、なるべく「しおり」をつけ、横型のデータはなるべく横向きに表示されるようにしてください。（困難な場合はご相談ください）

　　※データ容量が７ＭＢを超える場合は、①２～３通に分けて７ＭＢ以下でご送信いただくか、②大容量メール送信サービスの招待メールをお送りします（ご連絡ください）。

1. **平面図**（当該事業所全てのフロア（階））※設備設置位置や改修場所等を記載
2. **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**）
3. **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）

　　※写真や配置図をWord等に貼りつけるなどして作成してください。

1. **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**を表記してください。

５　メール件名には「換気設備設置事業エントリー（施設名）」と入力してください。

 ６　併設事業所がある場合

* エントリー事業所毎に本票を作成してください。
* 「補助面積対象面積確認シート」を作成し、面積案分により補助対象事業費を算出してください。
* 面積案分の根拠資料（施設の面積表や、各事業所の専用面積及び共用面積を色分けした平面図）を添付してください。

.

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　事業所情報等について

(1)　事業所名

(2)　 事業種別

　　ア　□　認知症高齢者グループホーム

 　イ　□　小規模多機能型居宅介護

ウ　□　看護小規模多機能型居宅介護

(3)　事業所所在地

　　　　〒 　- 　　横浜市

(4)　開設年月日

　　　（元号）　　　（西暦）　　　　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＊指定（協定）状況

　　　（＊指定福祉避難所、協定等による福祉避難所）

　　　　□　有　　□無

(9)　ＢＣＰ（業務継続計画）の作成状況

　　　　□　作成済み

※　国より提出を求められた場合は、計画をご提出いただきます。

□　作成見込み（作成時期：Ｒ　年　月）

□　未作成

　　　　　※　策定がない施設については原則補助対象外です。

(10)　非常災害対策計画

　　　　□　作成済み

※　国より提出を求められた場合は、計画をご提出いただきます。

□　作成見込み（作成時期：Ｒ　年　月）

□　未作成

　　　　　※　策定がない施設については原則補助対象外です。

(11) 当該事業所の施設や用地に対する抵当権の設定

　　　□　ある　　　□　ない

 ※原則として、当該交付金の補助協議前に抵当権が設定されている場合は、利用者保護の観点から補助対象外です。なお、一部例外がありますので、「ある」の場合には以下についてもご回答ください。

抵当権は、行政法人福祉医療機構による福祉貸付や協調融資制度を利用したもののみである。

　　　□　はい　　　□　いいえ

※「いいえ」の場合は、原則として補助対象外ですが、以下の①及び②の両方に合致する場合は対象とする場合がありますので、建物および用地の登記簿謄本を添付のうえ、早めに本市へご相談ください。

1. 既借入金の年間返済予定額が、原則として、直近決算における年間資金収支差額を下回っていること
2. 既借入金の総額が、直近決算における年間収入を超えていないこと

※文末の【留意事項】を併せてご参照ください。

(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。

　　　□　ある　　　□　ない

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

　　　（元号）　　　（西暦）　　　　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　※

※　①施工について家主の内諾を得ていること、②補助を受けて施工した設備等は、家主と　の賃貸借契約書において「全て事業者の財産であること」を付記（または別途覚書等を締結）することが必要となります。

 (4)　延べ床面積

　　　　　　　　　㎡

* 面積が分かる書類を添付してください。

３　事業について

 (1)　事業の具体的内容（どのような理由で十分な換気を行えないか、どのような事業内

容か具体的に明記してください。現に通常の換気（窓を開ける、換気扇を回す等）を行うことができる場合には補助対象外です。）

(2)　事業を予定している部分の改築・改修年月日（該当がある場合のみ記入）

　　　　　（元号）　　　（西暦）　　　　年　　　　　月　　　　日

(3)　工事を予定している範囲内に併設している施設が　　□　ある※　　　□　ない

※「ある」場合にお答えください。

　面積按分等を行っているか（補助対象面積確認シートの提出が必要です。）

　　　 　□　はい　　　□　いいえ

(4)　補助対象経費の実支出予定額

1. 円　※見積書（税込）の金額
2. 円　※見積書（税込）の金額

　質問項目は以上です。

【留意事項】

厚生労働省より、給水設備整備事業につきましては、以下の点について留意するよう求められています。（厚労省資料より、一部要約して抜粋）

**抵当権の設定状況について**※１(11) 当該事業所の施設や用地に対する抵当権の設定

　　原則として、当該交付金の補助協議前に抵当権が設定されている場合は、利用者保護の観点から補助対象外です。ただし、設定された抵当権が、独立行政法人福祉医療機構による福祉貸付や協調融資制度のみを利用している場合は補助対象となります。

なお、以下の①及び②の両方に合致する場合等、本市が適当と認める場合についても補助対象とすることがありますので、建物および用地の登記簿謄本を添付のうえ、早めに本市にご相談ください。

1. 既借入金の年間返済予定額が、原則として、直近決算における年間資金収支差額を下回っていること
2. 既借入金の総額が、直近決算における年間収入を超えていないこと