

(参考様式 12-2)  
建築基準法及び都市計画法に関する事項 (通所・入所系サービス※)

年 月 日

(あて先) 札幌市長

申請者 住所  
名称

〔法人にあつては、主たる事務所の所在地並びに  
名称及び代表者の職名並びに氏名〕

介護保険法に基づく下記 1 の指定申請を行う建物については、2、3に記載したとおりです。

記

1. 指定申請に係る項目

事業所所在地	
事業所名称 (予定)	
サービス種類	
指定 (予定) 年月日	年 月 日

2. 用途地域の適合の確認

今回指定申請する事業所は用途地域に適合していることを確認しました	適合 <input type="checkbox"/>
----------------------------------	--------------------------------

3. 一級建築士による申請建物に係る建築基準法の基準の確認

以下のいずれかの場合、建物が建築基準法の基準に適合していることを確認した一級建築士の記名・押印をしてください。

- (1) 改装・改修工事を行う場合で事業所の延床面積が 200 m<sup>2</sup>以内の場合
- (2) 改装・改修工事を行わない場合で建物新築時に完了検査を受けていない場合

建築基準法への適合を確認した一級建築士氏名及び登録番号	
氏名	印
登録番号	

- (1) の場合、現在の基準
- (2) の場合、新築当時の基準

※「通所・入所系サービス」の一覧

(地域密着型) 通所介護、第1号通所事業
(介護予防) 通所リハビリテーション
(介護予防) 短期入所生活介護
(介護予防) 短期入所療養介護
(介護予防) 認知症対応型通所介護
(介護予防) 小規模多機能型居宅介護
看護小規模多機能型居宅介護
(介護予防) 認知症対応型共同生活介護