

令和7年度（2025年度）熊本県サービス付き高齢者向け住宅供給事業者応募用紙

令和 年 月 日

1	事業者の住所・氏名等 (法人にあっては法人名・代表者氏名)	住所：(〒 -) フリガナ 氏名： TEL FAX フリガナ 氏名： TEL FAX
	(代理者がある場合)	
2	敷地の位置（地名地番）	
3	敷地の地目	宅地・田・畑・雑種地・その他（いずれかを○で囲む。）
4	敷地の権原	所有地 ・ 借地等 ※所有地で共有者がいる場合 共有者： 人 承諾： 有 ・ 無 ※借地等の場合 権原の内容： 承諾： 有 ・ 無
5	敷地の用途地域	都市計画区域内（ 地域）・外・市街化調整区域・他
6	敷地の利用制限	制限の内容： 手続き状況：
7	資金計画	主な借入先： 担当者： TEL 協議状況：
8	関係機関への説明 (内容は別添説明書参照)	市町村住宅担当部局： 市町村福祉担当部局： その他
9	事業着手及び入居開始予定時期	令和 年 月頃（入居開始 令和 年 月頃）
10	設計事務所等	担当者： TEL FAX

1 1 高齢者の日常生活に必要な施設の状況

	高齢者の日常生活に必要な施設	
	敷地境界線から500m以内にあるもの	500m超にあるもの
医療施設	記載例 ○○医院（医院）	
高齢者の日常生活に必要な福祉施設	記載例 デイサービスセンター○○（通所介護事業所）	記載例 ○○ステーション（訪問介護事業所） ※この欄に記載される福祉施設に関して、「1 2 添付書類」⑦の書類を添付してください。
高齢者の日常生活に必要な商業施設	記載例 ○○ショッピングセンター（スーパー）	

※施設の名称及び用途（別添2第2の表から選択すること。）を記載してください。

1 2 添付書類

- ①敷地の位置図（S=1/3000 程度、A2程度のA4折、計画敷地（ピンク色）、市町村役場（本庁又は支所）（赤色）、高齢者の日常生活に必要な施設（医療（青色）・福祉（緑色）・商業（オレンジ色））を着色し、計画敷地の境界線から500mの範囲を明示（赤線）すること。市町村役場（本庁又は支所）や福祉施設が同一の位置図に記載できない場合は別途位置図（縮尺不問）を作成して構わない。）
- ②配置図（S=1/100～1/200、A4もしくはA3のA4折、隣接建物等を記入）
- ③平面図（S=1/100～1/200、A4もしくはA3のA4折、寸法・勾配・仕様等を記入）
- ④立面図（S=1/100～1/200、A4もしくはA3のA4折、隣接建物等を記入）
- ⑤面積表（住戸専用面積、共同部分面積が整備基準を満たしていることが確認できるもの）
- ⑥計画地が募集要項第3（7）の区域に該当しないことがわかる資料
- ⑦計画地の現況写真（接道面を含め4面、A4もしくはA3のA4折）
- ⑧高齢者の日常生活に必要な福祉施設を「1 1 高齢者の日常生活に必要な施設の状況」表中右欄（500m超にあるもの）に記載する場合は、当該施設から高齢者の日常生活に必要な福祉サービスの提供を受けることができることを証する書類（※サービス付き高齢者向け住宅を登録される際は、連携又は協力する相手方として登録をしてください。）
- ⑨委任状（本人以外が本書を提出する場合。様式任意）