**児童通所支援事業所　事業計画書**

提出日：　　　　　　年　　　　月　　　　日

下記内容について、法人の意思決定がなされており、事業内容について相違ないことを誓約いたします。

代表者氏名

（記名捺印もしくは直筆署名）

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 担当者名 |  | | |
| 連絡先 | 電話 |  | |
| FAX |  | |
| e-mail |  | |
| 文書送付先住所 | 〒 | | |
| １　設置主体等  (予定の場合はその内容) | 法人名 |  | |
| 所在地 |  | |
| 設立年月日 | 年　　　　月　　　　日 | |
| 代表者名 |  | |
| 代表者職名 |  | |
| 代表者住所 |  | |
| 連絡先 | 電話） | |
| FAX） | |
| e-mail） | |
| ２　事業所名 | ※未定の場合は「未定」または仮称で可 | | |
| ３　事業計画書の提出理由 | □新規指定　　　　　　　□定員の変更（増） | | |
| ４　開設(定員変更)予定時期 | 年　　　月　　　日　　　　　　□上旬　　　□中旬　　　□下旬  ※開設は、意見書交付後、県に開設の申請が受理されてからとなります | | |
| ５　サービス種別 | □児童発達支援  □放課後等デイサービス  　　対象とする児童：□小学生　　□中学生　　□高校生  □保育所等訪問支援 | |
| ６　送迎範囲 | □鞍手町　　□直方市　　□宮若市　　□小竹町  □その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | |
| ７　主たる対象者 | □身体障がい児　　□知的障がい児　　□精神障がい児（発達含む）  □難病等患者　　□重度心身障がい児　　□医療的ケア児 | |
| ８　事業形態 | □単独型　　□多機能型 | |
| ８－１  単独型の場合 | 総利用定員：　　　　　　人／日  営業予定時間：午前・午後　　　　　時から午前・午後　　　　時まで  延長対応：□あり（営業開始前は午前・午後　　　　時から）  (営業終了後は午前・午後　　　　時まで）  　　　　　　　　　□なし  送迎：□あり　　　　□なし | |
| ８－２  多機能型の場合  (どちらか一方にチェック) | □２つの事業を時間や場所を分けて実施する場合  総利用定員：　　　　　　人／日  　　①児童発達支援：定員　　　　　　人／日  営業予定時間：午前・午後　　　　　時から午前・午後　　　　時まで  　　②放課後等デイサービス：定員　　　　　　人／日  営業予定時間：午前・午後　　　　　時から午前・午後　　　　時まで  延長対応：□あり（営業開始前は午前・午後　　　　時から）  （営業終了後は午前・午後　　　　時まで）  送迎：□あり　　　　□なし | |
| □２つの事業を時間や場所を分けずに実施する場合  総利用定員：　　　　　　人／日  　　①児童発達支援：定員平均　　　　　　人／日  ②放課後等デイサービス：定員平均　　　　　　人／日  営業予定時間：午前・午後　　　　　時から午前・午後　　　　時まで  延長対応：□あり（営業開始前は午前・午後　　　　時から）  （営業終了後は午前・午後　　　　時まで）  送迎：□あり　　　　□なし | |
| ９　職員配置 | □管理者  □児童発達支援管理責任者：　　　　人  　　研修受講　　　済　・　未  　　未受講の場合：　　　　　年　　　　月に受講予定  □看護職員　　：常勤　　　　人・　非常勤　　　　人（　　　　　日/週）  □言語聴覚士：常勤　　　　人・　非常勤　　　　人（　　　　　日/週）  □理学療法士：常勤　　　　人・　非常勤　　　　人（　　　　　日/週）  □作業療法士：常勤　　　　人・　非常勤　　　　人（　　　　　日/週）  □保育士　　　　：常勤　　　　人・　非常勤　　　　人（　　　　　日/週）  □児童指導員：常勤　　　　人・　非常勤　　　　人（　　　　　日/週）  **※職員の一月の人員配置一覧（様式は任意）を作成し提出すること**  ①職種が分かるように記載してください。  ②障がい児福祉サービス（入所や居宅サービスも含む）に従事した経験がある場合は、経験年数を記載してください。  ③職員の配置は、想定している人員を仮称（Aさん、Bさん等）で作成し、兼務の状況等が分かるように作成してください。  ④重症心身障がい児、医療的ケア児を対象とする場合、看護師等の配置について記載してください。  ⑤定員変更の場合は、新たに雇用する職員数が分かるように作成してください。 | |
| 10　職員雇用時期 | 年　　　月　　　日　　　　　　□上旬　　　□中旬　　　□下旬 | |
| １１　職員研修計画 | 職員への各種研修計画案（年間）を提出してください  （実施義務のあるもの及び独自研修を含む） | |
| １２　開設予定地区 | □剣北小校区　　□剣南小校区　　□古月小校区　　□西川小校区  □新延小校区　　□室木小校区 | |
| １３　利用者確保の方法 | ①利用者確保の方法を具体的に記入（別紙も可）  ②利用者の見込数  鞍手町の利用者見込数：　　　　　　人/日  他町の利用者見込数：　　　　　　人/日  【根拠】 | |
| １４　支援内容と事業の特色 | 児童福祉法や障害者総合支援法の趣旨、令和６年障害福祉サービス等報酬改定の内容を十分確認のうえ、支援内容を具体的かつ詳細に記載し、別紙にて提出してください（任意様式で可）。 | |
| １５　定員を変更する理由 | 児童福祉法や障害者総合支援法の趣旨、令和６年障害福祉サービス等報酬改定の内容を十分確認の上、定員を変更する理由を具体的かつ詳細に記載し、別紙にて提出してください（任意様式で可）。  ①数字を使用し、具体的に明記してください。  ②現状の利用者の受入れ状況、職員の配置状況等と比較ができるように作成し、提出してください。 | |
| １６　事業費  （別紙提出可） | 【支出】※事業所年度を想定した概算とする  □人件費：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　円/年  □家賃：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　円/年  □その他の支出：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 　円/年  ※その他支出の内容 | |
| 【収入】※当該年度の概算で算出可  □国保連サービス費収入：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 　円/年  国保連サービス費の計算式を記載してください。  例：（サービス単価×利用者指定数×開所日数）＋加算  ※医療的ケア児を受け入れする場合、基本報酬区分や加算が分かるように記載してください。  □その他の収入：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 　円/年  その他の収入の内容 | |
| １７　直近の実施指導  ※法人内の別事業所の内容を含む | □実施指導実施の有無：□有　　□無  □事業所名称（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）  　　文書指摘：□有　　□無　　（□　　　年　　　月改善済　　□未改善）  　　過誤調整：□有　　□無　　（□　　　年　　　月返還済　　□返還中）  □事業所名称（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）  　　文書指摘：□有　　□無　　（□　　　年　　　月改善済　　□未改善）  　　過誤調整：□有　　□無　　（□　　　年　　　月返還済　　□返還中）  ※指定権者より指摘・指導があった場合、その内容が分かるものの写しを提出してください。 | |
| １８　その他特筆すべきサービス | ※食事や入浴の提供等 | |

【別添資料提出チェック欄】

　□　職員配置一覧等（「９　職員配置」関係）

　□　職員研修計画案（「１１　職員研修計画案」関係）

　□　支援内容と事業の特色が分かるもの（「１４　支援の内容と事業の特色」関係）

　□　定員を変更する理由が分かるもの（「１５　定員を変更する理由」関係）

　□　収支一覧表等（「１６　事業費」関係）

※ 事業計画書の提出の際は、事前に電話で来庁の予約を取り、法人の代表者又は管理者（予定でも可）が必ず下記提出先に提出してください。

※ 後日ヒアリング等を行う場合があります。

※ 事前連絡がない、法人の代表者又は管理者でない者が提出の場合、後日再提出になる場合があります。

※ 事業計画書の提出は、町が意見書を発行することを確約するものではありません。

※ 意見書の発送を持って、通知にかえさせていただきます。

【提出先】

　鞍手町役場　福祉人権課 福祉人権係

　〒807-1３９２　鞍手町大字小牧2080番地2

　電話： ０９４９－42－２１16

　FAX： ０９４９－42－5693

　e-mail： fukusi@town.kurate.lg.jp