（地域密着型 通所介護用 介護予防含む）　　　　　　　　　　　　　　　　（様式２－３）

事業計画書

平成　　　年　　　月　　　日

１．運営法人について

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 法人名 |  | | | |
| 所在地 | （〒　　　－　　　　） | | | |
| 代表者名 | 印 | | | |
| 連絡先 | 電　　話： | | | |
| ファクス： | | | |
| メール　： | | | |
| 設立年月日 |  | | | |
| 書類作成担当者 | 氏名 | | 連絡先 | |
| 法人の理念 |  | | | |
| 運営事業 |  | | | |
| 既に運営している  介護保険事業 | 事業所名 | サービスの種類 | | 所在地 |
|  |  | |  |
|  |  | |  |
|  |  | |  |
|  |  | |  |
|  |  | |  |

２．事業について

|  |  |
| --- | --- |
| 事業所の名称 |  |
| 事業所の所在地 | （〒　　　－　　　　） |
| 開設予定年月 | 平成　　　　　年　　　　　月 |
| 利用者確保の  見込み・計画 |  |
| 事業所の運営方針  （地域密着型サービスであるため、地域での役割についても併せて記述してください。） |  |
| 利用者の要介護状態の  軽減等への取り組み |  |
| 認知症ケアに対する  考え方 |  |
| 事故防止に対する  取り組み |  |
| 苦情処理について |  |
| 身体拘束廃止に向けての  取り組み |  |
| 感染症・衛生管理対策に  対する取り組み |  |

３．施設等

※土地建物が賃貸予定である場合、賃貸借契約書の写しを提出してください。事業を行えるような契約内容か確認します。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 新築・改築の別 | □　新築　　　着工　　平成　　　　年　　　　月　　　　日  　　　　　　　完成　　平成　　　　年　　　　月　　　　日　予定 | | |
| □　改築（□ 既に自己所有　　□ 購入・賃借予定） | | |
| 構造 | （　　　　　　）造　　（　　　）階建  □ 耐火建築　　　□ 準耐火建築　　　□ （　　　　　　　） | | |
| 建設費 | 円 | | |
| 延床面積 | ㎡ | ※併設施設がある場合  当該施設の占有面積　　　　　　　　　㎡ | |
| 併設施設 | □　無　　　□　有 | 施設名 | |
| 該当地選定理由 |  | | |
| 所在地及び面積 | 地番 | 地目 | 面積（㎡） |
| ① |  |  |
| ② |  |  |
| ③ |  |  |
| ④ |  |  |
| ⑤ |  |  |
| 土地権利 | ①　□ 自己所有　　□ 購入予定　　□ 賃借予定（期間　　　年間） | | |
| ②　□ 自己所有　　□ 購入予定　　□ 賃借予定（期間　　　年間） | | |
| ③　□ 自己所有　　□ 購入予定　　□ 賃借予定（期間　　　年間） | | |
| ④　□ 自己所有　　□ 購入予定　　□ 賃借予定（期間　　　年間） | | |
| ⑤　□ 自己所有　　□ 購入予定　　□ 賃借予定（期間　　　年間） | | |
| 抵当権等 | ①　□ なし　　□ あり（解除見込 ： □ なし　　□ あり） | | |
| ②　□ なし　　□ あり（解除見込 ： □ なし　　□ あり） | | |
| ③　□ なし　　□ あり（解除見込 ： □ なし　　□ あり） | | |
| ④　□ なし　　□ あり（解除見込 ： □ なし　　□ あり） | | |
| ⑤　□ なし　　□ あり（解除見込 ： □ なし　　□ あり） | | |
| 都市計画法関係 | □ 市街化区域　　□ 市街化調整区域　　□ 非線引き区域 | | |
| 市建築指導課との事前相談・協議  □ 済み（　　　月　　　日）　　□ 未協議  市建築指導課の回答・意見 | | |
| 農地法 | □ 非該当  □ 該　当（市農業委員会との事前相談・協議  　　　　　□ 済み（　　　月　　　日）　　　□ 未協議  市農業委員会の回答・意見  ※農地転用の見込み　　平成　　　年　　　月ごろ予定 | | |
| 消防設備等 | 市消防署との事前相談・協議  □ 済み（　　　月　　　日）　　　□ 未協議  市消防署の回答・意見  整備する消防設備等 | | |
| 用途地域指定 | □ あり （　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）  □ なし | | |
| 周辺の環境等 | ライフラインについて  ・電　気　　□ 支障なし　　□ 支障あり（　　　　　　　　　　）  ・ガ　ス　　□ 支障なし　　□ 支障あり（　　　　　　　　　　）  ・上水道　　□ 支障なし　　□ 支障あり（　　　　　　　　　　）  ・排水関係　□ 支障なし　　□ 支障あり（　　　　　　　　　　） | | |
| その他の周辺の環境  □ 支障なし  □ 支障あり | | |
| 主な設備基準 | 食堂及び機能訓練室の  合計面積  （利用定員×３㎡） | ㎡ | |
| □ 相談室は遮蔽物の設置等により相談内容が漏えいしないよう配慮 | | |
| □ 静養室、事務室、消火設備その他の非常災害に際して必要な設備 | | |
| 送迎車両用の  駐車スペース | 台分 | |
| その他サービス提供に必要な設備及び備品（主なものを以下に記入） | | |

４．定員、単位、人員について

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 利用人数 | １単位目  　　　定員　　　　　名 | ２単位目（ □ 無　　□ 有）  　　　　　　　　定員　　　 　名 |
| ３単位目（ □ 無　　□ 有）  　　　　　　　　定員　　 　　名 |
| 同時にサービスを受けることのできる利用者数の上限  名 | | |
| 管理者 | ※未定の場合は記載不要です  氏名： | |
| 生活相談員 | □ 常勤　　□ 非常勤  氏名：  保有資格： | |
| □ 常勤　　□ 非常勤  氏名：  保有資格： | |
| 看護職員 | □ 常勤　　□ 非常勤  氏名：  保有資格： | |
| □ 常勤　　□ 非常勤  氏名：  保有資格： | |
| 機能訓練指導員 | □ 常勤　　□ 非常勤  氏名：  保有資格： | |
| □ 常勤　　□ 非常勤  氏名：  保有資格： | |
| 介護職員 | □ 常勤　　□ 非常勤  氏名：  保有資格： | |
| □ 常勤　　□ 非常勤  氏名：  保有資格： | |
| □ 常勤　　□ 非常勤  氏名：  保有資格： | |
| □ 常勤　　□ 非常勤  氏名：  保有資格： | |
| □ 常勤　　□ 非常勤  氏名：  保有資格： | |
| ※兼務である場合はどちらの欄にも記入してください。また上記に無い職種（栄養職員、歯科職員など）の配置を予定している場合は以下に記入してください。 | | |

５．利用料について

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 食事の提供に要する費用 | | 円 | |
| その他の  日常生活費等 | 項目 | 金額 | 算定根拠等 |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

６．その他

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 周辺地区  近隣住民等への説明 | □ 説明済み   |  |  | | --- | --- | | 対象 | 日時、場所 | |  |  | |  |  | |  |  | |  |  | |  |  |   ※同意の確認文書が □ ある　　□ ない  □ 説明予定  　おおむね　　　　年　　　　月ごろには行う予定 |
| 地域との交流について |  |