

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
6 送迎範囲	☐ 宮若市 ☐ 直方市 ☐ 鞍手町 ☐ 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 ____時から午後 ____時まで 延長対応： ☐ あり(営業開始前は午前 ____時から) (営業終了後は午後 ____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 ____時から) (営業終了後は午後 ____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 延長対応： ☐ あり(営業開始前は午前 ____時から) (営業終了後は午後 ____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	☐光陵小校区　☐宮田北小校区　☐宮田南小校区 ☐宮若西小校区
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 宮若市の利用者見込数：____人/日 他市の利用者見込数：____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上、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 <u>数字を使用し、具体的に明記してください。</u> 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、市が意見書を発行することを確認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】

宮若市 健康福祉課障がい者福祉係
〒823-0011 宮若市宮田29番地1
電話：0949-32-0541
FAX：0949-32-9430
e-mail：shogai@city.miyawaka.lg.jp.