**児童通所支援事業所　事業計画書（令和７年度）**

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 |  |
| メールアドレス |  |
| 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 |  |
| 代表者名 |  |
| 代表者職名 |  |
| 代表者住所 |  |
| 連絡先 | (電話) |
| (FAX) |
| (メール) |
| ２　事業所名 | （※未定の場合は空白又は仮称で可） | |
| 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  ※下記実施要件の、どちらか又は両方にチェックをして下さい。  □①医療的ケアを要する児童の受入れが可能  □②言語聴覚士、作業療法士等の専門職を配置する | |
| □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  ※下記実施要件の２以上にチェックをして下さい。  　□①医療的ケアを要する児童の受入れが可能  　□②強度行動障害を支援の対象とする  　□③言語聴覚士、作業療法士等の専門職を配置する | |
| □保育所等訪問 | |
| ６　送迎範囲 | □春日市　□大野城市　□筑紫野市　□太宰府市　□那珂川市  □福岡市南区　□福岡市博多区　□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（発達障がいを含む）  □難病等患者　　　□重度心身障がい児　　□医療等ケア児 | |
| 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下さい。  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下さい。  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下さい。  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下さい。  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下さい。 | |
| 10　職員雇用  予定時期 | 年　　　　月　□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）を提出して下さい  （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 | □春日小校区　□春日北小学校区　□春日東小校区　□春日原小学校区　□春日西小学校区　□須玖小校区　□春日南小校区　□大谷小学校区　□天神山小学校区　□春日野小学校区　□日の出小学校区　□白水小学校区 | |
| 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  春日市の利用者見込数：　　　　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（任意様式） | 児童福祉法や障害者総合支援法の趣旨、令和６年４月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、別紙にて提出して下さい。  特に医療的ケア児の受入れについての体制整備等について、具体的に記載して下さい。 | |
| 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４月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、別紙にて提出して下さい（任意様式で可）。①数字を使用し、具体的に明記すること  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、提出して下さい。 | |
| 16　事業費  （別紙提出可） | 【支出】※事業初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下さい。  例：（サービス単価×利用者推定数×開所日数）＋加算  ※医療的ケア児を受入する場合、基本報酬区分や加算が分かるよう記載して下さい。  □ その他の収入：　　　　　　　　　　　　　　　　　円／年  その他の収入の内容 | |
| 17　直近の実地指導  ※法人内の別事業所の内容を含む | □ 実地指導実施の有無：□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下さい。 | |
| 22　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）

【注意事項】

1. 事業計画書の提出は、郵送のみ受け付けます（消印有効）。
2. 提出書類の確認後、必要に応じヒアリング等を行う場合があります。
3. 事業計画書の提出は、市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。物件や雇用に関する契約については責任を負いかねますので、慎重に検討してください。
4. 本件に要する費用の一切は、すべて申請者の負担とします。
5. 提出された事業計画書等の返却は行いません。
6. 意見書の発送を持って通知にかえさせていただきます。
7. 認可権者である福岡県から市に問い合わせ等があった場合、必要に応じ事業計画書の内容を元に県に対し回答を行います。

【提出先】

春日市地域共生部　福祉支援課　障がい福祉担当

　〒816－8501　春日市原町３丁目１番地５

　TEL：092－584－1111（直通）

　FAX：092－584－1154

　メールアドレス：fukushi@city.kasuga.fukuoka.jp