

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		
	F A X		
	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)	
		(F A X)	
(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

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。 <u>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。</u>
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<u>数字を使用し、具体的に明記すること</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 直近の实地指導 ※法人内の別事業所の内容を含む	☐ 实地指導実施の有無：☐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認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