

児童通所支援事業所 事業計画書（令和8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	<input type="checkbox"/> 新規指定 <input type="checkbox"/> 定員の変更(増)	
4 開設(定員変更)予定時期	年 月 日 <input type="checkbox"/> 上旬 <input type="checkbox"/> 中旬 <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 児童発達支援
	<input type="checkbox"/> 放課後等デイサービス 対象とする児童： <input type="checkbox"/> 小学生 <input type="checkbox"/> 中学生 <input type="checkbox"/> 高校生 ※下記実施要件をすべて満たして下さい。 <input type="checkbox"/> ①福岡県立福岡つくし特別支援学校への送迎が可能 <input type="checkbox"/> ②強度行動障害を支援の対象とする <input type="checkbox"/> ③言語聴覚士、作業療法士等の専門職を配置し、生活能力の向上のために必要な訓練、社会との交流の促進に必要な訓練が可能
	<input type="checkbox"/> 保育所等訪問
6 送迎範囲	<input type="checkbox"/> 春日市 <input type="checkbox"/> 大野城市 <input type="checkbox"/> 筑紫野市 <input type="checkbox"/> 太宰府市 <input type="checkbox"/> 那珂川市 <input type="checkbox"/> 福岡市南区 <input type="checkbox"/> 福岡市博多区 <input type="checkbox"/> 福岡つくし特別支援学校 <input type="checkbox"/> その他（ ）
7 主たる対象者	<input type="checkbox"/> 身体障がい児 <input type="checkbox"/> 知的障がい児 <input type="checkbox"/> 精神障がい児（発達障がいを含む） <input type="checkbox"/> 難病等患者 <input type="checkbox"/> 重度心身障がい児 <input type="checkbox"/> 医療等ケア児
8 事業形態	<input type="checkbox"/> 単独型 <input type="checkbox"/> 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： <input type="checkbox"/> あり（営業開始前は午前 時から） （営業終了後は午後 時まで） <input type="checkbox"/> なし 送迎： <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
8-2 多機能型の場合 （どちらか一方にチェック）	<input type="checkbox"/> 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： <input type="checkbox"/> 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： <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし

<p>13 利用者確保の方法</p>	<p>①利用者確保の方法を具体的に記入（別紙も可）</p> <p>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】</p>
<p>14 支援内容と事業の特色（任意様式）</p>	<p>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。</p> <p><u>特に強度行動障害への支援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></p>
<p>15 定員を変更する理由</p>	<p>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）。</p> <p>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。</p>
<p>16 事業費 （別紙提出可）</p>	<p>【支出】※事業初年度を想定した概算とする</p> <p><input type="checkbox"/> 人件費：_____円／年 <input type="checkbox"/> 家賃：_____円／年 <input type="checkbox"/> その他の支出：_____円／年</p> <p>※その他支出の内容</p>

	<p>【収入】※当該年度の概算で算出可</p> <p><input type="checkbox"/> 国保連サービス費収入：_____円／年</p> <p>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。</p> <p><input type="checkbox"/> その他の収入：_____円／年 その他の収入の内容</p>
<p>17 直近の实地指導 ※法人内の別事業所の内容を含む</p>	<p><input type="checkbox"/> 实地指導実施の有無：<input type="checkbox"/>有 <input type="checkbox"/>無</p> <p><input type="checkbox"/> 事業所名称 () 文書指摘：<input type="checkbox"/>有 <input type="checkbox"/>無 (<input type="checkbox"/> 年 月改善済 <input type="checkbox"/>未改善) 過誤調整：<input type="checkbox"/>有 <input type="checkbox"/>無 (<input type="checkbox"/> 年 月返還済 <input type="checkbox"/>返還中)</p> <p><input type="checkbox"/> 事業所名称 () 文書指摘：<input type="checkbox"/>有 <input type="checkbox"/>無 (<input type="checkbox"/> 年 月改善済 <input type="checkbox"/>未改善) 過誤調整：<input type="checkbox"/>有 <input type="checkbox"/>無 (<input type="checkbox"/> 年 月返還済 <input type="checkbox"/>返還中)</p> <p>※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。</p>
<p>18 その他特筆すべきサービス</p>	<p>※食事や入浴の提供等</p>

【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（必着）。
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