

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	
	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 <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"/> 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"/> 医療的ケア児
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
	<input type="checkbox"/> 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： <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>9 職員配置</p>	<p> <input type="checkbox"/> 管理者 <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 看護職員：常勤____人・ 非常勤____人（ ____日/週 ） <input type="checkbox"/> 言語聴覚士：常勤____人・ 非常勤____人（ ____日/週 ） <input type="checkbox"/> 理学療法士：常勤____人・ 非常勤____人（ ____日/週 ） <input type="checkbox"/> 作業療法士：常勤____人・ 非常勤____人（ ____日/週 ） <input type="checkbox"/> 保育士：常勤____人・ 非常勤____人（ ____日/週 ） <input type="checkbox"/> 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。 </p>
<p>10 職員雇用時期</p>	<p>_____年 _____月 <input type="checkbox"/>上旬 <input type="checkbox"/>中旬 <input type="checkbox"/>下旬</p>
<p>11 職員研修計画</p>	<p>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）</p>
<p>12 開設予定地区</p>	<p> <input type="checkbox"/>春日小校区 <input type="checkbox"/>春日北小学校区 <input type="checkbox"/>春日東小校区 <input type="checkbox"/>春日原小学校区 <input type="checkbox"/>春日西小学校区 <input type="checkbox"/>須玖小校区 <input type="checkbox"/>春日南小校区 <input type="checkbox"/>大谷小学校区 <input type="checkbox"/>天神山小学校区 <input type="checkbox"/>春日野小学校区 <input type="checkbox"/>日の出小学校区 <input type="checkbox"/>白水小学校区 </p>
<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） 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>

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（任意様式で可）。
15 定員を変更する理由	<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数字を使用し、具体的に明記すること</p> <p>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>
16 事業費 (別紙提出可)	<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</p> <p><input type="checkbox"/> 家賃： _____ 円／年</p> <p><input type="checkbox"/> その他の支出： _____ 円／年</p> <p>※その他支出の内容</p> <hr style="border-top: 1px dashed black;"/> <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。</p> <p>例：(サービス単価×利用者推定数×開所日数) + 加算</p> <p>※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</p> <p>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 <input type="checkbox"/>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 <input type="checkbox"/>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 <input type="checkbox"/>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 <input type="checkbox"/>月返還済 <input type="checkbox"/>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。</p>
<p>22 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）

※ 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約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】

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

電話：092-584-1111

FAX：092-584-1154

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