（様式第２号）

事業計画書（共通事項）

１．概要

|  |  |
| --- | --- |
| サービスの種類 | ①定期巡回・随時対応型訪問介護看護　　　　　　　（　　　）②小規模多機能型居宅介護（介護予防含む）　　　　（　　　）③認知症対応型共同生活介護（介護予防含む）　　　（　　　）④地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護　　　（　　　）　※短期入所生活介護併設⑤地域密着型特定施設入居者生活介護　　　　　　　（　　　）（介護付き有料老人ホーム） |
| 設置予定地 | 筑紫野市 |
| 整備形態 | 新設　　　・　　　改修　　　・　　　増築 |
| 補助希望の有無 | 希望する　　　・　　　希望しない |

２．法人について

|  |  |
| --- | --- |
| 法人名 |  |
| 代表者名 |  |
| 所在地 |  |
| 法人形態 | 社会福祉法人 ・ 医療法人 ・ 株式会社 ・ その他（　　　　　　　　） |
| 設立年月日 |  |
| 電話・FAX | 電話（　　　　　　　　　　　　） | FAX（　　　　　　　　　　　　） |
| 電子メール |  |
| 運営事業 |  |
| 運営している介護保険事業所 | 事業所名 | サービスの種類 | 所在地 |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

３．事業者（法人）の経営理念・基本方針

|  |
| --- |
|  |

４．事業参入の動機（応募理由）

|  |
| --- |
|  |

５．設置予定地

|  |
| --- |
| （１）所在地及び面積 |
| 所在地 | 地目 | 面積（㎡） |
|  |  |  |
| （２）土地権利関係（予定を含む） |
| 自己所有 ・ 取得予定（方法：　　　） ・ 賃借予定（期間　　年間） |
| （３）抵当権等の設定状況 |
| なし ・ あり（解除見込時期：　年　月頃、設定目的： 本事業 ・ その他 ） |
| （４）周囲の状況 |
| 最寄り駅 |  |
| 接続する道路 | 敷地　　　　　側に　　　　　ｍ幅の（国・県・市）道 |
| ライフライン | □電気　□ガス　□上水道　□排水関係（問題なければ□にチェック印記入） |
| 公共施設･公園･店舗等 |  |
| （５）予定地選定理由 |
|  |

６．建物・設備

|  |
| --- |
| （１）建物の形態・構造等 |
| 建物権利関係 | 法人所有　・　賃借　・　その他（　　　　　　　　　　　　　） |
| 建物構造 | （　　　　　）造　（　　）階建耐火建築　・　準耐火建築　・　その他（　　　　　　） |
| 建築面積 | （　　　　　　　　　㎡） |
| 延床面積 | （　　　　　　　　　㎡） |
| （２）建物・配置（併設の場合の各事業の配置場所及び床面積） |
|  |
| （３）設備 |
|  |
| （４）安全性や環境面で工夫、配慮する点 |
|  |
| （５）その他の特色 |
|  |

※複数サービス（併設）による整備を希望する場合は、２種類目以降の共通事項の提出は不要です。

事業計画書（各サービス）

７．サービスの概要

|  |  |
| --- | --- |
| サービスの種類 |  |
| 名称（仮称） |  |
| 定　員 | 　　　　　人 | （小規模多機能型居宅介護：通い　　人、泊まり　　人） |
| 開設予定年月日 | 令和　　　年　　　月　　　日 |
| 通常の事業の実施地域 | ※定期巡回・随時対応型訪問介護看護、小規模多機能型居宅介護の場合 |

８．事業運営等

|  |
| --- |
| （１）事業の目的、目指している事業のあり方 |
|  |
| （２）日常生活上の支援の特色 |
|  |
| （３）利用者・家族への情報提供 |
|  |
| （４）相談・苦情処理の体制 |
|  |
| （５）スタッフの確保・配置・待遇 |
|  |
| （６）スタッフへの研修計画・生産性の向上に資する取組 |
|  |
| （７）利用者の尊厳確保・虐待防止 |
|  |
| （８）事故防止・衛生管理・業務継続計画 |
|  |
| （９）協力病院・協力医療機関との連携　　※定期巡回・随時対応型訪問介護看護は記載不要 |
|  |
| （１０）その他の特色 |
|  |

９．地域との連携・理解

|  |
| --- |
| （１）家族・地域との連携・交流に関する取組み　※定期巡回・随時対応型訪問介護看護は記載不要 |
|  |
| （２）運営推進会議、介護医療連携推進会議　※地域の特性やニーズに対する取組み |
|  |
| （３）地域包括ケアシステムの一員としての取組み |
|  |

１０．利用者が負担する費用

※サービスごとに該当する項目のみ記入してください

|  |
| --- |
| （１）利用者が負担する１ヶ月当たりの費用について |
| **月額** | 　　　　　　　円 |
| ※１か月を30日として、介護保険給付サービスの自己負担（１割から３割）を除く |
| （内訳） |
| **食費**（１日あたり） |
| 朝食　　　　　円 | 昼食　　　　　円 | 夕食　　　　　円 | おやつ　　　　　円 |
| **その他** |
|  |
| （２）宿泊費　※小規模多機能型居宅介護の応募の場合に記載 |
| **一泊** | 　　　　　　　円 |