**事業実施計画書**

年　　　月　　　日

申請者（法人名）：

担当者名：

事業所名：

実施予定事業：

電話番号：

ＦＡＸ番号：

メールアドレス：

**１　動機・設立の目的・療育内容**

|  |  |
| --- | --- |
| 事業開設の動機 |  |
| 障がい福祉サービスについて貴法人の考え |  |
| 特色  （具体的なサービス内容、ねらい等） |  |
| 従業者の能力向上に向けた取り組み |  |

**２　運営主体（申請者）**

|  |  |
| --- | --- |
| 法人名称 |  |
| 法人所在地 |  |
| 電話番号 |  |
| 定款  ※手続き中の場合、認可予定日を記載 | 申請に係る事業を実施する旨の記載（　　有　　・　　手続中　　・　　無　　）  ※手続中の場合  認可予定日：　　　　　　年　　　　月　　　　日 |

**３　指定を受けようとする事業所等の概要**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 区分 | 新規指定　　　・　　　事業の追加 | |
| 事業所名称 |  | |
| 事業所所在地 |  | |
| サービスの種類及び利用定員  ※新規指定以外の場合、現行の状況についても記載すること。 | 【新規】  （サービス種類）　　　　（定員） | 【現行】  （サービス種類）　　　　（定員） |
| 開始予定  年月日 | 年　　　　　月　　　　　日 | |

**４　提供するサービスの内容**

（１）事業所の営業時間

|  |
| --- |
| ：　　　　～　　　　： |

（２）利用者へのサービス提供時間

|  |
| --- |
| ：　　　　～　　　　： |

（３）利用者の標準的な１日の流れと具体的な支援の内容

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 時　　間 | スケジュール | 支援・作業の内容等 |
|  |  |  |

（４）通常の事業の実施地域

|  |
| --- |
|  |

**５　事業の必要性**

※地域の事業ニーズ、近隣の他のサービス事業所の状況等を記載すること。

|  |
| --- |
|  |

**６　市町村との協議状況**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 説明年月日 | |  |
| 説　明　者 | 所　属 |  |
| 職・氏名 |  |
| 説明の相手方 | 市町村名 |  |
| 担当課名 |  |
| 職・氏名 |  |
| 【市町村の意見、指導・助言等】  （※生活介護、就労継続支援A型、就労継続支援B型サービスについては、必ず「障がい福祉計画に定める整備予定（指定枠）」の残数を確認すること。） | | |

**７　職員体制**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 職　　種 | 氏　　名 | 資格、実務経験について |
| 管理者 |  | ★資格  ★実務経験について |
| サービス管理（提供）責任者 |  | ★資格  ★実務経験について |
| その他従業員（職種についても記載すること） |  |  |

**８　事業所の状況**

（１）土地 自己所有（　購入済　・　今後購入　）／賃貸（賃借料　　　　　円）

（２）建物 自己所有（　購入済　・　今後購入　）／賃貸（賃借料　　　　　円）

既存建物（改築　要　・　不要　）／新築（　　　　　年　　　月整備完了予定）

**９　生産活動に係る事業収支見込（就労継続支援A型、B型のみ）**

※就労継続支援A型については、生産活動に係る事業の収入（就労支援事業収益）から生産活動に係る事業に必要な経費（就労支援事業活動経費）を控除した額により利用者に対する最低賃金を支払うことができる事業計画となっているか。

※就労継続支援B型については、生産活動に係る事業の収入から生産活動に係る事業に必要な経費を控除した金額を工賃として利用者に支払うにあたり、利用者それぞれに対し支払われる一月あたりの工賃の平均額は３千円を下回らない事業計画となっているか。

|  |
| --- |
| ○生産活動収入が見込まれる事業の内容、規模、継続性、収益性　等  　（※特に就労継続支援A型については、利用定員数の利用者のサービス提供に充分な  規模の生産活動が見込まれているか） |

※就労継続Ａ型事業所については、業務請負（予定）先一覧、収支見込計算書も併せて提出してください。