

郡山市指定障害福祉サービス事業者等の指定申請等に係る事前協議事務取扱要領

平成28年 1 月 15 日 制定

平成30年 4 月 1 日 改正

平成31年 3 月 22 日 改正

[保健福祉部障がい福祉課]

(趣旨)

第 1 条 この要領は、障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律（平成17年法律第 123 号。以下「総合支援法」という。）第29条第 1 項に規定する指定障害福祉サービス事業者若しくは指定障害者支援施設、第51条の14第 1 項に規定する指定一般相談支援事業者又は第51条の17第 1 項に規定する指定特定相談支援事業者及び児童福祉法（昭和22年法律第 164 号）第21条の 5 の 3 第 1 項に規定する指定障害児通所支援事業者並びに第24条の26第 1 項に規定する指定障害児相談支援事業者（以下「指定障害福祉サービス事業者等」という。）の指定を受けようとする者と市との事前協議における事業計画書の取扱い及び内容等について必要な事項を定めることにより、円滑な指定及び指定変更（以下「指定等」という。）を行うことを目的とする。

(事業計画書)

第 2 条 指定障害福祉サービス事業者等の指定等を受けようとする者（以下「事業者」という。）は、指定等の申請を行う前に郡山市長（以下「市長」という。）に指定等を受けようとする事業の種別に応じて別表に定める事業計画書を提出するものとする。

- 2 市長は、前項の事業計画書の内容について、事業者に必要な書類の提出を求めるとともに、必要と認められる事項について聴取するものとする。
- 3 市長は、事業者に対して、事業計画書の内容と郡山市障がい者福祉プラン及び関係法令の内容の整合性が具備するよう助言することができるものとする。

(事業計画書を提出する対象者)

第 3 条 事業計画書を提出する者は、次の各号に定める者とする。

- (1) 総合支援法第36条第 1 項に規定する指定障害福祉サービス事業者の指定を受けようとする者
- (2) 総合支援法第37条第 1 項に規定する指定障害福祉サービス事業者の指定の変更を受けようとする者
- (3) 総合支援法第38条第 1 項に規定する指定障害者支援施設の指定を受けようとする者
- (4) 総合支援法第39条第 1 項に規定する指定障害者支援施設の指定の変更を受けようとする者
- (5) 総合支援法第51条の19第 1 項に規定する指定一般相談支援事業者の指定を受けようとする者
- (6) 総合支援法第51条の20第 1 項に規定する指定特定相談支援事業者の指定を受けようとする者
- (7) 児童福祉法第21条の 5 の15第 1 項に規定する指定障害児通所支援事業者の指定を受けようとする者
- (8) 児童福祉法第21条の 5 の20第 1 項に規定する指定障害児通所支援事業者の指定の変更を受

けようとする者

(9) 児童福祉法第24条の28第1項に規定する指定障害児相談支援事業者の指定を受けようとする者

(事業計画書の提出)

第4条 事業計画書の提出は、法人の代表者又は管理者が持参するものとする。

2 事業者は、事業計画書に次に掲げる書類を添付し提出するものとする。

(1) 決算書

(2) 収支予算書

(3) 建物の平面図

(4) 案内図

(5) 勤務形態一覧

(6) その他必要と認める書類

(その他)

第5条 この要領で定めるもののほか、必要な事項は、市長が定める。

別表

指定を受けようとする事業の種別	事業計画書
居宅介護、重度訪問介護、同行援護、行動援護	指定障害福祉サービス事業者等事業計画書 (第1号様式)
療養介護、生活介護、短期入所、重度障害者等包括支援、自立訓練(機能訓練・生活訓練)、宿泊型自立訓練、就労移行支援、就労継続支援A型、就労継続支援B型、就労定着支援、自立生活援助、共同生活援助、施設入所支援	指定障害福祉サービス事業者等事業計画書 (第2号様式)
児童発達支援、医療型児童発達支援、放課後等デイサービス、居宅訪問型児童発達支援、保育所等訪問支援	指定障害福祉サービス事業者等事業計画書 (第3号様式)
一般相談支援、特定相談支援、障害児相談支援	指定障害福祉サービス事業者等事業計画書 (第4号様式)

附 則

この要領は、平成28年1月15日から適用する。

附 則

(施行期日)

1 この要領は、平成30年4月1日から適用する。

附 則

(施行期日)

1 この要領は、平成31年4月1日から施行する。

(経過措置)

2 この要領の施行の際現に改正前の郡山市指定障害福祉サービス事業者等の指定申請等に係る

事前協議事務取扱要領の規定に基づき提出された協議書は、改正後の郡山市指定障害福祉サービス事業者等の指定申請等に係る事前協議事務取扱要領の相当規定に基づき提出された協議書とみなす。

- 3 この要領の施行の際現に改正前の様式の規定により作成されている用紙は、当分の間、所要の調整をして使用することができる。

指定障害福祉サービス事業者等事業計画書

提出日：平成 年 月 日

1 設置主体等	法人名	
	所在地	
	設立年月日	
	定款又は 条例の根拠	条 項 号
	代表者名	
	代表者職名	
	連絡先	(電話) (Fax) (メール)
担当者名		
2 事業所名	(※仮称でも可)	
3 開設(予定)時期	平成 年 月 日 <input type="checkbox"/> 上旬 <input type="checkbox"/> 中旬 <input type="checkbox"/> 下旬	
4 サービス種別	<input type="checkbox"/> 居宅介護 <input type="checkbox"/> 重度訪問介護 <input type="checkbox"/> 同行援護 <input type="checkbox"/> 行動援護 <input type="checkbox"/> 共生型(居宅介護・重度訪問介護)	
5 主たる対象者	<input type="checkbox"/> 身体障がい者 <input type="checkbox"/> 知的障がい者 <input type="checkbox"/> 精神障がい者 <input type="checkbox"/> 難病等患者	
6 事業コンセプト		
7 職員配置	<input type="checkbox"/> 管理者(他の職種との兼務: <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無) 兼務する場合の兼務職名()	
	<input type="checkbox"/> サービス提供責任者: 人 サービス提供責任者の資格名()	
	<input type="checkbox"/> 従業者: 人 従業者の資格名() ※ 兼務の職員については、ある月の勤務形態一覧を、想定している人員を「Aさん」、「Bさん」というように記載することにより作成し、持参してください。	
8 職員雇用時期	平成 年 月 日 <input type="checkbox"/> 上旬 <input type="checkbox"/> 中旬 <input type="checkbox"/> 下旬 <input type="checkbox"/> 雇用済	
9 介護保険事業の実施	<input type="checkbox"/> 有り <input type="checkbox"/> 無し (サービス名称:)	
10 開設予定地	住所：郡山市 地目： 現況： 地積： m ² 区域区分： <input type="checkbox"/> 市街化区域 <input type="checkbox"/> 市街化調整区域	

11 建物の取得方法	<input type="checkbox"/> 賃貸 <input type="checkbox"/> 新築又は法人で取得後改修
12 建築物の種類	<input type="checkbox"/> 耐火建築物 <input type="checkbox"/> 準耐火建築物
13 建物の詳細	<input type="checkbox"/> 建築物の構造： <input type="checkbox"/> 階数： 階建ての 階 <input type="checkbox"/> 主要用途： <input type="checkbox"/> 建物(サービスで利用部分)面積：
14 図面について ※①建物の図面②開設地を含む周辺の住宅地図を添付すること	<ul style="list-style-type: none"> ・各部屋の名称を記入(基準のとおり) ・併設する施設・事業所がある場合図面を添付 ・トイレの数、男女の別、バリアフリー等を明記 ・縮尺 1 / 100程度※見やすければ可 ・各部屋の面積を相談図面に記載してください。
15 利用者確保の方法	利用者確保の方法を具体的に記入
16 支援内容と事業の特色	
17 資産状況	<input type="checkbox"/> 流動資産の合計 円
	<input type="checkbox"/> 固定資産の合計 円
	<input type="checkbox"/> 流動負債の合計 円
	<input type="checkbox"/> 固定負債の合計 円
	<input type="checkbox"/> 差引純資産 円
18 事業費	【支出】※当該年度の概算で算出可
	<input type="checkbox"/> 人件費 円
	<input type="checkbox"/> 家賃 円
	<input type="checkbox"/> その他 円
	※その他の内容

	<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</p> <p><input type="checkbox"/> その他 円</p> <p>※その他の内容</p> <p>※国保連サービス費の計算式 (例) (サービス単価×利用者推定数×開所日数) + 加算</p>
<p>19 算定を予定している加算名称・単価</p>	
<p>20 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 ()</p> <p>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)</p> <p>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 ()</p> <p>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)</p> <p>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 ()</p> <p>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)</p> <p>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 ()</p> <p>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)</p> <p>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>21 その他サービス</p>	

上記内容について、法人の意思決定がなされており、現状と相違ないことを誓約いたします。

法人名
代表者職・氏名

印

- ※ 貴法人で作成した資料等があれば添付してください。
- ※ 事業計画書の提出の際は、事前に電話で予約を取り、法人の代表者又は管理者(予定でも可)が必ず障がい福祉課管理係に提出してください。
- ※ 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、後日再提出になることがあります。

指定障害福祉サービス事業者等事業計画書

提出日：平成 年 月 日

1 設置主体等	法人名	
	所在地	
	設立年月日	
	定款又は 条例の根拠	条 項 号
	代表者名	
	代表者職名	
	連絡先	(電話) (Fax) (メール)
担当者名		
2 事業所名	(※仮称でも可)	
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	
4 開設(予定)時期	平成 年 月 日 <input type="checkbox"/> 上旬 <input type="checkbox"/> 中旬 <input type="checkbox"/> 下旬	
5 サービス種別	<input type="checkbox"/> 療養介護 <input type="checkbox"/> 生活介護 <input type="checkbox"/> 短期入所(□単独型□併設型□空床型) <input type="checkbox"/> 重度障害者等包括支援 <input type="checkbox"/> 自立訓練(□機能訓練□生活訓練□宿泊型) <input type="checkbox"/> 就労移行支援 <input type="checkbox"/> 就労継続支援A型 <input type="checkbox"/> 就労継続支援B型 <input type="checkbox"/> 就労定着支援 <input type="checkbox"/> 自立生活援助 <input type="checkbox"/> 共同生活援助(□介護サービス包括型 □日中サービス支援型 <input type="checkbox"/> 外部サービス利用型) <input type="checkbox"/> 施設入所支援 ※施設入所支援実施の場合は、日中活動の事業種別も明記 <input type="checkbox"/> 共生型(生活介護・短期入所・自立訓練(機能訓練・生活訓練))	
6 主たる対象者	<input type="checkbox"/> 身体障がい者 <input type="checkbox"/> 知的障がい者 <input type="checkbox"/> 精神障がい者 <input type="checkbox"/> 難病等患者	
7 規模等	<input type="checkbox"/> 単独型 <input type="checkbox"/> 多機能型 <input type="checkbox"/> 従たる事業所有り	
	・全ての提出者記入 <input type="checkbox"/> 総利用定員： _____人 <input type="checkbox"/> サービス種別毎の定員 (_____ : _____ 人) (_____ : _____ 人) (_____ : _____ 人)	・定員変更の場合のみ記入 <input type="checkbox"/> 現在の総利用定員： _____人 <input type="checkbox"/> サービス種別毎の定員 (_____ : _____ 人) (_____ : _____ 人) (_____ : _____ 人)
	<input type="checkbox"/> 共同生活援助の場合：共同生活住居の数 _____か所 ① 共同生活住居名： _____ 共同生活住居の入居定員： _____人 ユニットの数： _____ ユニットの定員： _____人 ② 共同生活住居名： _____ 共同生活住居の入居定員： _____人 ユニットの数： _____	

	<p>ユニットの定員： _____人</p> <p>※2つ以上の共同生活住居の場合は、②の次に追加すること。</p>
8 事業コンセプト	
9 職員配置	<p><input type="checkbox"/> 管理者(他の職種との兼務:有・無) 兼務する場合の兼務職名 (_____)</p> <p><input type="checkbox"/> サービス提供責任者： _____人</p> <p><input type="checkbox"/> サービス管理責任者： _____人</p> <p>研修受講 済(分野 _____) ・ 未 未受講の場合： _____に受講予定</p> <p><input type="checkbox"/> 医師： _____人</p> <p><input type="checkbox"/> 看護職員： _____人</p> <p><input type="checkbox"/> 理学療法士： _____人 <input type="checkbox"/> 作業療法士： _____人</p> <p><input type="checkbox"/> 生活支援員： _____人 <input type="checkbox"/> 地域移行支援員： _____人</p> <p><input type="checkbox"/> 職業指導員： _____人 <input type="checkbox"/> 就労支援員： _____人</p> <p><input type="checkbox"/> 就労定着支援員： _____人 <input type="checkbox"/> 地域生活支援員： _____人</p> <p><input type="checkbox"/> 世話人： _____人</p> <p>※ 兼務の職員については、ある月の勤務形態一覧を、想定している人員「Aさん」、「Bさん」というように記載することにより作成し、持参してください。</p>
10 職員雇用時期	平成 _____年 _____月 _____日 <input type="checkbox"/> 上旬 <input type="checkbox"/> 中旬 <input type="checkbox"/> 下旬 <input type="checkbox"/> 雇用済
11 開設予定地	住所：郡山市 地目： _____ 現況： _____ 地積： _____ m ² 区域区分： <input type="checkbox"/> 市街化区域 <input type="checkbox"/> 市街化調整区域
12 建物の取得方法	<input type="checkbox"/> 賃貸 <input type="checkbox"/> 新築又は法人で取得後改修
13 建物着工時期	平成 _____年 _____月 _____日 <input type="checkbox"/> 上旬 <input type="checkbox"/> 中旬 <input type="checkbox"/> 下旬
14 建物の種類	<input type="checkbox"/> 耐火建築物 <input type="checkbox"/> 準耐火建築物
15 建物の詳細	<p><input type="checkbox"/> 建築物の構造：</p> <p><input type="checkbox"/> 階数： _____階建ての _____階</p> <p><input type="checkbox"/> 主要用途：</p> <p><input type="checkbox"/> 建物(サービスで利用部分)面積：</p>
16 図面について ※①建物の図面②開設地を含む周辺の住宅地図を添付すること	<ul style="list-style-type: none"> ・各部屋の名称を記入(基準のとおり) ・併設する施設・事業所がある場合図面を添付 ・トイレの数、男女の別、バリアフリー等を明記 ・縮尺 1/100程度※見やすければ可 ・各部屋の面積を相談図面に記載してください。

<p>17 利用者確保の方法</p>	<p>利用者確保の方法を具体的に記入</p>		
<p>18 支援内容と事業の特色</p>			
<p>19 定員を変更する理由 ※定員変更の場合に記入。数字を使用し、具体的に明記すること</p>			
<p>20 工賃・賃金 (就労系事業所のみ記載必須)</p>	<input type="checkbox"/> 工賃・賃金の1人あたりの時給 <div style="text-align: right;">日給</div> <div style="text-align: right;">月額</div>	<div style="text-align: right;">円</div> <div style="text-align: right;">円</div> <div style="text-align: right;">円</div>	<p>※支払予定で記入</p>
<p>21 資産状況</p>	<input type="checkbox"/> 流動資産の合計 <hr style="border-top: 1px dashed black;"/> <input type="checkbox"/> 固定資産の合計 <hr style="border-top: 1px dashed black;"/> <input type="checkbox"/> 流動負債の合計 <hr style="border-top: 1px dashed black;"/> <input type="checkbox"/> 固定負債の合計 <hr style="border-top: 1px dashed black;"/> <input type="checkbox"/> 差引純資産	<div style="text-align: right;">円</div> <div style="text-align: right;">円</div> <div style="text-align: right;">円</div> <div style="text-align: right;">円</div> <div style="text-align: right;">円</div>	

22 事業費	<p>【支出】※当該年度の概算で算出可</p> <p><input type="checkbox"/> 人件費 円</p> <p><input type="checkbox"/> 家賃 円</p> <p><input type="checkbox"/> その他 円</p> <p>※その他の内容</p> <hr/> <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</p> <p><input type="checkbox"/> その他 円</p> <p>※その他の内容</p> <p>※国保連サービス費の計算式 (例) (サービス単価×利用者推定数×開所日数) + 加算</p>
23 算定を予定している加算名称・単価	
24 直近の实地指導 ※法人内の別事業所の内容を含む	<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 ()</p> <p>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)</p> <p>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 ()</p> <p>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)</p> <p>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 ()</p> <p>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)</p> <p>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 ()</p> <p>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)</p> <p>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>
25 その他サービス	<p>※食事・送迎等</p>

上記内容について、法人の意思決定がなされており、現状と相違ないことを誓約いたします。

法 人 名
代表者職・氏名

印

- ※ 貴法人で作成した資料等があれば添付してください。
- ※ 事業計画書の提出の際は、事前に電話で予約を取り、法人の代表者又は管理者(予定でも可)が必ず障がい福祉課管理係に提出してください。
- ※ 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、後日再提出になることがあります。

指定障害福祉サービス事業者等事業計画書

提出日：平成 年 月 日

1 設置主体等	法人名	
	所在地	
	設立年月日	
	定款又は 条例の根拠	条 項 号
	代表者名	
	代表者職名	
	連絡先	(電話) (Fax) (メール)
担当者名		
2 事業所名	(※仮称でも可)	
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	
4 開設(予定)時期	平成 年 月 日 <input type="checkbox"/> 上旬 <input type="checkbox"/> 中旬 <input type="checkbox"/> 下旬	
5 サービス種別	<input type="checkbox"/> 児童発達支援 <input type="checkbox"/> 医療型児童発達支援 <input type="checkbox"/> 放課後等デイサービス <input type="checkbox"/> 居宅訪問型児童発達支援 <input type="checkbox"/> 保育所等訪問支援 <input type="checkbox"/> 共生型(児童発達支援・放課後等デイサービス)	
6 規模等	<input type="checkbox"/> 単独型 <input type="checkbox"/> 多機能型 <input type="checkbox"/> 従たる事業所有り	
	・全ての提出者記入 <input type="checkbox"/> 総利用定員：_____人 <input type="checkbox"/> 事業種別毎の定員 (_____ : _____ 人) (_____ : _____ 人) (_____ : _____ 人)	・定員変更の場合のみ記入 <input type="checkbox"/> 現在の総利用定員：_____人 <input type="checkbox"/> 事業種別毎の定員 (_____ : _____ 人) (_____ : _____ 人) (_____ : _____ 人)
7 事業コンセプト		
8 職員配置	<input type="checkbox"/> 管理者(他の職種との兼務:有・無) 兼務する場合の兼務職名 (_____) <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： _____ に受講予定 <input type="checkbox"/> 医師： _____ 人 <input type="checkbox"/> 看護職員： _____ 人 <input type="checkbox"/> 児童指導員： _____ 人 <input type="checkbox"/> 保育士： _____ 人	

	<input type="checkbox"/> 言語聴覚士： 人 <input type="checkbox"/> 機能訓練担当職員： 人 <input type="checkbox"/> 理学療法士： 人 <input type="checkbox"/> 作業療法士： 人 <input type="checkbox"/> 栄養士： 人 <input type="checkbox"/> 調理員： 人 <input type="checkbox"/> 訪問支援員： 人 ※ 兼務の職員については、ある月の勤務形態一覧を、想定している人員「Aさん」、「Bさん」というように記載することにより作成し、持参してください。
9 職員雇用時期	平成 年 月 日 <input type="checkbox"/> 上旬 <input type="checkbox"/> 中旬 <input type="checkbox"/> 下旬 <input type="checkbox"/> 雇用済
10 開設予定地	住所：郡山市 地目： 現況： 地積： m ² 区域区分： <input type="checkbox"/> 市街化区域 <input type="checkbox"/> 市街化調整区域
11 建物の取得方法	<input type="checkbox"/> 賃貸 <input type="checkbox"/> 新築又は法人で取得後改修
12 建物着工時期	平成 年 月 日 <input type="checkbox"/> 上旬 <input type="checkbox"/> 中旬 <input type="checkbox"/> 下旬
13 建物の種類	<input type="checkbox"/> 耐火建築物 <input type="checkbox"/> 準耐火建築物
14 建物の詳細	<input type="checkbox"/> 建築物の構造： <input type="checkbox"/> 階数： 階建ての 階 <input type="checkbox"/> 主要用途： <input type="checkbox"/> 建物(サービスで利用部分)面積：
15 図面について ※①建物の図面②開設地を含む周辺の住宅地図を添付すること	・各部屋の名称を記入(基準のとおり) ・併設する施設・事業所がある場合図面を添付 ・トイレの数、男女の別、バリアフリー等を明記 ・縮尺 1/100程度※見やすければ可 ・各部屋の面積を相談図面に記載してください。
16 利用者確保の方法	利用者確保の方法を具体的に記入
17 支援内容と事業の特色	
18 定員を変更する理由 ※定員変更の場合に記入。数字を使用し、具体的に明記すること	
19 資産状況	<input type="checkbox"/> 流動資産の合計 円 <input type="checkbox"/> 固定資産の合計 円

	<input type="checkbox"/> 流動負債の合計 円 <input type="checkbox"/> 固定負債の合計 円 <input type="checkbox"/> 差引純資産 円
20 事業費	<p>【支出】※当該年度の概算で算出可</p> <input type="checkbox"/> 人件費 円 <input type="checkbox"/> 家賃 円 <input type="checkbox"/> その他 円 ※その他の内容
	<p>【収入】※当該年度の概算で算出可</p> <input type="checkbox"/> 国保連サービス費収入 円 <input type="checkbox"/> その他 円 ※その他の内容
23 算定を予定している加算名称・単価	
24 直近の实地指導 ※法人内の別事業所の内容を含む	<input type="checkbox"/> 实地指導実施の有無：□有 □無 <input type="checkbox"/> 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） <input type="checkbox"/> 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） <input type="checkbox"/> 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） <input type="checkbox"/> 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）

25 その他サービス	※食事・送迎等
------------	---------

上記内容について、法人の意思決定がなされており、現状と相違ないことを誓約いたします。

法 人 名
代表者職・氏名

印

- ※ 貴法人で作成した資料等があれば添付してください。
- ※ 事業計画書の提出の際は、事前に電話で予約を取り、法人の代表者又は管理者(予定でも可)が必ず障がい福祉課管理係に提出してください。
- ※ 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、後日再提出になることがあります。

指定障害福祉サービス事業者等事業計画書

提出日：平成 年 月 日

1 設置主体等	法人名		
	所在地		
	設立年月日		
	定款又は 条例の根拠	条 項 号	
	代表者名		
	代表者職名		
	連絡先	(電話)	
		(Fax)	
(メール)			
担当者名			
2 事業所名	(※仮称でも可)		
3 開設(予定)時期	平成 年 月 日 <input type="checkbox"/> 上旬 <input type="checkbox"/> 中旬 <input type="checkbox"/> 下旬		
4 サービス種別	<input type="checkbox"/> 一般相談支援(地域移行支援・地域定着支援) <input type="checkbox"/> 特定相談支援 <input type="checkbox"/> 障害児相談支援		
5 主たる対象者	<input type="checkbox"/> 身体障がい者 <input type="checkbox"/> 知的障がい者 <input type="checkbox"/> 精神障がい者 <input type="checkbox"/> 難病等患者 <input type="checkbox"/> 障がい児		
6 事業コンセプト			
7 法人が実施する 他の障害福祉サー ビス等のサービス 種別	<input type="checkbox"/> 居宅介護 <input type="checkbox"/> 重度訪問介護 <input type="checkbox"/> 同行援護 <input type="checkbox"/> 行動援護 <input type="checkbox"/> 療養介護 <input type="checkbox"/> 生活介護 <input type="checkbox"/> 短期入所(<input type="checkbox"/> 単独型 <input type="checkbox"/> 併設型 <input type="checkbox"/> 空床型) <input type="checkbox"/> 重度障害者等包括支援 <input type="checkbox"/> 自立訓練(<input type="checkbox"/> 機能訓練 <input type="checkbox"/> 自立訓練 <input type="checkbox"/> 宿泊型) <input type="checkbox"/> 就労移行支援 <input type="checkbox"/> 就労継続支援A型 <input type="checkbox"/> 就労継続支援B型 <input type="checkbox"/> 就労定着支援 <input type="checkbox"/> 自立生活援助 <input type="checkbox"/> 共同生活援助(<input type="checkbox"/> 介護サービス包括型 <input type="checkbox"/> 日中サービス支援型 <input type="checkbox"/> 外部サービス利用型) <input type="checkbox"/> 児童発達支援 <input type="checkbox"/> 医療型児童発達支援 <input type="checkbox"/> 放課後等デイサービス <input type="checkbox"/> 居宅訪問型児童発達支援 <input type="checkbox"/> 保育所等訪問支援 <input type="checkbox"/> なし		
8 職員配置	<input type="checkbox"/> 管理者(他の職種との兼務: <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無) 兼務する場合の兼務職名 () <input type="checkbox"/> 地域移行支援従事者： 人(他の職種との兼務:有・無)		

	兼務する場合の兼務職名 () <input type="checkbox"/> 地域定着支援従事者: 人(他の職種との兼務:有・無) 兼務する場合の兼務職名 () <input type="checkbox"/> 相談支援専門員: 人 <input type="checkbox"/> 相談支援専門員初任者研修受講 (<input type="checkbox"/> 受講済 <input type="checkbox"/> 未受講) <input type="checkbox"/> 受講済の場合 (受講年月日) (年 月 日) (現任研修: 年 月 日) (年 月 日) (現任研修: 年 月 日) <input type="checkbox"/> 未受講の場合 (受講予定年月日) (年 月 日) (年 月 日) ※ 兼務の職員については、ある月の勤務形態一覧を、想定している人員を「Aさん」、「Bさん」というように記載することにより作成し、持参してください。
9 職員雇用時期	平成 年 月 日 <input type="checkbox"/> 上旬 <input type="checkbox"/> 中旬 <input type="checkbox"/> 下旬 <input type="checkbox"/> 雇用済
10 開設予定地	住所: 郡山市 地目: 現況: 地積: m ² 区域区分: <input type="checkbox"/> 市街化区域 <input type="checkbox"/> 市街化調整区域
11 建物の取得方法	<input type="checkbox"/> 賃貸 <input type="checkbox"/> 新築又は法人で取得後改修
12 建築物の種類	<input type="checkbox"/> 耐火建築物 <input type="checkbox"/> 準耐火建築物
13 図面について ※①建物の図面②開設地を含む周辺の住宅地図を添付すること	・各部屋の名称を記入(基準のとおり) ・併設する施設・事業所がある場合図面を添付 ・トイレの数、男女の別、バリアフリー等を明記 ・縮尺 1/100程度※見やすければ可 ・各部屋の面積を相談図面に記載してください。
14 利用者確保の方法	<u>利用者確保の方法を具体的に記入</u>
15 支援内容と事業の特色	
16 資産状況	<input type="checkbox"/> 流動資産の合計 円
	<input type="checkbox"/> 固定資産の合計 円
	<input type="checkbox"/> 流動負債の合計 円

	<input type="checkbox"/> 固定負債の合計	円
	<input type="checkbox"/> 差引純資産	円
17 事業費	【支出】 ※当該年度の概算で算出可 <input type="checkbox"/> 人件費 円 <input type="checkbox"/> 家賃 円 <input type="checkbox"/> その他 円 ※その他の内容	
	【収入】 ※当該年度の概算で算出可 <input type="checkbox"/> 国保連サービス費収入 円 <input type="checkbox"/> その他 円 ※その他の内容 ※国保連サービス費の計算式 (例) (サービス単価×利用者推定数×開所日数) +加算	
18 算定を予定している加算名称・単価		
19 その他サービス		

上記内容について、法人の意思決定がなされており、現状と相違ないことを誓約いたします。

法 人 名

- ※ 貴法人で作成した資料等があれば添付してください。
- ※ 事業計画書の提出の際は、事前に電話で予約を取り、法人の代表者又は管理者(予定でも可)が必ず障がい福祉課管理係に提出してください。
- ※ 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、再提出になることがあります。