（様式　３）

**認知症対応型共同生活介護事業計画書**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **１　応募事業者について** | | |
| ﾌﾘｶﾞﾅ |  | |
| 法人名 |  | |
| 代表者名等 | 職名 | |
| ﾌﾘｶﾞﾅ | |
| 氏名 | |
| 法人種別 | **□**社会福祉法人　　**□**医療法人　　**□**NPO法人  **□**株式会社　　　　**□**有限会社　　**□**その他（　　　　　　　　　　　　　） | |
| 法人所在地 | 〒 | |
| 連絡先 | 電話 | FAX |
| 設立年月 | 既設法人　　　年　　　月設立　（新設法人　　令和　　年　　月設立予定） | |
| 主たる業種 |  | |
| 事業運営実績 | 詳細を様式４に記入して添付 | |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **２　認知症対応型共同生活介護事業所等について** | | | | |
| フリガナ |  | | | |
| 名称 |  | | | |
| 事業所設置予定地 | 〒 | | | |
| 事業開始予定年月日 | 令和　　　年　　　月　　　日 | | | |
| 圏域 | □鈴鹿第３　　□鈴鹿第５　　□亀山 | | | |
| 入居定員 |  | | | |
|  | 人 | （5人以上9人以下） |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **３　土地・建物の権利・所有形態等について** | | | | | | | | | | | | | |
| 土地 | 敷地面積 | | | | | | 建築面積 | | | 地目 | | | 用途地域 |
| ㎡ | | | | | | ㎡ | | |  | | |  |
| 現状 | □更地  □建物あり（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | | | | | | | | |
| □自己所有  □買収予定（　　　年　　　　月）  □借地（予定含む）※契約期間（　　　年　　月　　日～　　　年　　月　　日）  □なし | | | | | | | | | | | | |
| 取得状況　　**□**契約書・合意書等を締結している　　**□**口頭で確約を受けている | | | | | | | | | | | | |
| 抵当権設定　□あり　□なし | | | | | | | | | | | | |
| 建物 | **□**　新築　　　**□**　既存 | | | | | | | | | | | | |
| 造 | | | 階建 | | | | 階部分 | | | □耐火　　□準耐火　　□その他 | | |
| 既存建物を利用する場合 | | 改修（改築）　□要　　□不要 | | | | | | | | | | |
| 建築基準法に基づく建築確認の用途（　　　　　　　　　　　） | | | | | | | | | | |
| 建築面積 | | | | | 延床面積 | | | うち共用部分 | | | うち当該部分 | |
| ㎡ | | | | | ㎡ | | | ㎡ | | | ㎡ | |
| 抵当権設定　□あり　□なし | | | | | | | | | | | | |
| 施行計画 | 着工予定：令和　　　年　　　月　　　竣工予定：令和　　　年　　　月 | | | | | | | | | | | | |
| 居室面積等 | 居室合計 | | | | 室（うち，個室：　　　室，個室以外の居室：　　　室） | | | | | | | | |
| 居室床面積 | | | | （最小）：　　　　　㎡　　　（最大）：　　　　　㎡ | | | | | | | | |
| 居間・食堂 | | | | 同一にする場合：　　　　　㎡  同一にしない場合：　居間　　　　㎡，食堂　　　　㎡ | | | | | | | | |
| 便所　　　　ヶ所（うち，車椅子対応　　　　　ヶ所） | | | | | | | | | | | | |
| 浴室　　　　室  設備：個別浴槽　　　　台，特殊浴槽　　　　台，その他（　　　　　　　） | | | | | | | | | | | | |
| スプリンクラー | **□**設置する　　　**□**設置しない（理由：　　　　　　　　　　　　　　） | | | | | | | | | | | | |
| エレベーター | **□**設置する（　　人乗り）　　　**□**設置しない（理由：　　　　　　　　　　） | | | | | | | | | | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| プライバシーへの配慮 | |  | | | | |
| 居住の快適性  への配慮 | |  | | | | |
|  | | | | | | |
| **４　職員配置等** | | | | | | |
| 管理者 | ﾌﾘｶﾞﾅ | | | | | | |
| 氏名 | | | | | | |
| ※兼務する他の職種（兼務の場合のみ記入）  同一事業所内：　　　　　　　　　　　同一敷地内： | | | | | | |
| 計画作成担当者（介護支援専門員） | ﾌﾘｶﾞﾅ | | | | | | |
| 氏名 | | | | | | |
| ※兼務する他の職種（兼務の場合のみ記入）： | | | | | | |
| 従業者の  職種・員数 | 雇用予定  人数 | | 介護職員 | | その他職員 | | |
| 専従 | 兼務 | 専従 | 兼務 | |
| 常勤（人） | |  |  |  |  | |
| 非常勤（人） | |  |  |  |  | |
| 資格  ①介護福祉士（　　　人）②看護師（　　　人）　③准看護師（　　　人）  ④その他（　　　人） | | | | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **５　利用料金等について** | | | | | | | |
| 食事の提供に要する費用（食材料費） | 朝食：　　　　　円 | | 昼食：　　　　　円 | | 夕食：　　　　　円 | | |
| おやつ：　　　　円 | | ※一食当たりの料金を記入してください。 | | | | |
| その他の費用 | 項目 | | | 費用額 | | 日額月額 | 算定根拠 |
| 家賃 | | | 円 | |  |  |
| おむつ代 | | | 円 | |  |  |
| 理美容代 | | | 円 | |  |  |
|  | | | 円 | |  |  |
|  | | | 円 | |  |  |
|  | | | 円 | |  |  |
| **６　運営推進会議** | |  | | | | | |
| 構成員（予定） | |  | | | | | |

|  |  |
| --- | --- |
| **7　衛生面での配慮** |  |
|  | |

|  |  |
| --- | --- |
| **8　苦情処理体制** |  |
|  | |

**9　緊急時及び非常災害時に備えた体制等の概要**

|  |
| --- |
| ①緊急時（利用者の急変時）の具体的な対応方針 |
| ②非常災害時に備えた体制 |
| ③その他、防災面での配慮 |

**１０　利用者ニーズへの対応**

|  |
| --- |
| ①利用者個々のニーズを捉えるための具体的な方策  ②利用者のニーズ、特性、希望、思いをサービスに反映する体制の概要  ③地域との関わりへの取組 |

|  |  |
| --- | --- |
| **11　医療機関との連携** |  |
|  | |

**12　虐待防止・身体的拘束の廃止及び認知症ケアについて**

|  |
| --- |
| ①虐待防止について  ②身体的拘束について  ③認知症ケアについて |

|  |  |
| --- | --- |
| **13　補助金申請について** |  |
| 開設準備経費 | １　申請します　　　　　　２　申請しません |
| 施設整備費 | １　申請します　　　　　　２　申請しません |
| 補助金が交付されない場合 | １　補助なしで開設　　　　２　開設辞退 |

|  |  |
| --- | --- |
| **14　費用等について** | |
| 開設までに要する費用の見込み | 資金計画を添付（様式１３） |
| 事業収支見込み | 開設後３年間の資金の内訳，事業費の内訳等，収支シミュレーションを添付（様式１４） |
| 直近の決算状況 | 直近３年間の決算状況について決算書類を添付 |

※記入にあたっての注意事項など

　１．令和４年７月１日現在の状況を記入してください。

　２．現時点で記入可能な事項を正確に記入してください。

　３．記入事項の説明を補足するものとして，貴法人で作成のパンフレット，資料があれば添付してください。