（様式３－２）

**令和７年度茅ヶ崎市指定地域密着型サービス事業者の公募に係る事業計画書（応募書類）**

**※　各項目について具体的に記入又は該当する項目にチェックしてください。**

**１　応募者について**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 事前届出の確認書を  交付された日 |  | | | 年 |  | | | 月 | |  | | 日 |
| フリガナ |  | | | | | | | | | | | |
| 法人名 |  | | | | | | | | | | | |
| 代表者氏名 | 職名 |  | | | | フリガナ | | |  | | | |
|  | | | | 氏名 | | |  | | | |
| 設立年月日 |  | | | | | | | | | | | |
| 法人所在地 | （〒　　　　　－　　　　　　　　） | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | |
| 連絡先 | 電話番号 | |  | | | | ファクス番号 | | | |  | |
| 沿革 |  | | | | | | | | | | | |
| 主な業務内容 |  | | | | | | | | | | | |

**２　設置する事業所について**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 開設予定地  （所在地番） | 茅ヶ崎市 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 土地の地目及び地積 | 地目 | （現況：　　　　　　　　） | | | | | | | | | | | | | | 地積 | | | | | | | | | ㎡  （実測面積　　　　　　㎡） | | | | | | | | | | | | | | |
| 事業開始予定年月日 |  | | | | | | 年 |  | | | | | | | | | | | | | 月 | | | |  | | | | | | | | | | 日 | | | | |
| 指定を受ける延床面積 |  | | | | | | | | | | | | | | | | | ㎡ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 土地の所有形態 | □　自己所有  □　賃貸借  　　契約期間　　　　年　　　月　　　日～　　　年　　　月　　　日   * その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 土地の所有者 |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 用途地域等 | □　市街化区域（用途地域：　　　　　　　　　）  □　埋蔵文化財包蔵地  □　その他（　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 建物の所有形態 | □　自己所有  □　賃貸借  　　契約期間　　　　年　　　月　　　日～　　　年　　　月　　　日   * その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 建物の所有者 |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 建物の構造等 | 建物の構造 | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 階数 | | | | 地上 | | | | | |  | | | | | | | | 階 | | | | | | | 地下 | | | | | |  | | | | | | 階 | |
| * 耐火構造 | | | | | * 準耐火構造 | | | | | | | | | | * その他（　　　　　　　　　　） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 整備区分 | □　新築 | | | □　増築 | | | | | | | | □　改築 | | | | | | | | □　改修 | | | | | | | | | | | □　その他  （　　　　　　　） | | | | | | | | |
| スプリンクラー設備 | * あり | | | | | | | | | | | | | | | | * なし | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ※ありと回答した場合、配置図等を計画平面図に添付してください。 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| （サテライト型）介護予防小規模多機能型居宅介護の指定について | □　指定を受ける | | | | | | | | | | | | | | | | | □　指定を受けない | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 併設する事業について | サービス種別 | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 介護保険の指定 | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 定員 | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | 人 | | | | | |  | | | | | | | | | | 室 |
| サービス種別 | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 介護保険の指定 | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 定員 | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | 人 | | | | | |  | | | | | | | | | | 室 |
| * 併設する事業なし | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 協力（予定）医療機関 | 医療機関名 | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 所在地 | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 医療機関名 | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 所在地 | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 医療機関名 | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 所在地 | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 最寄りの鉄道駅及びバス停  （コミュニティバスのバス停も含む。） | 鉄道駅名 | |  | | | | | | | | | | 直線距離 | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | メートル | | | |
| バス停名 | |  | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | メートル | | | |
| 最寄りの  災害対策地区防災拠点 |  | | | | | | | | | | | | 直線距離 | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | メートル | | | |
| 最寄りの広域避難場所 |  | | | | | | | | | | | | 直線距離 | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | メートル | | | |
| 災害想定区域 | □ 該当しない | | | | | | | □ 洪水浸水想定区域 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | □ 津波浸水想定区域 | | | | | | | | | | | |
| □ 高潮浸水想定区域 | | | | | | | | | □ 土砂災害（特別）警戒区域 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 当該事業に関し、生活保護法（昭和２５年法律第１４４号）第５４条の２の指定について | * 指定を受ける | | | | | | | | | | | | | | * 指定を受けない | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 本体事業所  （サテライト事業所の場合のみ記入してください） | 事業所名 | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 所在地 | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 事業開始日 | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | 年 | | |  | | | | | | 月 |  | | | 日 | | |
| 事業計画地への自動車等による移動に要する時間 | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | 分 | | | | | | | | | |

**３　関係法令にかかる適合見込みについて**

本募集要項に基づく応募にあたっては、都市計画法・建築基準法・消防法等、関係する法令等について、関係機関と**必ず事前の相談を行い、**その際の相談内容、指摘事項等を具体的に記載してください。

※　関係機関への事前の相談にあたっては、本公募に係る相談であることを伝えたうえでご相談ください。

※　相談結果が非該当だったものも含め、記載してください。

※　適宜、行を追加してください。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| № | 相談項目  （根拠法令等） | 所管課  及び担当者名  （相談日） | 事前相談内容・状況  （指摘事項等） | 今後の対応  （指摘事項等の対応方法等） |
| 例 | ○○許可  （○○法） | ○○課○○  （令和○年○月○日） | ○○区域のため、担当課へ○○を持参し、相談したところ、○○と指摘があった。 | 選定されたときには、担当課からの指摘に基づいて○○調査を行い、○○申請を今後行います。 |
| 例 | ○○許可  （○○法） | ○○課○○  （令和○年○月○日） | 担当課へ○○を持参し、相談したところ、当該地の面積は○○㎡未満のため、○○申請の必要はありません。 | 非該当 |
| 1 |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |
| 4 |  |  |  |  |
| 5 |  |  |  |  |
| 6 |  |  |  |  |
| 7 |  |  |  |  |
| № | 協議項目  （根拠法令等） | 所管課  及び担当者名  （相談日） | 事前協議内容・状況  （指摘事項等） | 今後の対応  （指摘事項等の対応方法等） |
| 8 |  |  |  |  |
| 9 |  |  |  |  |
| 10 |  |  |  |  |
| 11 |  |  |  |  |
| 12 |  |  |  |  |
| 13 |  |  |  |  |
| 14 |  |  |  |  |
| 15 |  |  |  |  |
| 16 |  |  |  |  |

**４　資金計画について**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 建築・設備費 | 自己資金 | | | \ |  |
| 借入金 | 借入先 |  | \ |  |
| 借入先 |  | \ |  |
| 借入先 |  | \ |  |
| 用地取得費 | 自己資金 | | | \ |  |
| 借入金 | 借入先 |  | \ |  |
| 借入先 |  | \ |  |
| 借入先 |  | \ |  |
| 建物取得費  （既存物件を取得する場合） | 自己資金 | | | \ |  |
| 借入金 | 借入先 |  | \ |  |
| 借入先 |  | \ |  |
| 借入先 |  | \ |  |
| 開設に係る経費  （備品購入費、人件費等） | 自己資金 | | | \ |  |
| 借入金 | 借入先 |  | \ |  |
| 借入先 |  | \ |  |
| 借入先 |  | \ |  |
| 運転資金 | 自己資金 | | | \ |  |
| 借入金 | 借入先 |  | \ |  |
| 借入先 |  | \ |  |
| 借入先 |  | \ |  |
| 合計 | 自己資金 | | | \ |  |
| 借入金 | | | \ |  |

※　各年度の補助金として、国の地域医療介護総合確保基金を財源に行う予定としていますが、現時点では未定であり、補助がない場合があることを踏まえて資金計画を策定してください。

|  |  |
| --- | --- |
| 補助金の活用希望 | □　地域密着型サービス等施設整備（対象経費：工事費等） |
| □　施設開設準備（対象経費：備品購入費等） |
| □　なし |

**５　設置する事業所の定員等について**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 登録定員 | | 人 | | | | 通いサービスの利用定員 | | | | 人 | | | 宿泊サービスの利用定員 | | | | 人 | |
| 従業員の職種・員数 | | 管理者 | | | | | | 介護従業者 | | | | 介護支援専門員 | | | | 看護職員 | | |
| 専従 | | | 兼務 | | | 専従 | 兼務 | | | 専従 | | 兼務 | | 専従 | | 兼務 |
|  | 常勤（人） |  | | |  | | |  |  | | |  | |  | |  | |  |
| 非常勤（人） |  | | |  | | |  |  | | |  | |  | |  | |  |
| 建　物　構　造　概　要　等 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 居間および食堂の  合計面積 | | ㎡ | | | | 個室以外の宿泊室の合計面積 | | | | ㎡ | | | 宿泊サービスの利用定員から個室の定員数を減じた数 | | | | 人 | |
| 宿泊室数 | | 個室 | 室 | | | | | | |  | | | | | | | | |
| トイレの設置数 | | 箇所（そのうち車椅子に対応しているトイレ　　　　箇所）  ※車椅子対応のトイレを設置する場合、構造や設備等について、「高齢者、障害者等の円滑な移動等に配慮した建築設計標準（国土交通省）」を参考とし、設備等の形状、内法寸法等をわかりやすく計画平面図に図示してください。 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 浴室 | | 特殊浴槽、入浴用リフト等の導入について　　　□　あり　□　なし  ※ありと回答した場合、導入する設備について詳細な資料を事業計画書に添付してください。 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 職員の休憩専用  の部屋 | | □　あり　□　なし  ※仮眠等が可能なスペース（事務所及び会議室等との兼用は対象外）  ※ありと回答した場合、計画平面図に図示してください。 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 職員用のロッカールーム又は更衣室 | | □　あり　□　なし  ※専用に限る。（他の部屋との兼用は不可）  ※ありと回答した場合、計画平面図に図示してください。 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 敷地内における車椅子利用者の乗降スペース | | □　あり　□　なし  ※ありと回答した場合、駐車場・通路の構造等について、「道路の移動円滑化整備ガイドライン（国土交通省）」を参考とし、形状や寸法等をわかりやすく計画平面図に図示してください。 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 送迎用等  車両数 | | 台 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 駐車場 | | 敷地内 | | 台 | | | | | | | 敷地外 | | | | 台 | | | |
| 駐輪場 | | 敷地内 | | 台 | | | | | | | 敷地外 | | | | 台 | | | |
| 営業時間 | | 通いサービス | | | | |  | | | | | | | | | | | |
| 宿泊サービス | | | | |  | | | | | | | | | | | |
| 利用料金 | | （費用及びその設定根拠）  宿泊費　　　　　　　円／日 　　　　　食材料費　　　　　　　円／月  その他　※利用者から徴収する費用がある場合は具体的に | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 地域交流スペース | | 具体的な活用計画 | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | |
| □　設置予定なし | | | | | | | | | | | | | | | | |

（以下、記入欄の文字数に制限はありません。）

**６　基本理念及び運営方針について**

　　貴法人の基本理念について、記入してください。

|  |
| --- |
|  |

|  |
| --- |
|  |

小規模多機能型居宅介護事業所の運営方針を記入してください。（個人情報の取り扱い及び利用者の権利擁護等を含めた考え方を記入してください。）

**７　事業予定地について**

当該予定地を選んだ理由を記入してください。

|  |
| --- |
|  |

**８　地域との連携及び地域貢献について**

|  |
| --- |
|  |

　　地域密着型サービス事業所として、事業所が所在する地域との連携や地域貢献についてどのように考えるか、具体的に何を行っていくつもりなのかを記入してください。

運営推進会議の設置について、構成員をどのように考えていますか。また、会議の議題としてどのようなことを取り扱うつもりかを具体的に記入してください。

|  |
| --- |
|  |

**９　地域住民の周知説明について**

　　周知説明方法や、その内容及び対象となる範囲等についての考え方を記入してください。

|  |
| --- |
|  |

スケジュール等（実施済も含む）を記入してください。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 開催日時 | | 開催場所・説明相手 | 説明方法 | 説明内容・聴取した意見等 |
| 月 | 日 |  |  |  |
| 月 | 日 |  |  |  |
| 月 | 日 |  |  |  |
| 月 | 日 |  |  |  |

**１０　緊急時等の対応について**

　　非常災害時等のための設備等について、事業所に設置するものを具体的に記入してください。

|  |
| --- |
|  |

緊急時、事故発生時及び非常災害時の対応、計画及び法人としての取組等について具体的に記入してください。

|  |
| --- |
|  |

当該事業所における感染症に対する対策及び法人としての取組等について具体的に記入してください。また、衛生管理マニュアルは作成されていますか。

|  |
| --- |
| 衛生管理マニュアル　□あり　　□なし  ※マニュアルを作成している場合、そのマニュアルを事業計画書に添付してください。 |
|  |

**１１　利用者に対するサービスの提供について**

　　利用者に対する日常生活の支援（ＡＤＬの維持・向上等）についての考えを具体的に記入してください。

|  |
| --- |
|  |

ＬＩＦＥ等のテクノロジーを活用したサービスの質の向上に関する取組について、具体的に記入してください。

|  |
| --- |
|  |

|  |
| --- |
|  |

　　利用登録者確保の方策について具体的に記入してください。

看取りに対する取組等、主治医との連携について具体的に記入してください。

|  |
| --- |
|  |

認知症ケアに関する取組について、具体的に記入してください。

|  |
| --- |
|  |

緊急時の宿泊ニーズへの対応方法について、具体的に記入してください。

|  |
| --- |
|  |

　利用者とその家族等による事業所への要望や苦情について、対応方法を具体的に記入してください。

|  |
| --- |
|  |

**１２　従業者等の採用計画等について**

　　職員の採用計画について具体的に記入してください。

|  |
| --- |
|  |

　　貴法人の人事制度及び賃金体系について記入してください。

|  |
| --- |
|  |

貴法人で働く職員の労働環境や処遇の改善等、離職防止を目的として取り組んでいることがあれば記入してください。

|  |
| --- |
|  |

貴法人で働く職員のキャリアアップについて取り組んでいることがあれば記入してください。

|  |
| --- |
|  |

貴法人で働く職員の資質向上に向けた研修制度及び具体的な研修内容について記入してください。

|  |
| --- |
|  |

ＩＣＴの活用等による当該事業所で働く職員の業務効率化及び負担軽減に関する取組について記入してください。

|  |
| --- |
|  |

**１３　その他アピールしたい点について**

　　１～１０の回答で記入していない特色等があれば記入してください。

|  |
| --- |
|  |