**地域密着型サービス事業計画概要書**

【様式２】

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 法　　人 | 法人名 |  | | | | | | |
| 法人所在地 |  | | | | | | |
| 法人種別 | □既設  □新設(　　年　　月予定) | | □社会福祉法人　□医療法人　□ＮＰＯ法人  □株式会社・有限会社　□その他（　　　　　） | | | | |
| 実施事業 | □小規模多機能型居宅介護　　　　　　　□介護予防小規模多機能型居宅介護  □認知症対応型共同生活介護　　　　　　□介護予防認知症対応型共同生活介護 | | | | | | | |
| 事業所名（仮称） | |  | | | | | | |
| 事業所予定地の状況 | 事業所  予定地 | 〒　　　－  銚子市 | | | | | | |
| 敷地面積 | ㎡ | | | 用途地域 | |  | |
| 建ぺい率 | ％ | | | 容積率 | | ％ | |
| 土地権利 | □所有　□賃借（　　　年） | | | 抵当権 | | □あり　　□なし | |
| 建物概要 | 建築面積 | ㎡ | | | 延床面積 | | ㎡（全体　　㎡） | |
| 構造 | 造 | | | 階数 | | 地上　　　階、地下　　階 | |
| 建物権利 | □所有　□賃借（　　　年） | | | 抵当権 | | □あり　　□なし | |
| 併設施設 | □あり（　　　　　　　　　　　）　　□なし | | | | | | |
| 整備内容 | □法人が新築　□法人が改修　□オーナーが新築　□オーナーが改修 | | | | | | |
| 整備費補助 | □希望する　□希望しない | | | 開設予定 | | 年　月　日 | |
| 着工予定 | 年　月　日 | | | 竣工予定 | | 年　月　日 | |
| 事業費および財源 | 区分 | 事業費（千円） | 財源内訳（千円） | | | | | |
| 借入金 | | | 補助金 | | 自己負担 |
| 建築・設備 |  |  | | |  | |  |
| 用地取得 |  |  | | |  | |  |
| 建物取得 |  |  | | |  | |  |
| 運転資金 |  |  | | |  | |  |
| 合計 |  |  | | |  | |  |
| 整備を計画した  目的・理由 | |  | | | | | | |

＊該当する事項にチェックを入れてください。

＊次ページに、実施予定事業の定員・従業者等の計画を記入し、添付してください。

＊事業費および財源については、様式８・様式９の内容と整合を図ってください。

＊併設施設(事業)がある場合には、その事業費および財源についても別途作成してください。

【様式２】

実施予定事業の定員・従業者等の計画

（小規模多機能型居宅介護）

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 実施予定事業 | | □小規模多機能型居宅介護　　　□介護予防小規模多機能型居宅介護 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 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 |
| 従業者の職種・員数 | | | | | | 介護従業者 | | | | | | うち看護職員 | | | | 介護支援専門員 | | | | |
| 専従 | | 兼務 | | | | 専従 | | | 兼務 | | 専従 | | 兼務 | |
|  | 常　勤（人） | | | | |  | |  | | | |  | | |  | |  | |  | |
| 非常勤（人） | | | | |  | |  | | | |  | | |  | |  | |  | |
| 常勤換算後の人数（人） | | | | |  | | | | | |  | | | |  | | | | |
| 建　物　構　造　概　要 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 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 | | | | | | | | 個室以外の宿泊室　　　　　　　　　　室 | | | | | | | | | |
| 営業日 | | | ３６５日（無休） | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 営業時間 | | | 通いサービス： | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 宿泊サービス： | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 介護保険給付の対象となっていないサービスの利用者負担 | | | 項　目 | | | | | | 費　用　額 | | | | | | | | | | | |
| 食費 | | | | | |  | | | | | | | | | | | |
| 宿泊費 | | | | | |  | | | | | | | | | | | |
| その他  （　　　　　　　　　　　　） | | | | | |  | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | |  | | | | | | | | | | | |

【様式２】

実施予定事業の定員・従業者等の計画

（認知症対応型共同生活介護）

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 実施予定事業 | | | □認知症対応型共同生活介護　□介護予防認知症対応型共同生活介護 | | | | |
| 共同生活住居数 | | | 戸 |  | | |  |
| 利用定員 | | | 人 |  | | |
| 従業者の職種・員数 | | | | 介護従業者 | | |
| 専従 | | 兼務 |
|  | 常勤（人） | | |  | |  |
| 非常勤（人） | | |  | |  |
| 常勤換算後の人数（人） | | |  | | |
| 居室数 | | | | 室  (うち個室  室) | | |
| 介護保険給付の対象となっていないサービスの利用者負担 | | 項　目 | | | 費　用　額 | | |
| 居住費 | | |  | | |
| 食費 | | |  | | |
| 光熱水費 | | |  | | |
| その他  （　　　　　　　　　　　　） | | |  | | |
|  | | |  | | |