（様式３）

**整 備 計 画 調 書**

１　法人について

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 法　人 | 法人名 |  | | | |
| 法人所在地 |  | | | |
| 法人代表者 | 職名 |  | 氏名 | フリガナ |
|  |
| 住所 |  | | |
| 法人種別 | □既設  □新設(　　 　 年　　月予定) | | □社会福祉法人　□医療法人　□株式会社  □その他（　　　　　　　　　　　　　） | |
| 運営している介護保険事業 | 【複数選択可】  □特定施設入居者生活介護　　□認知症対応型通所介護　　□小規模多機能型居宅介護  □認知症対応型共同生活介護　　□地域密着型特定施設入居者生活介護  □地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護　　□看護小規模多機能型居宅介護  □居宅介護支援　　□介護予防支援  □介護老人福祉施設　　□介護老人保健施設　　□介護医療院  □上記以外（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | |

２　事業所について

(1)　事業所名

|  |  |
| --- | --- |
| 事業所名（仮称） |  |

(2)　土地について

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 事業予定地の状況 | 所在地 | 〒　　　　　　　廿日市市 | | | | |
| 日常生活圏域名 |  | | | | |
| 土地権利 | □所有　□賃借（　　　年） | 抵当権 | | | □あり　　□なし |
| ※　事業計画書提出後に、本市職員が整備予定地の現地調査を行いますので、あらかじめ現在の土地の所有者の承諾を得て、「土地立入承諾書」（様式１３）を提出してください。 | | | | |
| 現　　況 | (例)　住宅の敷地（住宅は取り壊し予定）、駐車場 | | | | |
| 現所有者  (自己所有以外の場合) | 所有者名：  住　　所： | | | | |
| 交通状況 | □ＪＲ　　　　駅より　距離(道のり)　　　　ｍ  （運行間隔　約　　分）  □広島電鉄　　駅より　距離(道のり)　　　　ｍ  （運行間隔　約　　分）  □バス　　　　線　バス停より　　距離(道のり)　　　　ｍ  （運行間隔　約　　　分）  □その他　（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）  ※　運行間隔は、昼間（９時から１７時まで）に平均何分ごとに整備予定地へ運行しているか記入してください。  ※　該当する公共交通機関について記入してください。 | | | | |
| 周辺状況 | ＜整備予定地周辺の交通や騒音、保育園・小学校・中学校、商業施設・文化施設との距離や所要時間等の状況等について記載すること。＞ | | | | |
| 急傾斜地崩壊危険区域の指定等の有無 | 急傾斜地崩壊危険区域に指定　　　 　 　　　　　　　　□有・□無 | | | | |
| 土砂災害警戒区域及び土砂災害特別警戒区域（※）に所在　　　　□有・□無 | | | | |
| 土砂災害危険箇所及び土砂災害の被害のおそれのある区域に所在　□有・□無 | | | | |
| 敷地面積 | ㎡ | | 用途地域 |  | |
| 建ぺい率 | ％ | | 容積率 | ％ | |

　※　基礎調査の結果として公表された土砂災害警戒区域及び特別警戒区域に相当する範囲を含む。

(3)　建物について

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 建物等概要 | 建築面積 | ㎡ | 延床面積 | ㎡ |
| 構造 | （　　　　　　　　　　）造り（　　　　階建ての　　　　階部分） | | |
| 耐火性 | □耐火構造　　　□準耐火構造　　　□その他 | | |
| 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 | | |
| 利用者に配慮した設備等 |  | | |
| 着工予定 | 令和　　年　　月　　日 | 竣工予定 | 令和　　年　　月　　日 |
| 開設予定 | 令和　　 年　　 月　　 日 | | |

(4)　整備費について　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（単位：千円）

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 施 設 整 備 費 | 区分 | 事業費 | 財　源　内　訳 | | |
| 自己負担 | 借入金 | その他(　　　) |
| 建築・設備 |  |  |  |  |
| 用地・建物取得 |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| 合計 |  |  |  |  |

（5）　運転資金収支計画について　　　　　　　　　　　　　　　　　　（単位：千円）

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 科目 | | １年目 | ２年目 | ３年目 |
| 収  入 |  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| 収入合計 |  |  |  |

（単位：千円）

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 科目 | | １年目 | ２年目 | ３年目 |
| 支  出 |  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| 支出合計 |  |  |  |
| 翌年度繰越金 | |  |  |  |

３　実施予定事業の定員等の計画

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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 | | | ①ユニット | | | | ②ユニット | | | ③ユニット | | | 職員の総数  （　　　　人） | |
| 利用定員 | | | | 人 | | | 人 | | | | 人 | | | 人 | | |
| 従業者の職種・員数 | | | | | | | 介護従業者 | | | | 介護従業者 | | | 介護従業者 | | | 計画作成担当者 | |
| 専従 | | 兼務 | | 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） | | | | | |  | | | |  | | |  | | |  | |
| 従業者の兼務予定 | | | | |  | | | | | | | | | | | | | |
| 管理者（予定）  ①ユニット | | | | | □専任　　□兼務（兼務の施設　　　　　　　　　　　　　）  資格（　　　　　　　　　　　　　　　　　）認知症介護の経験年数（　　年　　か月） | | | | | | | | | | | | | |
| 管理者（予定）  ②ユニット | | | | | □専任　　□兼務（兼務の施設　　　　　　　　　　　　　）  資格（　　　　　　　　　　　　　　　　）　認知症介護の経験年数（　　年　　か月） | | | | | | | | | | | | | |
| 管理者（予定）  ③ユニット | | | | | □専任　　□兼務（兼務の施設　　　　　　　　　　　　　）  資格（　　　　　　　　　　　　　　　　）　認知症介護の経験年数（　　年　　か月） | | | | | | | | | | | | | |
| 計画作成担当者（予定）  ①ユニット | | | | | 介護支援専門員資格　□有　　　□無  他の資格（　　 　　　　　　　　）　認知症介護の経験年数（　　年　　か月） | | | | | | | | | | | | | |
| 計画作成担当者（予定）  ②ユニット | | | | | 介護支援専門員資格　□有　　　□無  他の資格（　　 　　　　　　　　）　認知症介護の経験年数（　　年　　か月） | | | | | | | | | | | | | |
| 計画作成担当者（予定）  ③ユニット | | | | | 介護支援専門員資格　□有　　　□無  他の資格（　　 　　　　　　　　）　認知症介護の経験年数（　　年　　か月） | | | | | | | | | | | | | |
| 夜間の体制  ①ユニット | | | | | □専任　　□兼務（兼務の施設　　　　　　　　　　　　　　）  □夜勤（　　　名）　□宿直（　　　名） | | | | | | | | | | | | | |
| 夜間の体制  ②ユニット | | | | | □専任　　□兼務（兼務の施設　　　　　　　　　　　　　　）  □夜勤（　　　名）　□宿直（　　　名） | | | | | | | | | | | | | |
| 夜間の体制  ③ユニット | | | | | □専任　　□兼務（兼務の施設　　　　　　　　　　　　　　）  □夜勤（　　　名）　□宿直（　　　名） | | | | | | | | | | | | | |
| その他の職員  ①②③ユニット | | | | | 資格　　介護福祉士（　　　名）　　看護師（　　　名）  その他（　　　　　　　　　　　）（　　　名）　認知症高齢者ケアの経験年数（　　　年　　か月） | | | | | | | | | | | | | |
| 居室数 | | | ①ユニット　　　　室　(うち個室　　　　　　室）  ②ユニット　　　　室　(うち個室　　　　　　室）  ③ユニット　　　　室　(うち個室　　　　　　室） | | | | | | | | | 個室の面積  （１個室あたり） | | | | ㎡～　　　㎡ | | |
| 居間及び食堂の  合計面積 | | | ㎡ | | | トイレの　　　個数、面積 | | 個  ㎡ | | | | 浴室の面積 | | | | ㎡ | | |
| 事務室の面積 | | | | ㎡ | | |
| 介護保険対象サービス利用者負担以外の利用者負担  ※項目が足りない場合は追加してください。 | | 項　目 | | | | | | | | 費　用　額（１月あたり） | | | | | | | | |
| 居住費 | | | | | | | |  | | | | | | | | |
| 食費 | | | | | | | |  | | | | | | | | |
| その他（　　　　　　　　　　） | | | | | | | |  | | | | | | | | |
|  | | | | | | | |  | | | | | | | | |
|  | | | | | | | |  | | | | | | | | |
| 家族の面会時間の設定の有無 | | | | | | | | | | □有（　　　時　　分～　　　時　　分）　　□無 | | | | | | | | |
| 協力医療機関名 | | | | | | | | | |  | | | | | | | | |
| 来客用駐車場の確保、台数 | | | | | | | | | |  | | | | | | | | |