**小規模多機能型居宅介護事業所**

**看護小規模多機能型居宅介護事業所**

**認知症高齢者グループホーム**

**開設申出書**

（該当するものに◯をつけてください。合築型は複数記入してください。）

令和　　年　　月　　日

（あて先）姫路市長

ふりがな

申出者　法 人 名

代表者（予定者）

所 在 地　〒　　‐

電話番号

１．施設を開設しようとする動機・熱意及び事業運営の基本方針について

|  |
| --- |
| 【施設を開設しようとする動機・熱意】 |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
| 【事業運営の基本方針（利用者へのケアマネジメント、サービス提供の内容や考え方、 |
| 画一的なケアとならないための工夫、食事提供に対する考え方など）】 |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |

２．法人の状況

（１）概　要

|  |  |
| --- | --- |
| 名　　称 |  |
| 所 在 地 |  |
| 法人の種別 |  |
| 定款に掲げる  主な事業 |  |

※既存の法人は、法人の定款（別紙１）、履歴事項全部証明書（別紙２）を添付してください。

※法人の決算書を直近３期分添付し、社会福祉法人以外は、会計監査人の証明や法人税の申告書別表様式等、内容を証明できる資料を添付してください。（別紙６）

※既存事業への関係行政庁の監査及び指導状況等について、令和４～６年度の資料（監査結果通知と改善報告書）を添付してください。（別紙７）

（２）代表者（予定者）

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 氏　　名 |  | 生年月日 | 年　　月　　日 |
| 住　　所 | 〒　　　― | | |
| 職　　業 |  | | |

※経歴書を添付してください。（別紙３【様式１】）

※欠格事項非該当誓約書を添付してください。（別紙４【様式２】）

（３）管理者予定者

|  |  |
| --- | --- |
| 事業所種類 | １　小規模多機能型居宅介護事業所  ２　看護小規模多機能型居宅介護事業所  ３　認知症高齢者グループホーム  ４　その他（　　　　　　　　　） |
| 氏名・生年月日  住　所 |  |
| 職　　業  （現在の勤務先等） |  |
| 事業所種類 | １　小規模多機能型居宅介護事業所  ２　看護小規模多機能型居宅介護事業所  ３　認知症高齢者グループホーム  ４　その他（　　　　　　　　　） |
| 氏名・生年月日  住　所 |  |
| 職　　業  （現在の勤務先等） |  |

※経歴書を添付してください。（別紙３【様式１】）

※グループホームにおいて１名が兼務しない場合は２名分記載してください。併設型の場合は、併設事業所（通所系含む）の管理者も記載してください。（適宜行を追加してください。）

※管理者については休職・退職といったやむを得ない場合を除き、開設前の変更は認めません。さらに開設後も最低１年間は管理者としての職務を全うし、退任する場合は十分な引き継ぎを行ってください。

（４）計画作成担当者

|  |  |
| --- | --- |
| 事業所種類 | １　小規模多機能型居宅介護事業所  ２　看護小規模多機能型居宅介護事業所  ３　認知症高齢者グループホーム  ４　その他（　　　　　　　　　） |
| 氏名・生年月日  住　所 |  |
| 職　　業  （現在の勤務先等） |  |
| 事業所種類 | １　小規模多機能型居宅介護事業所  ２　看護小規模多機能型居宅介護事業所  ３　認知症高齢者グループホーム  ４　その他（　　　　　　　　　） |
| 氏名・生年月日  住　所 |  |
| 職　　業  （現在の勤務先等） |  |

※経歴書を添付してください。（別紙３【様式１】）

※グループホームにおいて、ユニットごとに計画作成担当者を配置する場合は、それぞれ記載してください。併設施設がある場合は、併設施設の計画作成担当者も記載してください。（適宜行を追加してください。）

（５）役員名簿

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 役職・氏名・生年月日 |  | 年　　月　　日 |
| 住　所 |  | |
| 役職・氏名・生年月日 |  | 年　　月　　日 |
| 住　所 |  | |
| 役職・氏名・生年月日 |  | 年　　月　　日 |
| 住　所 |  | |
| 役職・氏名・生年月日 |  | 年　　月　　日 |
| 住　所 |  | |

※必要に応じて適宜行を追加してください。

（６）担当者氏名

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 氏　　名 |  | |
| 事務所の所在地 |  | |
| 申出者の連絡先 | 電話 | ＦＡＸ |
| E-mail | |

（７）現在実施中の介護保険事業及び関連事業

|  |  |
| --- | --- |
| ① 介護保険事業（具体的なサービス種別および事業開始年月を記入してください。） | |
| １　居宅サービス  ２　施設サービス | ３　居宅介護支援  ４　地域密着型サービス  ５　その他 |
| ② 関連事業（保健、医療、福祉等） | |
|  | |

※現在実施中の介護保険事業概要・パンフレット等を添付してください。（別紙５）

３．開設予定地の状況

（１）予定地

|  |  |
| --- | --- |
| 属する  日常生活圏域 | 日常生活圏域（　　　小学校区） |
| 地番、地目、面積 | （地　番）　　　　（地　目）　　　　（面　積） |
| ㎡ |
| ㎡ |
| ㎡ |
| ㎡ |
| 合　計　　　　　　　　㎡ |
| 災害ゾーンの確認  （レッド・イエロー）  ※土砂・洪水・  津波・高潮 | □　どちらにも含まれない  □　災害レッドゾーンに含まれる  □　災害イエローゾーンに含まれる |
| →（災害イエローゾーンに含まれる場合）  　□ 土砂災害警戒区域又は１メートル以上の浸水想定区域等  　　→　□　下記のⅠ・Ⅱ・Ⅲ全てを満たす  　　　　□　いずれかを満たさない  　□ １メートル未満の浸水想定区域等  　　→　□　下記のⅡ・Ⅲともに満たす  　　　　□　どちらかを満たさない  Ⅰ）災害イエローゾーン以外での事業用地取得が困難  　（理由：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）  Ⅱ）被災リスク防止軽減のための対策及び迅速な避難を可能と  するための施設・設備上の対策が実施される計画  Ⅲ）被災リスクへの対策が非常災害対策計画、避難確保計画等に  記載される計画 |

※住宅地図（別紙８）を添付し、予定地を赤で囲んでください。

※予定地の現況がわかる写真（周囲４方向から撮影）をＡ４用紙に添付すること。

（別紙９、撮影場所を住宅地図に記入）

※土地履歴事項全部証明書及び字限図を添付すること。（別紙１２・１３、予定地を赤で囲む）

※ハザードマップ拡大図を添付すること。（別紙１４、予定地を赤で囲む）

（２）都市計画法における区域等

|  |  |
| --- | --- |
| 区　　域 | □　市街化区域　　□　市街化調整区域　　□　都市計画区域外 |
| 用途地域 |  |
| 建ぺい率 | ％ |
| 容 積 率 | ％ |

※都市計画図の写しを添付すること。（別紙１１、予定地を赤で囲む）

埋蔵文化財包蔵地や都市計画公園、計画道路予定地は区域を図示してください。

（３）予定地の所有状況等

|  |  |
| --- | --- |
| 所 有 者 | □　法人の所有　　　　　□　法人以外の所有 |
| 法人以外の  所有の場合 | □　所有者から取得予定  □　所有者との賃貸借・使用貸借契約を締結予定（約　　　年間）  □　その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 駐車場の場所 | □　施設予定地内　　　　　　　　　　　　 　台分  □　施設予定地外　　　　　　　　　　　　　　台分  （所在地）  （所有形態）  （面積）　　　　　　　　　　　　　　㎡ |
| 想定駐車台数 | □　業務用車両　　　　　　　　　　　　台  □　来客者用車両　　　　　　　　　　　台  □　職員用車両　　　　　　　　　　　　台 |

※法人以外の所有の場合、状況に応じて別紙１５を添付してください。

※抵当権、根抵当権が設定されている場合は、抵当権者の抹消確約書（別紙１５）を添付してください。

（４）開設予定地の周辺環境等

|  |  |
| --- | --- |
| 道 路 状 況 | □　国道沿い　　　　　□　県道沿い  □　市道沿い　　　　　□　その他（　　　　　　　　）  幅員　　　　　　　ｍ  ※その他の場合、利用が担保されている場合は、それを証明する書類を添付してください。（私道であれば、所有者の同意など） |
| 上水道の状況 | □　有り　　　　　　　□　延長工事が必要 |
| 排水処理の方法 | □　公共下水道　　　　□　その他（　　　　　　　　　　） |
| 文化財発掘調査 | □　不要　　　　　　　□　必要 |
| 都市計画公園、  道路の有無 | □　なし　　　　　　　□　あり |
| 徒歩圏内の  開放的施設 | □　公園　　　　　　　□　公民館  □　スーパー　　　　　□　その他（　　　　　　）  ※住宅地図（別紙８）に示すこと。 |
| 最寄の  公共交通機関 | 電車（　　　　　　　駅）から　徒歩で　　分、車で　　　分  　バス（　　　　　バス停）から　徒歩で　　分、車で　　　分 |

※周辺環境が分かる写真をＡ４用紙に添付すること。（別紙１０）

※文化財発掘調査や都市計画公園、計画道路予定地は区域を図示して下さい。

※周辺住民への説明状況については、別紙３４【参考様式】・３５を添付してください。

４．利用者・家族・地域との交流

利用者・家族・地域との交流に関する取り組みについて記入してください。

|  |
| --- |
| 利用者・家族との交流に関する取り組みについて |
|  |
|  |
|  |
|  |
| 地域との交流に関する取り組みについて |
|  |
|  |
|  |
|  |

５．姫路市・地域包括支援センターとの連携・情報提供

姫路市や地域包括支援センターとの連携・情報提供に関する取り組みについて記入してください。

|  |
| --- |
|  |
|  |
|  |
|  |

６．医療機関等との連携

他の介護・福祉・医療サービスや主治医等との連携について、記入してください。

※令和６年度介護報酬改定により規定された事項を踏まえた内容とすること。

|  |
| --- |
|  |
|  |
|  |
|  |

※協力医療機関等の同意書がある場合は、別紙３３【参考様式】として添付してください。

７．事業所の形態について

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 事業所 | □小規模多機能  □看護小規模多機能 | □グループホーム |
| サテライト事業所  （対象校区のみ） | □サテライト事業所として設置する  （本体事業所名：　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | |
| 開設予定日 | 令和　　年　　月　　日 | |
| 施設の定員 | 定員　　　人  （通所　　人　　宿泊　　人） | 定員　　人（　　ユニット） |
| 利用予定者の  要介護度別割合  （見込み） | １　要支援１　　　人程度  ２　要支援２　　　人程度  ３　要介護１　　　人程度  ４　要介護２　　　人程度  ５　要介護３　　　人程度  ６　要介護４　　　人程度  ７　要介護５　　　人程度  計　　　　　　　　人程度  ※要支援１・２は小規模のみ | １　要支援２　　　人程度  ２　要介護１　　　人程度  ３　要介護２　　　人程度  ４　要介護３　　　人程度  ５　要介護４　　　人程度  ６　要介護５　　　人程度  計　　　　　　　　人程度 |
| 施設の形態 | １　単独型  　２　合築型((看護)小規模多機能及びグループホーム)  上記の他に併設事業所等があれば記入してください。  　　（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）  　※定巡を併設する場合において、定巡のみ不採択となった場合について、  　□　併設施設部分の計画を見直し、看多機等のみの整備を希望  　□　看多機等のみの整備を希望しない  　　（併設施設との一体計画以外では整備しない） | |
| 建物の構造 | 建物の構造　　　　　　造り　　　　階建て  延べ床面積　　　　　　㎡ | |
| 居室・宿泊室  ※内法面積 | 合計　　　　　　　　　㎡  （１名当り平均　　　　㎡） | 合計　　　　　　　　　㎡  （１名当り平均　　　　㎡） |
| 居間及び食堂  ※内法面積 | 合計　　　　　　　　　㎡  （１名当り平均　　　　㎡） | 合計　　　　　　　　　㎡  （１名当り平均　　　　㎡） |

※配置図及び平面図（別紙１６・１７、ともに縮尺２００分の１を厳守）を添付してください。ただし、Ａ３用紙に収まらない場合は縮小すること。

※平面図は施設種別、専用部分、共用部分に応じて色分けして下さい。また、必要と思われる設備・備品（浴槽、洗面台、便器、ベッド、食卓、キッチンなど）の位置・方向についても、詳細に記載してください。

※市が示す「望ましい設計例等（別紙１８【様式３】）」を満たすよう努めてください。

※開設に至る整備スケジュール・工程表（別紙１９）を添付してください。

※既存建物を利用する場合は、現況がわかる写真（別紙２０）をＡ４用紙に添付し、必要に応じて別紙２１、２２を添付してください。

※土地・建物にかかる関係機関との事前協議の状況について別紙２３【参考様式】を添付してください。

８．事業計画（この様式によりがたい場合は独自作成も可能です。）

　（１）資金計画（説明会資料の補助金があるものとして試算してください。）

　　※ただし、補助金の有無や金額は未確定であり、支給されない場合や減額となる場合

があります。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 整備事業費 | | 資金計画 | |
| 用 地 取 得 費 | 千円 | Ⓓ補助金 | 千円 |
| 用 地 造 成 費 | 千円 | 自己資金　※イ | 千円 |
| Ⓐ建 設 工 事 費 | 千円 | 寄附金　※ウ | 千円 |
| Ⓑ備品購入費および  開設準備経費　**※ア** | 千円 | 福利医療機構  借入金 | 千円 |
| Ⓒ設 計 監 理 費 | 千円 | 民間等借入金 | 千円 |
|  |  | その他（　　　　） | 千円 |
| 合　計 | 千円 | 合　計 | 千円 |

* 補助金は用地費及び運転資金には使用できません。
* アについては、備品購入費および開設準備経費の内訳を添付してください。（別紙２９）
* イについては法人の**「R7.4.1付」**および**「R7.10.1付」**の2種類の預金残高証明書を添付してください。（別紙２４）
* ウについては寄附予定者の**「R7.4.1付」**および**「R7.10.1付」**の2種類の預金残高証明書を添付してください。（別紙２５）
* 全ての借入金や寄附金について確約書等があれば添付してください。（別紙２５、２６）

　（２）短期・長期収支計画（説明会資料の補助金があるものとして試算してください。）

※ただし、補助金の有無や金額は未確定であり、支給されない場合や減額となる場合があります。

|  |  |
| --- | --- |
| 事業収支計画 | ①　短期収支計画書（１月ごと１２ヶ月間）【様式４】  ②　長期収支計画書（１年ごと２０年間）【様式５】  ※ 別紙２８として作成してください。  ※ 借入金の償還計画書を添付してください。（別紙２７） |
| 開設後３年度目に  おける運転資金等の  必要見込金額 | 千円　…Ⓗ  （年度事業費支出の１２分の　　以上に相当）  ※　別紙２８【様式５】の長期収支計画書の３年度目の金額と  整合性を保ってください。 |
| 寄附予定者  （整備資金） | （氏　名） 　　（法人との関係）　　（寄附予定額）  千円 |
| 千円 |
| 合 計 　　　　　　　　　　 　　　　　　　　　　千円 |
| 寄附予定者  （運転資金） | （氏　名） 　　（法人との関係）　　（寄附予定額）  千円 |
| 千円 |
| 合 計 　　　　　　　　　　 　　　　　　　　　　千円 |

|  |  |
| --- | --- |
| ※次の「Ⓖ及びⒽに相当する金額以上を現に有していること」を自己資金及び寄附金の預金残高証明書（R7.10.1付）をもって証明してください。 | |
| （１）資金計画より | （２）短期・長期資金計画より |
| Ⓐ＋Ⓑ＋Ⓒ　＝　　　　　　　千円…Ⓔ  Ⓔ－Ⓓ　　　＝　　　　　　　千円…Ⓕ  Ⓕ×２割　　＝　　　　　　　千円…Ⓖ | Ⓗ　＝　　　　　　　千円 |
| よって、Ⓖ＋Ⓗ　＝　　　　　　　　千円　＜　預金残高証明書（自己資金＋寄附金）  （注）「（１）資金計画」内の「自己資金（※イ）」欄及び「寄附金（※ウ）」欄の合計が  Ⓖに相当する額以上となるような計画にする必要があります。 | |

９．人員の配置（予定を含む）

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 事　業　所 | □小規模多機能  □看護小規模多機能 | □グループホーム |
| 管理者（常勤） | 専　従　・　兼　務  （兼務する職種　　　　　　） | 専　従　・　兼　務  （兼務する職種　　　　　　） |
| 介護支援専門員  （計画作成担当者） | （１）常勤 　人・非常勤 　人  （常勤換算　　　　人）  （２）専従・兼務  （兼務する職種　　　　） | （１）常勤 　人・非常勤 　人  （常勤換算　　　　人）  （２）専従・兼務  （兼務する職種　　　　） |
| 介護職員 | （１）常勤 人・非常勤 人  （常勤換算　　　　人）  （２）介護福祉士　　　人  訪問介護員　　　人  　　　その他　　　　　人 | （１）常勤 人・非常勤 人  （常勤換算　　　　人）  （２）介護福祉士　　　人  訪問介護員　　　人  　　　その他　　　　　人 |
| 看護師又は准看護師※グループホームは必須でない | （１）常勤 　人・非常勤 　人  （常勤換算　　　　人）  （２）専従・兼務  （兼務する職種　　　　） | （１）常勤 　人・非常勤 　人  （常勤換算　　　　人）  （２）専従・兼務  （兼務する職種　　　　） |

10．介護報酬以外に徴収する費用について

徴収を予定されている費用についてすべて記入してください。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 事　業　所 | □小規模多機能  □看護小規模多機能 | □グループホーム |
| 宿泊に要する  費用・居住費 | 円／日 | 円／日 |
| 食費・食材料費 | 円／日 | 円／日 |
| 敷　金　等 | ― | 円 |
| その他：  （〇〇〇）費 | 円／日 | 円／日 |
| その他：  （△△△）費 | 円／日 | 円／日 |
| その他：  （□□□）費 | 円／日 | 円／日 |
| ＜算出内訳＞ |  |  |

※全ての費用は、消費税の増税ややむを得ない事情がある場合を除き、原則として開設日から５年間については、変更不可能とします。

※算出内訳については詳細に記入してください。その他の徴収費用については行を追加するなどして、全て記載してください。必要に応じて単位（月・回）の変更も可能です。

11．事業運営の具体的方針について

　事業運営の具体的方針について記入してください。

　※令和６年４月１日から義務化された各事項を踏まえた内容とすること。

|  |
| --- |
| 運営推進会議のあり方など、利用者等へ必要な情報提供を行う仕組み |
|  |
|  |
|  |
| 自己・外部評価（第三者評価）の方法やその反映方法などサービスの質の向上策 |
|  |
|  |
|  |
| 苦情解決の仕組み |
|  |
|  |
|  |
| 人員確保、職員研修等の取り組み |
|  |
|  |
|  |
| 利用者の権利擁護に対する取り組み |
|  |
|  |
|  |
| その他 |
|  |

※人員確保の具体的スケジュールを記載した書面を添付してください。（別紙３０）

※職員研修の具体的スケジュールを記載した書面を添付してください。（別紙３１）

また、令和５年度に実施した職員研修の実施実績を添付してください。（別紙３２）

12．防災対策について

　非常災害対策に関する取り組みについて、記入してください。

（消防設備等の防災対策、避難訓練の実施、非常災害に関する具体的計画など）

　※令和６年４月１日から義務化された各事項を踏まえた内容とすること。

　※予定地が災害イエローゾーンに含まれる場合は、それを踏まえた内容とすること。

|  |
| --- |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |

13．感染症・食中毒対策について

感染症や食中毒の予防及びまん延の防止のための取り組みについて、検討されていることを具体的に記入してください。（施設の消毒頻度、発生時の対応方法など）

　※令和６年４月１日から義務化された各事項を踏まえた内容とすること。

|  |
| --- |
|  |
|  |
|  |
|  |

14．事業所連絡会への加入について

・（看護）小規模多機能型居宅介護事業所：小規模多機能型居宅介護事業所連絡会

・認知症高齢者グループホーム：姫路市グループホーム連絡協議会

|  |  |
| --- | --- |
| 事業所連絡会に | □　加入する　　　　□　加入しない |