**定期巡回・随時対応型訪問介護看護事業所**

**開設申出書**

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

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（介護・看護サービスの運営方針、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など）】 |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |

２．法人の状況

（１）概　要

|  |  |
| --- | --- |
| 法　人　名 |  |
| 主たる事務所の所在地 |  |
| 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）、法人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

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

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 氏　　名 |  | 生年月日 | 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】）。

※併設事業所（デイサービスセンター等）の管理者も合わせて記載してください。（適宜行を追加してください。）

※計画作成責任者とオペレーターにつき、配置予定者が決まっている場合は経歴書を添付してください。（別紙３３【様式１】）

※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おこなってください。

（４）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 |  | |
| 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。

（５）担当者

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

（６）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

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 所在地 | 姫路市 | |
| 日常生活圏域名 | 圏域 | 小学校区 |
| 都市計画法に  おける用途地域 |  | |
| 最長到着時間 | 通報を受けてから担当地域内の利用者宅までの  最長到着時間　　　　　　　 分 | |
| 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を全て満たす  　　　　□　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  　　→　□　Ⅱ・Ⅲをともに満たす  　　　　□　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 | |

※住宅地図を添付すること。（別紙８、予定地を赤で囲む）

※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）

※都市計画図の写しを添付すること。（別紙１０、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。

※土地履歴事項全部証明書および字限図を添付すること。（別紙１１、１２、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１３、予定地を赤で囲む）

※周辺住民への説明状況については、別紙３８【参考様式】・３９を添付してください。

（２）予定地の所有状況等

|  |  |
| --- | --- |
| 所 有 者 | □　法人の所有　　□　法人以外の所有 |
| （上記で）  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）　　　　　　　　　　　　　　㎡ |

※法人以外の所有の場合、状況に応じて別紙１４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１４）を添付してください。

４．事業所の形態について

|  |  |
| --- | --- |
| 開設予定日 | 令和　　年　　月　　日 |
| 利用予定者の  要介護度別割合  （見込み） | １　要介護１　　　　　　人程度  ２　要介護２　　　　　　人程度  ３　要介護３　　　　　　人程度  ４　要介護４　　　　　　人程度  ５　要介護５　　　　　　人程度  計　　　　　　　　人 |
| 事業所の形態 | １　一体型  （該当する方を○で囲む）  　２　連携型  →　連携型の場合、下記を添付・記入すること。  ・連携事業所一覧（別紙１５【様式３】）  ・連携にかかる契約書・同意書等（別紙１６【参考様式】）  ※医療・介護連携推進会議への参加を想定している事業者名  （　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 上記の形態を  選択した理由  （メリットなど） |  |
| 随時対応サービス、  定期巡回サービス、  随時訪問サービス  の他の事業所への  一部委託の有無 | 一部委託　　１　有り　　２　無し  →　有りの場合、下記を添付・記入すること。  ・一部委託先事業所一覧（別紙１７【様式４】）  ※一部委託するサービスの内容  （　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 施設の形態 | １　単独型  （併設する事業所に○印を付ける）  　２　併設型  　→　併設型の場合、下記を記入すること。  ※併設する介護保険事業所等の内容  　　　（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 建物の構造 | 建物の構造　　　　　造り　　　　階建て（　　　階部分）  延べ床面積　　　　　㎡  ※マンション等の一室を使用する場合はその部屋の専有面積 |

※配置図・平面図（別紙１９・２０、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。

※開設に至る整備スケジュール・工程表（別紙２１）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２２）をＡ４用紙に添付し、必要に応じて別紙２３、２４を添付してください。

※土地・建物に関する関係機関との事前協議の状況について別紙２５【参考様式】を添付してください。

５．サービス提供エリアについて

|  |  |
| --- | --- |
| 通常の事業の実施地域 | 事業所所在地の日常生活圏域全てを  １　含む  　２　含まない→（　　　　　　　　校区を除く） |
| 同一建物内の居住施設の有無 | １　あり　（種類　　　　　　　、戸数：　　　戸）  ２　なし |

６．利用者・家族・地域との連携

利用者・家族・地域との連携に関する取り組みについて記入してください。

|  |
| --- |
| 利用者・家族との連携に対する取り組みについて |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
| 地域との連携に対する取り組みについて |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |

７．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。

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

８．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。

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

※協力医療機関等の同意書がある場合は、別紙１８として添付してください。

９. 設置機器の概要

オペレーターとの適切な通信手段が備えられている通信機器を使用するか、具体的に記載してください。

|  |
| --- |
|  |

※必要に応じて、概要図、パンフレット、写真等を添付すること。（別紙２６）

10．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 | 福祉医療機構  借入金 | 千円 |
| Ⓒ設 計 監 理 費 | 千円 | 民間等借入金 | 千円 |
|  |  | その他（　　　） |  |
| 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３２）
* 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２７）
* 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２８）
* 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２８、２９）

（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５】  ②　長期収支計画書（１年ごと２０年間） 【様式６】  ※ 別紙３１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３０） |
| 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３１【様式６】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。 | |

11．人員の配置（予定を含む）

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 管理者（常勤） | | | 専従　　・　　兼務　（兼務する職種　　　　　　　　　） | | | | | | | |
|  | オペレーター | | 訪問介護員等 | | | | 看護職員 | | うち計画作成責任者 | |
| 定期巡回  サービス | | 随時訪問  サービス | |
| 専従 | 兼務 | 専従 | 兼務 | 専従 | 兼務 | 専従 | 兼務 | 専従 | 兼務 |
| 常　勤  (人) |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 非常勤  （人） |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| ・オペレーター（合計　　　人）  　資格　①医師（　　人）　　　②保健師（　　人）　　　③看護師（　　人）  　　　　④准看護師（　　人）　⑤社会福祉士（　　人）　⑥介護福祉士（　　人）  　　　　⑦介護支援専門員（　　人）  ⑧経験年数の要件を満たすサービス提供責任者（　　人） | | | | | | | | | | |
| ・訪問介護員等（合計　　　人）  　資格　①介護福祉士（　　人）　②訪問介護員（基礎研修　　人、1級　　人、2級　　人）  　　　　③その他（　　　　　　　　　　　　　）（　　人）  上記以外に、訪問介護事業所への業務委託で確保する訪問介護員等の数　（　　　人） | | | | | | | | | | |
| ・看護職員（合計　　　人）  （連携型事業所は医療・介護連携推進会議の出席を想定している連携先の状況）  資格　①保健師（　　人）　　　②看護師（　　人）　　　③准看護師（　　人）  　　　④理学療法士（　　人）　⑤作業療法士（　　人）　⑥言語聴覚士（　　人） | | | | | | | | | | |
| ・計画作成責任者（合計　　　人）  　資格　①医師（　　人）　　　②保健師（　　人）　　　③看護師（　　人）  　　　　④准看護師（　　人）　⑤社会福祉士（　　人）　⑥介護福祉士（　　人）  　　　　⑦介護支援専門員（　　人） | | | | | | | | | | |

※オペレーター、訪問介護員等、看護職員、計画作成責任者については、延べ人数と

各資格人数の合計が合致するように記入すること。

※従業者の勤務体制及び勤務形態一覧表を添付すること。（別紙３４【様式７】）

12．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。

|  |
| --- |
| 介護・医療連携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（想定新規雇用人数および介護資格所持状況等）を記載した書面を添付してください。（別紙３５）

※職員研修の具体的スケジュール（開設前および開設後１年間）を記載した書面を添付してください。（別紙３６）また、令和６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３７）

13．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。

（事業を継続するための方法、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。

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

14．感染症対策について

感染症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。（訪問時の対応方法、法人としての取組方針など）

　※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。

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

15. 事業所連絡会への加入について

|  |  |
| --- | --- |
| 事業所連絡会（兵庫あんしんネット２４）に | □　加入する　　　□　加入しない |