（第１号様式）

　　令和　年　　月　　日

　選定委員会委員長

（健康福祉局障害保健福祉部長）

|  |  |
| --- | --- |
| 住　　　　所 |  |
| 法 　人　 名 |  |
| 代表者職氏名 |  | 印 |

　　令和２年度障害者共同生活援助事業計画書

【運営主体について】

|  |  |
| --- | --- |
| 法人格の有無 | □　有り　　　　　　　　□　無し |
| （無しの場合）取得予定時期 |  |
| 共同生活援助の運営実績 | □実績あり　　　　　□実績なし |
| （実績ありの場合）川崎市内外の実績 | □　川崎市内での実績　　　　年　　ヶ月(※平成１８年４月１日以降の実績を記載)　□　川崎市外での実績　　　　　　都・道・府・県　　　　市・区　　　　年　　ヶ月（※平成１８年４月１日以降の実績を記載） |
| 共同生活援助以外の障害者・障害児の事業実績 | □実績あり　　　　　□実績なし |
| （実績ありの場合）事業内容 | （事業名） | （期間） |
| 共同生活援助の定員減の有無 | * 減員していない　　□　減員した
 |
| 辞退の有無 | □　辞退していない　□　辞退した |
| 承認取消しの有無 | * 承認取消しを受けていない　　□　承認取消しを受けたことがある
 |
| 返還請求等の有無 | □　返還請求を受けていない　□　返還請求を受けたことがある |

※　「共同生活援助の定員減の有無」は、過去５年以内に共同生活援助事業所の定員減の有無についてお答えください。

※　「辞退の有無」は、過去５年以内に障害者共同生活援助事業所選定委員会で受けた決定についてお答えください。

※　「承認取消しの有無」は、過去５年以内に障害者共同生活援助事業所選定委員会で承認を受けた定員の承認取消しの有無についてお答えください。

※　「返還請求等の有無」は、同一法人が運営する事業所において、過去５年以内の不正受給等による返還請求の有無についてお答えください。

【計画内容について】

|  |
| --- |
| 　□　①新規事業所開設（類型：□介護サービス包括型　□日中サービス支援型　□外部サービス利用型） |
| 　□　②新規共同生活住居（サテライト型住居を含む）の設置による定員増 |
| 　□　③転居に伴う定員増 |
| 　□　④既存の共同生活住居の定員増 |
| 　□　その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| ＜定員の状況＞（※②～④の場合のみ、事業所全体の状況について御記載ください。）現在の定員：　　　　　人　　　　現在の入居者数：　　　　　人 |
| ＜定員に空きがある場合、定員増を申請する理由を御記載ください＞ |

【当該共同生活援助事業所に配置する予定の管理者】

|  |  |
| --- | --- |
| 氏名 |  |
| 就業形態 | 　□　専従　　□　兼務（兼務先：　　　　　　　　　　　） |
| 兼務する職種・事業所等 |  |
| 資　　　格 |  |
| 実務経験 | （勤務先） | （期間） |

【当該共同生活援助事業所に配置する予定のサービス管理責任者】

|  |  |
| --- | --- |
| 氏名 |  |
| 就業形態 | 　□　専従　　□　兼務（兼務先：　　　　　　　　　　　） |
| 兼務する職種・事業所等 |  |
| 研修受講状況 | ・サービス管理責任者等基礎研修□　受講済み（　年　月）　□　受講予定（　年　月）　□　未定・サービス管理責任者等実践研修□　受講済み（　年　月）　□　受講予定（　年　月）　□　未定・サービス管理責任者等更新研修□　受講済み（　年　月）　□　受講予定（　年　月）　□　未定・サービス管理責任者補足研修（又は相談支援従事者初任者研修）　□　受講済み　□　受講予定（　年　月）　□　未定 |
| 資格 |  |
| 実務経験 | （勤務先） | （期間） |

【当該共同生活住居について】

|  |  |
| --- | --- |
| 名　称（予定） |  |
| 入居定員 | 新規　　　　名（男性　　名、女性　　名） |
| 増員　　　　名（男性　　→　　名、女性　　→　　名） |
| 所在地（予定） |  |
| 開設（増設）予定 | 　　　　　年　　　月 |
| 主たる障害 | □　身体　　□　知的　　□　精神　　□　定めない |

【当該共同生活住居における、夜間・土日等の支援体制の予定】

|  |  |
| --- | --- |
| 夜間支援の有無とその体制 | □　あり（週　　日：　　時～　　時）　□　なし |
| ⇒　□　夜勤　□　宿直　□その他（　　　　　　　　） |
| 土日祝日の支援 | □　あり（月　　日：　　時～　　時）　□　なし |
| バックアップ施設 | □確定している　・名　　　称：　　・事業所からの距離：　　　ｋｍ、　　　　分　□未定 |

【当該共同生活住居に関する建物の概要】

|  |  |
| --- | --- |
| 住居区分 | 　□　一戸建て　　□　集合住宅　　□　その他（　　　　　　　　） |
| 新築・既存の別 | □　新築物件　　　□　既存物件 |
| 建物所有者 | 氏　　名：住　　所： |
| １人あたり家賃額 | 実家賃① | 月額　：　　　　　　円 |
| 特定障害者特別給付費（国）② | 月額　：　　　　　　円 |
| 家賃助成加算（市）③ | 月額　：　　　　　　円 |
| 利用者自己負担額①－（②＋③） | 月額　：　　　　　　円 |
| 入居時負担金の有無とその内容 | □　あり　　　　　　　　□　なし |
| ⇒ |
| 入居者居室数 | 　　　　　　　　　　　　室 |
| 世話人室 | □　あり（　　　㎡）　　□　なし |
| 当該物件について | ●　立地の特徴 |
| ●　設備の特徴 |
| ●　同一物件内における他の共同生活住居の有無（他法人運営のものも含む）□有り　　　　　　□無し（有りの場合）共同生活住居名　　　　　　　　　　　定員　　名 |
| ●　同一物件内における他の事業の有無（同一法人運営のもの）※　予定も含めてお答えください。□有り　　　　　　□無し（有りの場合）事業名　　　　　　　　　　　　　　 |
| ●　土砂災害警戒区域への該当□該当有り　　　　□該当無し　（有りの場合）区域の種類　　　　　　　　　　　　　　 |
| 物件確保の進捗状況 | * 開設予定地又は物件が確実に確保でき、変更の見込みがない。（土地を所有している、賃貸借契約をしている、等）
* 開設予定地又は物件が確保できる見込みである。（賃貸の仮契約をしている、等）
* 開設予定地又は物件の候補があるが、仮契約等は行っていない。
* その他（

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |

※　予定地案内図、各居室の面積や共有スペースを記入した平面図を必ず添付してください。

【開設後の研修体制等、職員の資質向上に向けた取組について】

|  |
| --- |
| （自由記述） |

【地域のニーズ、利用者のニーズに配慮している点】

|  |
| --- |
| （自由記述） |

|  |
| --- |
| 【当該共同生活住居の世話人・生活支援員・夜間支援員等（予定）の状況】 |
| 氏　　名 | 勤務形態 | 兼務先事業所名（兼務の場合） | 職種 | 週の勤務時間 | 夜勤等回数（週） | 職務に関する資格 | 障害福祉に関する実務経験 |
|  | 常　勤（専・兼）非常勤（専・兼） |  |  | 時間 | 回 |  | 　　　　年　　　　　　　　　　　　　 |
|  | 常　勤（専・兼）非常勤（専・兼） |  |  | 時間 | 回 |  | 　　　　年　　　　　　　　　　　　　 |
|  | 常　勤（専・兼）非常勤（専・兼） |  |  | 時間 | 回 |  | 　　　　年 |
|  | 常　勤（専・兼）非常勤（専・兼） |  |  | 時間 | 回 |  | 　　　　年　　　　 |
|  | 常　勤（専・兼）非常勤（専・兼） |  |  | 時間 | 回 |  | 　　　　年　　　　 |
|  | 常　勤（専・兼）非常勤（専・兼） |  |  | 時間 | 回 |  | 　　　　年　　　　 |
|  | 常　勤（専・兼）非常勤（専・兼） |  |  | 時間 | 回 |  | 　　　　年　　　　 |
|  | 常　勤（専・兼）非常勤（専・兼） |  |  | 時間 | 回 |  | 　　　　年　　　　 |
| ※行が足りない場合は、行を追加するか、資料を添付してください。【当該共同生活住居の入居予定者の状況】入居者について　…　□公募する（　　　　名）　　□公募しない |
| 入居予定者氏名 | 年齢 | 障害支援区分 | 障害種別 | 住所地（〇〇区○○町） | 通所先等 | 入居理由 |
|  |  |  |  | 　　 |  |  |
|  |  |  |  | 　　　　 |  |  |
|  |  |  |  | 　　　　 |  |  |
|  |  |  |  | 　　　　 |  |  |
|  |  |  |  | 　　　　 |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |

※行が足りない場合は、行を追加するか、資料を添付してください。