|  |
| --- |
| 事　前　協　議　書 |

訪問リハビリテーション

　　法人名：

 代表者名：

**訪問リハビリテーション（介護予防訪問リハビリテーション）事業計画書Ⅰ**

令和　　年　　月　　日

担当者　　氏名

　　　　　連絡先（電話）

１．事業所を行う動機、目的及び理念

（１）動機

（２）目的

（３）理念

２．提供するサービスの内容

　※具体的に記載してください。

３．管理者のこれまでの経歴

（１）氏名：

（２）経歴

　　※医療、保健、福祉等に関する資格、経歴を記載してください。

　　　（記載しきれない場合には、別途添付してください。）

４．サービス提供責任者の経歴（二人以上いる場合は、それぞれ記入）

（１）氏名：

（２）経歴

　　※医療、保健、福祉等に関する資格、経歴を記載してください。

　　　（記載しきれない場合には、別途添付してください。）

**訪問リハビリテーション（介護予防訪問リハビリテーション）事業計画書Ⅱ**

令和　年　月　日

１．法人の概要

|  |  |
| --- | --- |
| 法人名 |  |
| 法人の所在地 | （〒　　　－　　　　） |
| 法人の連絡先 | 電話 |  | FAX |  |
| 代表者の職・氏名 |  |

 ※　所在地は定款登記簿のとおり記載して下さい。

２．事業所の概要

|  |  |
| --- | --- |
| 事業所の名称 |  |
| 事業所の所在地 |  （〒　　－　　　） |
| 通常の事業実施地域 |  |
| 事業開始予定日 | 令和　　年　　月　　日 |

３．人員配置の状況

　事業開始までに採用可能な人員数を記載してください。

　また、【別紙　採用（予定）職員名簿】を添付してください。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 医師 | 理学療法士 | 作業療法士 |  言語聴覚士 |
| 専 従 | 兼 務 | 専 従 | 兼 務 | 専 従 |  兼 務 |  専 従 | 兼 務 |
| 常　　勤 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 非　常　勤 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 常勤換算後の人数 |  |  |  |  |

４．設備状況

|  |  |
| --- | --- |
| 施設建物の構造 | （　　　　　造）（　　　階建ての　　　階） |
| 　　　設備の状況 | ①事務室（　　　㎡）②相談室（　　　㎡）③手洗い場の有無（ 有 ・ 無 ） |
| 新築・改修工事の実施 予定期間 | 着工 | 令和　　年　　月　　日 |
| 竣工 | 令和　　年　　月　　日 |
| 土地・建物の所有及び使用状況 |  ①土地 （所 有 者：　　　　　　　　　　　　　） ②建物 （所 有 者：　　　　　　　　　　　　　） ③賃貸借契約期間　（令和　　年　　月　　日～令和　　年　　月　　日） |

　※また、【建物の立面図、平面図、周辺図】を添付してください。

５．事業者の組織図

　　 ※ 法人全体の事業がわかるもの及び事業所の組織図を記載して下さい。（既存の組　　　　織図でも可）

６．利用者見込者数（【別紙 利用者見込み数】に記載）

　　※利用者見込数算出の根拠を明記してください。（開始月の見込、その後の増減など）

７．収支の見込み（【別紙 事業収支予算書】に記載）

 ※収入、支出に分けて初年度、次年度の収支見込額を記載してください。

　　　また、積算の内訳を明記してください。

　　※収入は、「６．利用見込み者数」とリンクするようにしてください。

８．事業所設置予定地域の他事業所（同業種）の状況

９．その他添付書類

　　「設備基準チェックリスト」をチェックしてください。

　　※事前協議の段階では、建築前または改修前と思われますが、内容を確認したとい

　　　うことでチェックしてください。