|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **法人名****開設計画について（就労継続支援Ｂ型）** |  | **代表者** |  |
| **事業所名** |  | **所在地** |  |
| **記載者** |  | **連絡先****電話番号** |  |
| 就労継続支援Ｂ型事業については、指定基準第201条第1項及び第3項において、利用者に生産活動に係る事業の収入から生産活動に係る事業に必要な経費を控除した額に相当する金額を工賃として支払うこととなっており、利用者が自立した日常生活又は社会生活を営むことを支援するため、工賃水準を高めていくことが求められています。また第2項により、1月当たりの工賃の平均額は3,000円を下回ってはならないとされています。この基準を満たす計画や就労継続支援Ｂ型事業所を開設するに至った動機を記載してください。（記載欄が足りない場合は別紙の添付可） |
| **●開設の動機について****障がい福祉サービス事業所を開設されるのは、どのような目的、理由からですか。****また、就労継続支援Ｂ型事業を選択した理由と事業所開設地を選んだ理由を記載してください。** |
|  |
| **目的を達成するための具体的な方法を具体的に記載してください。** |
|  |
| **●事業の内容について****利用者の具体的な業務内容を記載してください。** |
|  |
| **利用者の工賃の予定額及びその根拠を記載してください。** |
|  |
| **●利用者の確保について****利用者の募集方法、利用者の確保の目途について記載してください。** |
|  |
| **●在宅支援について****在宅支援を行う予定の有無、在宅支援の利用者の割合、在宅支援の利用者の業務内容とその支援方法について記載してください。** |
|  |
| **●施設外就労について****施設外就労を行う予定の有無、施設外就労先の名称・業務内容について記載してください。** |
|  |
| **●サービス管理責任者について****該当する箇所を〇で囲んでください。（　）の箇所は数字を入力してください。** |
| **・サービス管理責任者との雇用契約　　　　契約済み　・　未契約（　月　日契約予定）****・サービス管理責任者の雇用期間の見込み　　１年以内（　　か月）　・　１年以上** |

**留意事項**

* **工賃について**

　指定就労継続支援Ｂ型では、生産活動に係る事業の収入から生産活動に係る必要な経費を控除した額に相当する金額を工賃として支払わなければなりません。

支払う工賃の額は工賃規定に定めなければなりませんが、その工賃の額は作業量に応じて工賃

額を設定し、利用者の技能に応じた工賃の差を設定してはいけません。

なお、工賃の支払いに要する額は、原則として、自立支援給付を充てることはできませんのでご注意ください。

　　また指定就労継続支援Ｂ型事業者は、年度ごとに、工賃の目標水準を設定し、当該工賃の目標水準及び前年度に利用者に対し支払われた工賃の平均額を利用者に通知するとともに、本市に報告しなければなりません。

* **利益供与の禁止**

指定就労系サービス事業者は、障がい者の意思決定を歪めるような金品授受による利用者誘因行為や就労斡旋行為を行うことはできません。具体的には、「利用者が友人を紹介した際に、紹介した利用者と紹介された友人に金品を授与すること」、「障害福祉サービスの利用を通じて通常の事業所に雇用されるに至った利用者に対し祝い金を授与すること」、「利用者の就職を斡旋した事業所に対し金品の授与を行うこと」、「食事提供にかかる費用を無料または費用負担なし等と謳って利用者を募集すること」などが挙げられます。

* **利用者に関する留意事項**

　・利用者の出欠、作業時間、作業量等は個別支援計画に基づいたものであるとともに、利用者の

自己決定の尊重に配慮したものであること。

　・各障がい者の作業量が予約された日に完成されなかった場合にも、工賃の減額、作業員の割当

の停止、資格剝奪等の制裁を課さないものであること。

　・生産活動において実施する支援は、作業に対する技術的指導に限られ、指揮監督に関するもの

は行われないこと。

　・労働者災害補償保険法の適用がないことから、利用者に対する災害における賠償手段として、

任意保険の加入促進を図るとともに、労働安全衛生法を準用した安全衛生管理を極力行うこと。

[ ] **上記のとおり開設計画を届け出るとともに、留意事項についても理解いたしました。**

※□にチェックを入れ、事前協議書類に合わせて提出してください。