別紙１－３

事　業　計　画　書

１　対象事業所の概要

|  |  |
| --- | --- |
| 事業所名（定　　　員） |  |
| 事業所所在地 | 〒 |
| サービス種類 | 施設入所支援・短期入所・共同生活援助 |
| 建物の構造 | 　造　　　　階建（対象事業所：　 　階部分） |
| 建物の所有関係 | 運営法人自己所有 ・ 借家（所有者：　 　　　　　　　）※借家には集合住宅を含む。 |

２　利用状況

　　※該当する項目があれば〇をつけてください。

|  |  |
| --- | --- |
|  | 名古屋市からの依頼を受け、在宅障害者（児）の介護者に新型コロナウイルス等の感染が確認された場合に在宅障害者（児）の緊急受入を実施する。 |
|  | 名古屋市からの依頼を受け、在宅障害者（児）の介護者に新型コロナウイルス等の感染が確認された場合に在宅障害者（児）の緊急受入が可能である。 |

３　陰圧装置設置等に係る事業計画

（１）簡易陰圧装置の設置　　※設置場所が分かる図面を添付してください。

|  |  |
| --- | --- |
| 事業内容（設置場所等や感染症発生時の使用法を記載してください。） |  |
| 居室の利用定員 |  | 設置台数 |  |
| 工事等開始予定日 | 年　　月　　日 |
| 工事等完了予定日 | 年　　月　　日 |

（２）換気設備の設置　　　※設置場所が分かる図面を添付してください。

|  |  |
| --- | --- |
| 事業内容（設置場所等や感染症発生時の使用法を記載してください。） |  |
| 居室の利用定員 |  | 設置台数 |  |
| 工事等開始予定日 | 年　　月　　日 |
| 工事等完了予定日 | 年　　月　　日 |