

共同生活援助事業所(グループホーム)の指定に係る記載事項(その1)

受付番号

主たる事業所	フリガナ							
	名称							
	所在地	(郵便番号 - )						
	連絡先	電話番号			FAX番号			
	メールアドレス							
サービスの提供形態 (該当部分に○)	介護サービス包括型		生活支援員の業務の外部委託の予定 有(月 時間)・無					
	日中サービス支援型		生活支援員の業務の外部委託の予定 有(月 時間)・無					
	外部サービス利用型		受託居宅介護サービス事業者が事業を行う事業所の名称及び所在地並びに当該事業者の名称及び所在地			別紙のとおり		
実施主体が地方公共団体である場合は、当該事業の実施について定めてある条例等					第 条 第 項 第 号			
管理者	フリガナ			(郵便番号 - )				
	氏名			住所				
	他の事業所、施設又は医療機関の従業者との兼務(兼務の場合記入)	事業所等の名称						
		兼務する職種及び勤務時間等						
利用定員数		人						
従業者の職種・員数		サービス管理責任者		世話人		生活支援員		
		専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	
従業者数	常勤(人)							
	非常勤(人)							
常勤換算後の人数(人)								
基準上の必要人数(人)								
関係機関等との連携体制等		連携施設の種別・名称						
		支援体制の概要						
その他参考となる事項		第三者評価の実施状況		している・していない				
		苦情解決の措置概要	窓口(連絡先)				担当者	
		その他						
協力医療機関		名称				主な診療科名		
協力歯科医療機関		名称						
添付書類		別添のとおり(登記簿謄本又は条例等、共同生活住居の構造概要及び平面図、経歴書、運営規程、利用者からの苦情を解決するために講ずる措置の概要、協議会等への報告・協議会からの評価等に関する措置の概要、勤務体制・形態一覧表、設備・備品等一覧表、実務経験証明書又は実務経験見込申立書、雇用証明書又は雇用確約証明書、協力医療機関との契約内容がわかるもの、誓約書)						

(備考) 1 「受付番号」「基準上の必要人数」「基準上の必要定員」欄には、記載しないでください。

2 記入欄が不足する場合は、適宜欄を設けて記載するか又は別葉に記載した書類を添付してください。

3 「その他の費用」欄には、入所者が負担することとなる経費(家賃、光熱水費、食材料費、日用品費等)について記載してください。

付表6

## 共同生活援助事業所(グループホーム)の指定に係る記載事項(その2)

共同生活住居①	フリガナ 名 称	-----		
	所在地	(郵便番号 - )		
	連絡先	電話番号		FAX番号
	グループホームに供する建物形態			
	①住居区分: <input type="checkbox"/> 一戸建て, <input type="checkbox"/> アパート, <input type="checkbox"/> マンション, <input type="checkbox"/> その他( )			
	②建物所有者名:			
	③賃貸借契約の内容: ア 敷金[ 円], イ 礼金[ 円], ウ 家賃(月額)[ 円], エ 契約期間[ 年 月 日~ 年 月 日], オ 賃貸料がない理由[ ]			
	④住居の利用定員数: 人			
	⑤居室数: 室(うち個室 室)			
	⑥入居者1人当たりの居室の最小床面積: m <sup>2</sup>			
	一体的に運営するサテライト型住居~ か所			
	一体的に運営するサテライト型住居の利用者から連絡を受ける通信機器~			
	主たる対象者	身体障害者 ・ 知的障害者 ・ 精神障害者 ・ 難病等対象者		
	利用料			
その他の費用				
共同生活住居②	フリガナ 名 称	-----		
	所在地	(郵便番号 - )		
	連絡先	電話番号		FAX番号
	グループホームに供する建物形態			
	①住居区分: <input type="checkbox"/> 一戸建て, <input type="checkbox"/> アパート, <input type="checkbox"/> マンション, <input type="checkbox"/> その他( )			
	②建物所有者名:			
	③賃貸借契約の内容: ア 敷金[ 円], イ 礼金[ 円], ウ 家賃(月額)[ 円], エ 契約期間[ 年 月 日~ 年 月 日], オ 賃貸料がない理由[ ]			
	④住居の利用定員数: 人			
	⑤居室数: 室(うち個室 室)			
	⑥入居者1人当たりの居室の最小床面積: m <sup>2</sup>			
	一体的に運営するサテライト型住居~ か所			
	一体的に運営するサテライト型住居の利用者から連絡を受ける通信機器~			
	主たる対象者	身体障害者 ・ 知的障害者 ・ 精神障害者 ・ 難病等対象者		
	利用料			
その他の費用				
共同生活住居③	フリガナ 名 称	-----		
	所在地	(郵便番号 - )		
	連絡先	電話番号		FAX番号
	グループホームに供する建物形態			
	①住居区分: <input type="checkbox"/> 一戸建て, <input type="checkbox"/> アパート, <input type="checkbox"/> マンション, <input type="checkbox"/> その他( )			
	②建物所有者名:			
	③賃貸借契約の内容: ア 敷金[ 円], イ 礼金[ 円], ウ 家賃(月額)[ 円], エ 契約期間[ 年 月 日~ 年 月 日], オ 賃貸料がない理由[ ]			
	④住居の利用定員数: 人			
	⑤居室数: 室(うち個室 室)			
	⑥入居者1人当たりの居室の最小床面積: m <sup>2</sup>			
	一体的に運営するサテライト型住居~ か所			
	一体的に運営するサテライト型住居の利用者から連絡を受ける通信機器~			
	主たる対象者	身体障害者 ・ 知的障害者 ・ 精神障害者 ・ 難病等対象者		
	利用料			
その他の費用				

付表6

## 共同生活援助事業所(グループホーム)の指定に係る記載事項(その3)

サ テ ラ イ ト 型 住 居 ①	フリガナ 名 称	
	所在地	(郵便番号 ー )
	サテライト型住居に供する建物形態	
	①住居区分: <input type="checkbox"/> アパート, <input type="checkbox"/> マンション, <input type="checkbox"/> その他( )	
	②建物所有者名:	
	③賃貸借契約の内容: ア 敷金[ 円], イ 礼金[ 円], ウ 家賃(月額)[ 円], エ 契約期間[ 年 月 日~ 年 月 日], オ 賃貸料がない理由[ ]	
	④住居の利用定員数: 人	
	⑤居室の最小床面積: m <sup>2</sup>	
	本体住居の名称:	
	本体住居との距離: km(所要時間 分)	
	利用者が本体住居への連絡に使用する通信機器:	
	主たる対象者	身体障害者 ・ 知的障害者 ・ 精神障害者 ・ 難病等対象者
	利用料	
	その他の費用	
サ テ ラ イ ト 型 住 居 ②	フリガナ 名 称	
	所在地	(郵便番号 ー )
	サテライト型住居に供する建物形態	
	①住居区分: <input type="checkbox"/> アパート, <input type="checkbox"/> マンション, <input type="checkbox"/> その他( )	
	②建物所有者名:	
	③賃貸借契約の内容: ア 敷金[ 円], イ 礼金[ 円], ウ 家賃(月額)[ 円], エ 契約期間[ 年 月 日~ 年 月 日], オ 賃貸料がない理由[ ]	
	④住居の利用定員数: 人	
	⑤居室の最小床面積: m <sup>2</sup>	
	本体住居の名称:	
	本体住居との距離: km(所要時間 分)	
	利用者が本体住居への連絡に使用する通信機器:	
	主たる対象者	身体障害者 ・ 知的障害者 ・ 精神障害者 ・ 難病等対象者
	利用料	
	その他の費用	