

受付番号 \_\_\_\_\_

主たる事業所	フリガナ								
	名 称								
	所在地	(〒 - )		県 郡・市					
	連絡先	電話番号				ファックス番号			
	e-mail								
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				
管理者	フリガナ				(〒 - )				
	氏 名			住 所	県 郡・市				
	同一敷地内の他の事業所、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	職 種			勤務時間	~		
当該事業の実施について定めてある定款・寄付行為等又は条例等		第 条 第 項 第 号							
利用定員数	共同生活援助事業	人							
サービス管理責任者	フリガナ				(〒 - )				
	氏 名			住 所	県 郡・市				
従業者の職種・員数	世話人		生活支援員		サービス管理責任者		その他の従業者( )		
	専従		専従		専従		専従		
	兼務		兼務		兼務		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)								
障害者支援施設等との連携体制等	連携施設の概要		種別		名称				
	支援体制の概要								
一体的に管理運営を行う他の事業所									
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	電話番号		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	<input type="checkbox"/> 登記事項証明書 <input type="checkbox"/> 建物の構造概要・平面図 <input type="checkbox"/> 居室面積一覧表 <input type="checkbox"/> 設備・備品一覧表 <input type="checkbox"/> 運営規程 <input type="checkbox"/> 管理者経歴書 <input type="checkbox"/> サービス管理責任者経歴書 <input type="checkbox"/> 苦情処理の概要 <input type="checkbox"/> 勤務体制・形態一覧表 <input type="checkbox"/> 財務諸表 <input type="checkbox"/> 協力医療機関等との契約書等 <input type="checkbox"/> 主たる対象者特定理由書 <input type="checkbox"/> 誓約書 <input type="checkbox"/> 資格証等(写) <input type="checkbox"/> 実務経験証明書等 <input type="checkbox"/> その他( ) <input type="checkbox"/> 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(日中サービス支援型の場合)								

【記載要領】  
 1 「受付番号」「基準上の必要人数」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。  
 ※ 主たる事業所とは、複数の共同生活住居がある場合、当該事業所からいずれの共同生活住居に対して、概ね30分程度で移動可能な範囲にある事業所をいう。

(付表6) その2

共同生活住居①	フリガナ 名 称			
	所在地	(〒 - ) 県 郡・市		
	連絡先	電話番号		ファックス番号
	グループホームに供する建物形態 1 既存建物 2 新築			
	①住居区分：一戸建て、アパート、マンション、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 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	㎡		
	一体的に運営するサテライト型住居			
	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	<input type="checkbox"/> 市町村が定める額 <input type="checkbox"/> その他( )		
その他の費用(項目・金額も記入)				
共同生活住居②	フリガナ 名 称			
	所在地	(〒 - ) 県 郡・市		
	連絡先	電話番号		ファックス番号
	グループホームに供する建物形態 1 既存建物 2 新築			
	①住居区分：一戸建て、アパート、マンション、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 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	㎡		
	一体的に運営するサテライト型住居			
	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	<input type="checkbox"/> 市町村が定める額 <input type="checkbox"/> その他( )		
その他の費用(項目・金額も記入)				
共同生活住居③	フリガナ 名 称			
	所在地	(〒 - ) 県 郡・市		
	連絡先	電話番号		ファックス番号
	グループホームに供する建物形態 1 既存建物 2 新築			
	①住居区分：一戸建て、アパート、マンション、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 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	㎡		
	一体的に運営するサテライト型住居			
	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	<input type="checkbox"/> 市町村が定める額 <input type="checkbox"/> その他( )		
その他の費用(項目・金額も記入)				

【記載要領】 1 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。

2 「その他の費用」欄には、入居者が分担して負担する経費(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) その3

サ テ ラ イ ト 型 住 居 ①	フリガナ 名 称	
	所在地	(〒 - ) 県 郡・市
	サテライト型住居に供する建物形態	1 既存建物 2 新築
	①住居区分：一戸建て、アパート、マンション、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 オ 賃貸料がない理由
	④住居の利用定員数	人
	⑤居室の床面積	m <sup>2</sup>
	本体住居の名称	
	本体住居との距離	k m
	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	<input type="checkbox"/> 市町村が定める額 <input type="checkbox"/> その他 ( )
	その他の費用(項目・金額も記入)	
サ テ ラ イ ト 型 住 居 ②	フリガナ 名 称	
	所在地	(〒 - ) 県 郡・市
	サテライト型住居に供する建物形態	1 既存建物 2 新築
	①住居区分：一戸建て、アパート、マンション、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 オ 賃貸料がない理由
	④住居の利用定員数	人
	⑤居室の床面積	m <sup>2</sup>
	本体住居の名称	
	本体住居との距離	k m
	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	<input type="checkbox"/> 市町村が定める額 <input type="checkbox"/> その他 ( )
	その他の費用(項目・金額も記入)	

【記載要領】 1 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。

2 「その他の費用」欄には、入居者が分担して負担する経費（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6-2 共同生活介護事業所(地域移行型ホーム)・共同生活援助事業所(地域移行型ホーム)の指定に係る記載事項 その1

※ 指定申請する事業を○で囲んで下さい。

受付番号	
------	--

主たる事業所	フリガナ							
	名称							
	所在地	(〒 - ) 県 郡・市						
	連絡先	電話番号			ファックス番号			
	e-mail							
管理者	フリガナ			(〒 - )				
	氏名	住所		県 郡・市				
	同一敷地内の他の事業所、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	職種	勤務時間		～		
		その他						
当該事業の実施について定めてある定款・寄付行為等又は条例等		第 条 第 項 第 号						
各事業の利用定員数	共同生活援助事業(地域移行型ホーム)			人				
	共同生活介護事業(地域移行型ホーム)			人				
サービス管理責任者	フリガナ			(〒 - )				
	氏名	住所		県 郡・市				
従業者の職種・員数			世話人		生活支援員		サービス管理責任者	
			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)								
同一敷地内にある入所施設又は病院の名称及び所在地	名称			所在地	(〒 - ) 県 郡・市			
障害者支援施設等との連携体制等	連携施設の概要	種別			名称			
	支援体制の概要							
一体的に管理運営を行う他の事業所								
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		電話番号		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	<input type="checkbox"/> 登記事項証明書 <input type="checkbox"/> 建物の構造概要・平面図 <input type="checkbox"/> 居室面積一覧表 <input type="checkbox"/> 設備・備品一覧表 <input type="checkbox"/> 運営規程 <input type="checkbox"/> 管理者経歴書 <input type="checkbox"/> サービス管理責任者経歴書 <input type="checkbox"/> 苦情処理の概要 <input type="checkbox"/> 勤務体制・形態一覧表 <input type="checkbox"/> 財務諸表 <input type="checkbox"/> 協力医療機関等との契約書等 <input type="checkbox"/> 主たる対象者特定理由書 <input type="checkbox"/> 誓約書 <input type="checkbox"/> 資格証等(写) <input type="checkbox"/> 入所定員又は精神病院の精神病床数の減少計画等 <input type="checkbox"/> その他( )							

【記載要領】

- 「受付番号」「基準上の必要人数」欄には、記載しないでください。
  - 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。
- ※ 主たる事業所とは、複数の共同生活住居がある場合、当該事業所からいずれの共同生活住居に対して、概ね30分程度で移動可能な範囲にある事業所をいう。

(付表6-2) その2

共同生活住居①	フリガナ 名 称					
	所在地	(〒 - ) 県 郡・市				
	連絡先	電話番号			ファックス番号	
	グループホーム・ケアホームに供する建物形態 1 既存建物 2 新築					
	①住居区分：一戸建て、アパート、マンション、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 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>					
	主たる対象者 (該当項目欄に「○」を付す)		知的障害者	精神障害者	身体障害者	難病等
	利用料		<input type="checkbox"/> 市町村が定める額 <input type="checkbox"/> その他 ( )			
	その他の費用 (項目・金額も記入)					
	共同生活住居②	フリガナ 名 称				
所在地		(〒 - ) 県 郡・市				
連絡先		電話番号			ファックス番号	
グループホーム・ケアホームに供する建物形態 1 既存建物 2 新築						
①住居区分：一戸建て、アパート、マンション、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 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>						
主たる対象者 (該当項目欄に「○」を付す)		知的障害者	精神障害者	身体障害者	難病等	
利用料		<input type="checkbox"/> 市町村が定める額 <input type="checkbox"/> その他 ( )				
その他の費用 (項目・金額も記入)						
共同生活住居③		フリガナ 名 称				
	所在地	(〒 - ) 県 郡・市				
	連絡先	電話番号			ファックス番号	
	グループホーム・ケアホームに供する建物形態 1 既存建物 2 新築					
	①住居区分：一戸建て、アパート、マンション、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 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>					
	主たる対象者 (該当項目欄に「○」を付す)		知的障害者	精神障害者	身体障害者	難病等
	利用料		<input type="checkbox"/> 市町村が定める額 <input type="checkbox"/> その他 ( )			
	その他の費用 (項目・金額も記入)					

【記載要領】 1 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。

2 「その他の費用」欄には、入居者が分担して負担する経費（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6-3 経過的居宅介護利用型共同生活介護事業所 ・ 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

※ 指定申請する事業を○で囲んで下さい。

※ 経過的居宅介護利用型共同生活介護事業所と一体的に行うグループホームについては、こちらの様式を使用して下さい。

受付番号	
------	--

主たる事業所	フリガナ							
	名称							
	所在地	(〒 - ) 県 郡・市						
	連絡先	電話番号			ファックス番号			
	e-mail							
管理者	フリガナ			住所	(〒 - ) 県 郡・市			
	氏名			住所	県 郡・市			
	同一敷地内の他の事業所、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	職種	勤務時間	～			
		その他						
当該事業の実施について定めてある定款・寄付行為等又は条例等				第 条 第 項 第 号				
各事業の利用定員数	共同生活援助事業（グループホーム）			人				
	共同生活介護事業（経過的居宅介護利用型）			人				
サービス管理責任者	フリガナ			住所	(〒 - ) 県 郡・市			
	氏名			住所	県 郡・市			
従業者の職種・員数			世話人		生活支援員		サービス管理責任者	
			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）								
平成18年9月30日において、居宅介護（身体介護・家事援助・日常生活支援）を利用している利用者数				人				
障害者支援施設等との連携体制等	連携施設の概要		種別	名称				
	支援体制の概要							
一体的に管理運営を行う他の事業所								
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		電話番号		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	<input type="checkbox"/> 登記事項証明書 <input type="checkbox"/> 建物の構造概要・平面図 <input type="checkbox"/> 居室面積一覧表 <input type="checkbox"/> 設備・備品一覧表 <input type="checkbox"/> 運営規程 <input type="checkbox"/> 管理者経歴書 <input type="checkbox"/> サービス管理責任者経歴書 <input type="checkbox"/> 苦情処理の概要 <input type="checkbox"/> 勤務体制・形態一覧表 <input type="checkbox"/> 財務諸表 <input type="checkbox"/> 協力医療機関等との契約書等 <input type="checkbox"/> 主たる対象者特定理由書 <input type="checkbox"/> 誓約書 <input type="checkbox"/> 資格証等（写） <input type="checkbox"/> 実務経験証明書等 <input type="checkbox"/> 平成18年9月30日現在の指定共同生活援助事業所入所者で、居宅介護利用者のサービス提供実績記録表（写） <input type="checkbox"/> 前記入所者の同意書 <input type="checkbox"/> その他（ ）							

【記載要領】

- 「受付番号」「基準上の必要人数」欄には、記載しないでください。
  - 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。
- ※ 主たる事業所とは、複数の共同生活住居がある場合、当該事業所からいずれの共同生活住居に対して、概ね30分程度で移動可能な範囲にある事業所をいう。

(付表6-3) その2

共同生活住居①	フリガナ 名 称					
	所在地	(〒 ー ) 県 郡・市				
	連絡先	電話番号			ファックス番号	
	グループホーム・ケアホーム（経過的居宅介護利用型）に供する建物形態 1 既存建物 2 新築					
	①住居区分：一戸建て、アパート、マンション、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 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>					
主たる対象者 （該当項目欄に「○」を付す）		知的障害者	精神障害者	身体障害者	難病等	
利用料		<input type="checkbox"/> 市町村が定める額 <input type="checkbox"/> その他（ ）				
その他の費用（項目・金額も記入）						
共同生活住居②	フリガナ 名 称					
	所在地	(〒 ー ) 県 郡・市				
	連絡先	電話番号			ファックス番号	
	グループホーム・ケアホーム（経過的居宅介護利用型）に供する建物形態 1 既存建物 2 新築					
	①住居区分：一戸建て、アパート、マンション、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 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>					
主たる対象者 （該当項目欄に「○」を付す）		知的障害者	精神障害者	身体障害者	難病等	
利用料		<input type="checkbox"/> 市町村が定める額 <input type="checkbox"/> その他（ ）				
その他の費用（項目・金額も記入）						
共同生活住居③	フリガナ 名 称					
	所在地	(〒 ー ) 県 郡・市				
	連絡先	電話番号			ファックス番号	
	グループホーム・ケアホーム（経過的居宅介護利用型）に供する建物形態 1 既存建物 2 新築					
	①住居区分：一戸建て、アパート、マンション、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 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>					
主たる対象者 （該当項目欄に「○」を付す）		知的障害者	精神障害者	身体障害者	難病等	
利用料		<input type="checkbox"/> 市町村が定める額 <input type="checkbox"/> その他（ ）				
その他の費用（項目・金額も記入）						

【記載要領】 1 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業に記載した書類を添付してください。

2 「その他の費用」欄には、入居者が分担して負担する経費（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。