

付表 1 2 共同生活援助事業所の指定等に係る記載事項

主たる事業所	フリガナ			
	名 称			
	所在地	(郵便番号 -)		
	電話番号			
管理者	E-Mail			
	フリガナ氏名		生年月日	年 月 日
	住所	(郵便番号 -)		
	当該事業所で兼務する他の職種(兼務の場合記入)			
	他の事業所又は施設の従業者との兼務(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				
サービス管理者	フリガナ氏名		生年月日	年 月 日
	住所	(郵便番号 -)		
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		
○運営・設備に関する基準の確認に必要な事項				
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	無
	日中サービス支援型		有の場合の月間時間数	
	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	
利用定員(人)				
利用者の推定数(人)				
指定生活介護事業所等との連携体制	連携する施設の種別		施設名	
	支援体制の概要			
協力医療機関	名称		診療科名	
協力歯科医療機関	名称			

○共同生活住居の情報

共同生活住居① (主たる事業所)	フリガナ 名 称	(前頁に記載)			
	所在地	(前頁に記載)			
	連絡先	(前頁に記載)			
	住居区分 (該当するものに○)	一戸建て		アパート	
		マンション		その他	
	建物所有者名				
	賃貸借契約の内容	家賃月額(円)			
		契約期間	～		
	住居の利用定員(人)		居室数	室(うち個室 室)	
	入居者1人当たりの居室の最小床面積(m ²)				
	一体的に運営するサテライト型住居数(箇所)				
	主たる対象者 (対象とするものに○)	身体障害		知的障害	
		精神障害		難病等対象者	
共同生活住居②	フリガナ 名 称				
	所在地	(郵便番号 -)			
	電話番号				
	住居区分 (該当するものに○)	一戸建て		アパート	
		マンション		その他	
	建物所有者名				
	賃貸借契約の内容	家賃月額(円)			
		契約期間	～		
	住居の利用定員(人)		居室数	室(うち個室 室)	
	入居者1人当たりの居室の最小床面積(m ²)				
	一体的に運営するサテライト型住居数(箇所)				
	主たる対象者 (対象とするものに○)	身体障害		知的障害	
		精神障害		難病等対象者	
共同生活住居③	フリガナ 名 称				
	所在地	(郵便番号 -)			
	電話番号				
	住居区分 (該当するものに○)	一戸建て		アパート	
		マンション		その他	
	建物所有者名				
	賃貸借契約の内容	家賃月額(円)			
		契約期間	～		
	住居の利用定員(人)		居室数	室(うち個室 室)	
	入居者1人当たりの居室の最小床面積(m ²)				
	一体的に運営するサテライト型住居数(箇所)				
	主たる対象者 (対象とするものに○)	身体障害		知的障害	
		精神障害		難病等対象者	

○サテライト型住居の情報

サテライト型住居①	フリガナ			
	名 称			
	所在地	(郵便番号 -)		
	電話番号			
	住居区分 (該当するものに○)	一戸建て	アパート	
		マンション	その他	
	建物所有者名			
	賃貸借契約の内容	家賃月額(円)		
		契約期間	~	
	住居の利用定員(人)		居室の最小床面積(m ²)	
	本体住居の名称			
	本体住居との距離(km)			
主たる対象者 (対象とするものに○)	身体障害	知的障害		
	精神障害	難病等対象者		

サテライト型住居②	フリガナ			
	名 称			
	所在地	(郵便番号 -)		
	電話番号			
	住居区分 (該当するものに○)	一戸建て	アパート	
		マンション	その他	
	建物所有者名			
	賃貸借契約の内容	家賃月額(円)		
		契約期間	~	
	住居の利用定員(人)		居室の最小床面積(m ²)	
	本体住居の名称			
	本体住居との距離(km)			
主たる対象者 (対象とするものに○)	身体障害	知的障害		
	精神障害	難病等対象者		

サテライト型住居③	フリガナ			
	名 称			
	所在地	(郵便番号 -)		
	電話番号			
	住居区分 (該当するものに○)	一戸建て	アパート	
		マンション	その他	
	建物所有者名			
	賃貸借契約の内容	家賃月額(円)		
		契約期間	~	
	住居の利用定員(人)		居室の最小床面積(m ²)	
	本体住居の名称			
	本体住居との距離(km)			
主たる対象者 (対象とするものに○)	身体障害	知的障害		
	精神障害	難病等対象者		

(備考)

1. 記入欄が不足する場合は、次頁の「記入欄不足時の資料」に記載して添付してください。
2. 更新の場合には、「利用者の推定数」欄は前年度の平均利用者数を記入してください。

3. 「その他の費用」欄には、利用者に直接金銭の負担を求める場合のサービス内容についても記載してください。
4. 「診療科名」欄には、主な診療科名1つを記載してください。

記入欄不足時の資料

■サービス管理責任者

サービス管理責任者	フリガナ 氏名		生年月日	年 月 日
	住所	(郵便番号 -)		
	フリガナ 氏名		生年月日	年 月 日
	住所	(郵便番号 -)		
	フリガナ 氏名		生年月日	年 月 日
	住所	(郵便番号 -)		
	フリガナ 氏名		生年月日	年 月 日
	住所	(郵便番号 -)		
	フリガナ 氏名		生年月日	年 月 日
	住所	(郵便番号 -)		
	フリガナ 氏名		生年月日	年 月 日
	住所	(郵便番号 -)		

■事業所の体制

事業所の体制	他に指定を受けている 障害福祉サービス等	種類	事業所名	事業所番号
	委託による提携事業所	種類	事業所名	事業所番号

■協力医療機関

協力医療機関	名称		診療科名	
	名称		診療科名	
	名称		診療科名	
協力歯科医療機関	名称			
	名称			
	名称			