

※ 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 7) 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      ) 
	サテライト型住居に供する建物形態	
	①住居区分：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                                  イ   礼金                                  ウ   家賃   （月額） 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	
	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                                  知的障害者       ・       精神障害者       ・       身体障害者       ・       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      ) 
サテライト型住居に供する建物形態		
①住居区分：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                                  イ   礼金                                  ウ   家賃   （月額） 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		
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                                  知的障害者       ・       精神障害者       ・       身体障害者       ・       難病等対象者		
利用料		
その他の費用		

※ 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	(郵便番号 - )							
	連絡先	電話番号				FAX番号			
管理者	フリガナ			住 所	(郵便番号 - )				
	氏 名								
	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						
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(地域移行支援型ホーム)							
サービス管理責任者	フリガナ				住 所	(郵便番号 - )			
	氏 名								
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									
居宅介護従業者の外部委託の予定		有 (月 時間) 無							
障害者支援施設等との連携体制等	連携施設の種別・名称								
	支援体制の概要								
一体的に管理運営される他の事業所									
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 (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 (定款、寄付行為等及びその登記簿の謄本又は条例等、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、勤務体制・形態一覧表、資産状況 (貸借対照表・財産目録等)、設備・備品等一覧表、協力医療機関との契約内容がわかるもの) 等							

※ 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。

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			F A X 番号		
地域移行支援型ホームに供する建物形態						
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： <div>ア   敷金                                  イ   礼金                                  ウ   家賃      （月額） エ   契約期間    オ   賃貸料がない理由</div>						
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                                  知的障害者                  ・                  精神障害者                  ・                  身体障害者                  ・                  難病等						
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			F A X 番号		
地域移行支援型ホームに供する建物形態						
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： <div>ア   敷金                                  イ   礼金                                  ウ   家賃      （月額） エ   契約期間    オ   賃貸料がない理由</div>						
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                                  知的障害者                  ・                  精神障害者                  ・                  身体障害者                  ・                  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			F A X 番号		
地域移行支援型ホームに供する建物形態						
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： <div>ア   敷金                                  イ   礼金                                  ウ   家賃      （月額） エ   契約期間    オ   賃貸料がない理由</div>						
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                                  知的障害者                  ・                  精神障害者                  ・                  身体障害者                  ・                  難病等対象者						
利用料						
その他の費用						

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ください。

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				F A X 番号			
管理者	フリガナ			住 所	(郵便番号 - )				
	氏 名								
	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							
	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)							
		共同生活介護事業(経過的居宅介護利用型)							
サービス管理責任者	フリガナ				住 所	(郵便番号 - )			
	氏 名								
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	連携施設の種別・名称								
	支援体制の概要								
一体的に管理運営される他の事業所									
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（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（定款、寄付行為等及びその登記簿の謄本又は条例等、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、勤務体制・形態一覧表、資産状況（貸借対照表・財産目録等）、設備・備品等一覧表、協力医療機関との契約内容がわかるもの）等							

※ 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 8 その1 障害者支援施設の指定に係る記載事項

															受付番号																		
施設	フリガナ																																
	名 称																																
	所在地		(郵便番号                      -                      )																														
管理者	フリガナ												住所		(郵便番号                      -                      )																		
	氏 名																																
昼間実施サービスの定員 (人)																																	
合計			介護給付対象者						訓練等給付対象者						特定旧法受給者						定員緩和措置の有無						有 ・ 無						
施設入所支援の定員 (人)																				他の社会福祉施設との併設の有無										有 ・ 無			
併設施設の定員 (人)																				施設併設の種別													
従業者の職種・員数 (人)										サービス管理責任者		医 師		看護職員																			
														合 計		保健師		看護師		准看護師													
										専従		兼務		専従		兼務		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)																																	
										理学療法士等												生活支援員											
										合 計		理学療法士		作業療法士		機能訓練指導員		合 計		通 所		訪 問											
										専従		兼務		専従		兼務		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)																																	
										職業指導員		就労支援員		栄養士		その他従事者																	
従業者数										常勤 (人)																							
										非常勤 (人)																							
常勤換算後の人数 (人)																																	
主な掲示事項																																	
主たる対象者										無し		身体障害者																					
												細分無し		肢体不自由		視覚障害		聴覚・言語		内部障害													
												知的障害者		精神障害者		難病等対象者																	
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 (定款、寄付行為等及び登記簿謄本又は条例等、建物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、勤務体制・形態一覧表、資産状況 (貸借対照表・財産目録等)、設備・備品等一覧表、協力医療機関との契約の内容がわかるもの 等)																							

- 備考 1 「受付番号」及び「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し、又は別葉に記載した書類を添付してください。
- 3 昼間に複数の施設障害福祉サービスを実施する場合、「昼間実施サービスの定員」欄には、給付の種類ごとに定員の合計数を記載してください。
- 4 施設入所支援に複数のサービス単位を設ける場合、「施設入所支援の定員」欄には、定員の合計数を記載してください。
- 5 「定員緩和措置の有無」欄は、指定基準省令第〇条に基づく利用定員緩和措置の適用の有無について記載してください。
- 6 「従業員の職種・員数」欄には、職種ごとに、昼間実施サービスの従事者 (付表 8 その 3 I 及び II 欄に記載した職員) の合計数を記載してください。
- 7 「主な掲示事項」欄には、その内容を簡潔に記載してください。



付表 8 その2 昼間実施サービス及び施設入所支援に係る記載事項

受付番号	
------	--

施設名								
生活介護								
昼間実施サービスの種類	サービス単位		自立訓練 (機能訓練)	自立訓練 (生活訓練)	就労移行支援 (通常)	就労移行支援 (あはき)	就労継続支援 (A型)	就労継続支援 (B型)
	有	無						
	実施する事業							
	前年度の平均実利用者数 (人)							
	昼間多機能の実施		有	無	昼間の総定員数 (人)			
生活介護を行う場合のみ			施設が申告する障害程度区分の平均値					
			4未満		4以上5未満		5以上	
前年度の平均 実利用者数 (人)	サービス単位 1							
	サービス単位 2							
	サービス単位 3							
施設入所支援	前年度の平均 実使用者数 (人)		サービス単位 1					
			サービス単位 2					
			サービス単位 3					
設備基準上の数値記載項目等				基準上の必要値				
居 室	1 室の最大定員			人		人以下		
	入所者 1 人あたりの最小床面積			㎡		㎡		
廊 下	廊下の幅			m		m		
	中廊下の幅			m		m		
既存施設からの移行の場合								
既存施設名								
施設種別								
経過措置			有		無			
特定旧法受給者数 (人)								
当該事業の実施について定めてある定款又は条例等				第		条第		項第
短期入所の実施		有		無				
主な揭示事項								
営業日								
営業時間								
利用料								
その他の費用								
通常の事業の実施地域								
その他								

備考 1 「受付番号」及び「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し、又は別葉に記載した書類を添付してください。

3 「昼間実施サービスの種類」欄は、実施するサービスの種類について、該当欄に○印を記入してください。

4 新設の場合には、「前年度の平均実利用者数」欄は推定数を記入してください。

5 既存の障害者施設からの移行の場合で、指定基準省令附則の規定の適用を受ける場合には、「経過措置」欄の「有」に○印を付けてください。

6 「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記載してください。

7 「通常の事業の実施地域」欄には、市町村名を記載することとし、当該区域の全部又は一部の別を記載してください。  
なお、実施地域が当該区域の一部である場合は、適宜地図を添付してください

(A4)

受付番号	
------	--

施 設														
施設障害福祉サービスの種類		従業員の職種・員数												
I	生活介護（サービス単位__） 自立訓練（機能訓練） 自立訓練（生活訓練）	サービス 管理責任者		医 師		生活支援員								
						合 計		保健師		看護師		准看護師		
		専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	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）													
			理学療法士等								生活支援員		その他の従業者	
			合 計		理学療法士		作業療法士		機能訓練指導員					
			専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	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）														
II	就労移行支援 就労継続支援	サービス 管理責任者		職業指導員		就労支援員								
		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）													
			生活支援員						その他従業員					
			合 計		通 所		訪 問							
			専従	兼務	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）														
III	施設入所支援 （サービス単位__）	サービス 管理責任者		生活支援員		栄養士		その他従業員						
		専従	兼務	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）														

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

2 当該施設が実施する障害福祉サービスごと（生活介護及び施設入所支援はサービス単位ごと）に、従事する職員数を記載し、Ⅰ～Ⅲ欄は、それぞれ実施する障害福祉サービス名に○印を付けてください。

3 複数のサービス単位を設ける場合など、記入欄が不足する場合には、複数枚に分けて記載してください。

4 「兼務」欄は、2以上の障害福祉サービス等を兼務する職員について記載してください。