付表６（用紙　日本工業規格Ａ４縦型）

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | ※受付番号 |  |

共同生活援助 (包括型・日中サービス支援型・外部サービス利用型)

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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 | | | |  | | | | | | | | |
| E-mail | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 当該事業の実施について規定されている定款、寄附行為等又は条例等の条文 | | | | | | | | | | | | | | | | | | 第　　条　第　　項　第　　号 | | | | | | | | |
| 管理者 | | | フリガナ | | |  | | | | | | | | 生年月日 | | | | 年　　月　　日 | | | | | | | | |
| 氏名 | | |  | | | | | | | |
| 住所 | | | （郵便番号　　　　-　　　　） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 当該事業所で兼務する他の職務(兼務の場合記入) | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | |
| 兼務する同一敷地内の他の事業所又は施設(兼務の場合記入) | | | | | | | | 事業所等の名称 | | | | | | |  | | | | | | | | |
| 兼務する他の職務 | | | | | | |  | | | | | | | | |
| 定員数 | | | | | | 人（うち、サテライト型　　名） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| サービス管理責任者 | | | | | | フリガナ | | | |  | | | | | | 生年月日 | | | 年　　月　　日 | | | | | | | |
| 氏　　名 | | | |  | | | | | |
| 住　　所 | | | | （郵便番号　　　　-　　　　） | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 従業者の職種及び員数 | | | | | | 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) | |  | | |  | |  | | | |  | | | | |  | | | | |  | |
| 常勤換算後の人員(人) | | | | |  | | | | |  | | | | | | | | |  | | | | | | |
| ※基準上の必要人員 | | | | |  | | | | |  | | | | | | | | |  | | | | | | |
| 外部サービス委託事業者名 | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 地域移行型の場合 | | | | | | 同一敷地内にある入所施設又は病院の名称及び所在地 | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | |
| 経過的居宅介護利用型の場合 | | | | | | 平成18年９月30日において、居宅介護を利用している利用者数 | | | | | | | | | | | | | | | | | | 人 | | |
| 関係機関との連携その他の支援体制の概要等 | | | | | | 関係機関の種別・名称 | | | | | | (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(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 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 共同生活住居(主たる共同生活住居) | フリガナ |  | | | | |
| 名称 |  | | | | |
| 所在地 | （郵便番号　　　　-　　　　） | | | | |
| 連絡先 | 電話番号 | |  | FAX番号 |  |
| 当該事業の用に供する建物形態 | 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共同生活住居の形態：従来型、サテライト型（主たる共同生活住居まで　　分）  ④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  ⑤居住の利用定員数　　　　　　　　　　　　　人  ⑥居室数　　　　　　　　　　　　　　　　　　室（うち個室　　室）  ⑦入居者一人当たりの居室の最小面積　　　　　㎡ | | | | |
| 主たる対象者  （該当するものに丸） | 知的障害者　　・　　身体障害者　　・　　精神障害者 | | | | |
| 利用料 | 厚生労働大臣の定める額 | | | | |
| 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 |  |
| 当該事業の用に供する建物形態 | 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共同生活住居の形態：従来型、サテライト型（主たる共同生活住居まで　　分）  ④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  ⑤居住の利用定員数　　　　　　　　　　　　　人  ⑥居室数　　　　　　　　　　　　　　　　　　室（うち個室　　室）  ⑦入居者一人当たりの居室の最小面積　　　　　㎡ | | | | |
| 主たる対象者  （該当するものに丸） | 知的障害者　　・　　身体障害者　　・　　精神障害者 | | | | |
| 利用料 | 厚生労働大臣の定める額 | | | | |
| 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 |  |
| 当該事業の用に供する建物形態 | 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共同生活住居の形態：従来型、サテライト型（主たる共同生活住居まで　　分）  ④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  ⑤居住の利用定員数　　　　　　　　　　　　　人  ⑥居室数　　　　　　　　　　　　　　　　　　室（うち個室　　室）  ⑦入居者一人当たりの居室の最小面積　　　　　㎡ | | | | |
| 主たる対象者  （該当するものに丸） | 知的障害者　　・　　身体障害者　　・　　精神障害者 | | | | |
| 利用料 | 厚生労働大臣の定める額 | | | | |
| その他の費用 |  | | | | |

備考

　１　※印欄には、記入しないこと。

　２　「その他の費用」欄には、入居者が分担して負担することになる経費（家賃、光熱水費、食材料費、日用品費

等）を記入すること。

　３　「その他」欄には、その内容を簡潔に記入すること。

　４　記入欄が不足する場合は、適宜欄を設けて記入すること。

　５　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も、概ね

30分程度で移動可能な範囲にある事業所であること。

　６　添付書類

　　(1)　定款、寄附行為等及び登記事項証明書又は条例等

　　(2)　建物の構造概要及び平面図（各室の用途を明示するものとする。）並びに設備の概要を記載した書面

　　(3)　事業所の管理者の経歴を記載した書面

　　(4)　事業所のサービス管理責任者の経歴を記載した書面

　　(5)　運営規程

　　(6)　利用者又はその家族からの苦情を解決するために講ずる措置の概要を記載した書面

　　(7)　従業者の勤務の体制及び勤務形態を記載した書面

　　(8)　当該申請に係る事業に係る資産の状況を記載した書面（貸借対照表、財産目録等）

　　(9)　協力医療機関との契約の内容を記載した書面

　　(10)　協力歯科医療機関との契約内容を記載した書面（協力歯科医療機関がある場合）

　　(11)　関係機関との連携その他の適切な支援体制の概要を記載した書面

　　(12)　当該申請に係る事業に係る介護給付費又は訓練等給付費の請求に関する事項を記載した書面

　　(13)　障害者総合支援法第36条第３項の規定による指定をしてはならない事由に該当しない旨の誓約書

　　(14)　役員の氏名、生年月日及び住所を記載した書面

　　(15)　事業所の所在地がわかる地図（サテライト型を設置する場合は、主たる住居との位置関係がわかるもの）

　　(16)　申請者の事業所の外観を写した写真等

　　(17)　外部サービス提供に関する委託契約書の写し

　　(18)　障害福祉サービスの主たる対象者を特定する理由書（主たる対象者を特定する場合）

　　(19)　介護給付費等算定に係る体制等に関する届出書

　　(２０)　その他指定に関し必要と認める事項を記載した書面