

付表7-1 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 [REDACTED]

主たる事業所	フリガナ	ソーシャルインクルーホームコマキミツブチ										
	名称	ソーシャルインクルーホーム小牧三ツ淵										
	所在地	(郵便番号 485-0075 ) 愛知県小牧市三ツ淵字郷前638番地										
	連絡先	電話番号	0568-75-8211		FAX番号	0568-75-8212						
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） ・ 無し					
	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） ・ 無し					
	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					
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2条第1項									
管理者	フリガナ			住所	(郵便番号 )							
	氏名											
	当該事業所で兼務する他の職務（兼務の場合記入）		生活支援員									
	同一敷地内の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		短期入所 小牧三ツ淵								
兼務する職種及び勤務時間等		管理者・生活支援員 8:30~17:30										
利用定員数	10 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				
		従業者数	常勤（人）	1		1		2		1		
			非常勤（人）			10						
常勤換算後の人数（人）				3.6		1.8						
基準上の必要人数（人）												
関係機関との連携体制等	連携施設の種別・名称		共同生活援助		ソーシャルインクルーホーム ●●●							
	支援体制の概要		緊急時・災害時の利用者の受け入れ									
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）		0568-75-8211		担当者					
	その他参考となる事項											
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、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、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											

- (備考)
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。
  3. 「その他費用」欄には、入居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7-1 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	ソーシャルインクルーホームコマキミツブチ イチ			
	フリガナ名	ソーシャルインクルーホーム小牧三ツ瀧 I			
	所在地	(郵便番号485-0075) 愛知県小牧市三ツ瀧字郷前638番地 1階			
	連絡先	電話番号	0568-75-8211	FAX番号	0568-75-8212
	グループ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：ア. 敷金 0円      イ. 礼金 0円      ウ. 家賃（月額）920,000円 エ. その他      オ. 契約期間 30年      カ. 賃貸料がない理由				
	(4) 住居の利用定員数： 10 人				
	(5) 居室数： 10 室（うち個室 10 室）				
	(6) 入居者1人当たりの居室の最小床面積： 7.96 m <sup>2</sup>				
	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	身体障害者 ・ 知的障害者 ・ 精神障害者 ・ 難病対象			
	利用料	運営規程のとおり			
その他の費用	賃料：41,800円/月、水道光熱費15,000円/月、食材費30,000円/月、日用品円2,000/月				
共同生活住居 ②	フリガナ名				
	所在地	(郵便番号 - ) 県 郡・市			
	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：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      イ. 礼金      ウ. 家賃（月額） エ. その他      オ. 契約期間      カ. 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 ㊦				
	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	身体障害者 ・ 知的障害者 ・ 精神障害者 ・ 難病対象			
	利用料				
	その他の費用				
サテライト型住居 ①	フリガナ名				
	所在地	(郵便番号 - ) 県 郡・市			
	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. その他      オ. 契約期間      カ. 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				
	本体住居との移動距離 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	身体障害者 ・ 知的障害者 ・ 精神障害者 ・ 難病対象			
	利用料				
	その他の費用				