

### 記入例

受付番号	
------	--

提出日を記入

年〇月×日

法人の住所、名称、代表者の名称を記入。(①)

申請者 (設置者)	所在地 名称 代表者氏名
--------------	--------------------

申請者（設置者）	フリガナ	シャカフクホジシ ヨウカ イシャフクカイ				
	名称	社会福祉法人 障害者福祉会				
	主たる事務所の所在地	(郵便番号 350-8601) 川越市元町1-3-1				
	法人の種別	社会福祉法人		法人所轄庁	川越市	
	連絡先 電話番号	049-224-8811		FAX番号	049-225-3033	
	代表者の職名・氏名・生年月日	フリガナ 氏名	カゴエ タロウ 川越 太郎	職名	理事長	
	代表者の住所	(郵便番号 350-8601) 川越市元町1-3-1				
他の法律におけるサービス	サービス名 生活介護		事業所番号 34343434			
指定を受けようとする事業所・施設の種類の	フリガナ	カゴエショウカ イフクシヤホジシキョウシヨ				
	名称	川越障害福祉サービス事業所				
	事業所(施設)の所在地	(郵便番号 350-0000) 川越市元町1-3-1				
	同一所在地において行う事業等の種類	実施事業	指定の申請をする事業の 事業開始予定年月日	付表	他の法律において既に指定を受けている事業等の指定年月日	備考
	指定障害福祉サービス事業	共同生活援助 ○	令和5年4月1日	付表		
		実施する事業名を記入	「○」と記入	付表		
				付表		
				付表	事業開始予定日を記入	
				付表		
	指定障害者支援施設			付表		
				付表		
				付表		
				付表		
	指定 取組支援事業 (地域移行支援)			付表		
指定 取組支援事業 (地域定着支援)			付表			
指定 特定取組支援事業			付表			
障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律にて既に指定を受けている場合は、記入してください。						
事業所番号				指定年月日		

必要事項を記入する。付表6の事業所名称、所在地と一致していること。  
運営規程の内容と一致していること。

- 1 「受付番号」の欄には、記入しないでください。
- 2 「法人の種類」の欄には、「社会福祉法人」、「医療法人」、「公益社団法人」、「一般財団法人」、「株式会社」、「有限会社」等の別を記入してください。
- 3 「法人所轄庁」の欄には、申請者が認可法人である場合に、その主務官庁の名称を記入してください。
- 4 「他の法律におけるサービス」の欄には、障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律第41条の2の共生型障害福祉サービス事業者の特例により申請を行う場合に、介護保険法又は児童福祉法において指定を受けている事業等の名称及び当該指定に係る事業所の事業所番号を記入してください。
- 5 「同一所在地において行う事業等の種類」の欄には、今回申請をするもの及び既に指定を受けているものについての事業の種類を記入し、「実施事業」の欄に○印を記入してください。
- 6 「事業所番号」の欄には、川越市において既に事業所等の指定を受け、事業所番号が付番されている場合に、その事業所番号を記入してください。複数の事業所番号を有する場合及び他の法律において既に指定を受けている場合は、別紙にその全てを記入してください。
- 7 申請する事業所・施設の事業等の種類に応じて、付表を添付してください。

## 記入例

障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律において既に指定を受けている事業等について

[illegible]

他の法律（児童福祉法・介護保険法）において既に指定を受けている事業等について

[illegible]

付表6 指定に係る共同生活援助（グループホーム）の事業を行う事業所の記載事項

		受付番号				
(その1)						
主たる事業所	フリガナ	グループホームカワゴエ				
	名称	グループホーム川越				
	所在地	(郵便番号 350-0000) 川越市元町1-3-1				
管理者	連絡先	電話番号	049-224-5785			
		FAX番号	049-225-3033			
	フリガナ	カワゴエ タロウ	住所 (郵便番号 350-0000) 川越市元町〇〇			
	氏名	川越 太郎				
	生年月日	昭和〇〇年〇月〇日	管理者が他の事業の従業者を兼務する場合は記入。			
	兼務する同一敷地内の他の事業所、施設又は医療機関 (兼務の場合のみ記入)	事業所等の名称				
	兼務する職務	住居① 住居② ...				
勤務時間等						
入居定員数	① 4人 ② 4人 ③ ④ ⑤ 計 8人					
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の条文 第 条第 項第 号						
サービスの提供	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					
	居宅介護事業者の外部委託を行う場合は、予定時間数を記入する。外部委託しない場合は、無に〇。 〇の業務の外部委託の予定 有(月 時間)・無					
サービス管理責任者	フリガナ	カワゴエ イチロウ	住所 (郵便番号 350-0000) 〇〇市〇〇町1-2			
	氏名	川越 一郎				
	生年月日	昭和〇〇年〇月〇日				
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) 2	3	1		
		非常勤(人) 1	2			
		常勤換算後の人数(人) 3.5	4.5	1		
	基準上の必要人数(人)					
障害者支援施設等その他の関係機関との連携その他の適切な支援体制の概要	連携施設の種別・名称		障害者支援施設		障害者支援施設川越	
	支援体制の概要		夜間時の緊急体制の対応等			
その他参考となる事項	第三者評価の実施状況		実施している ・ 実施していない			
	苦情解決の措置の概要		窓口(連絡先) 事業所 担当者 川越 花子			
	その他					
協力医療機関	名称	川越医院		主な診療科名	内科	
協力歯科医療機関	名称	川越歯科医院				
添付書類	別添のとおり					添付書類「利用者からの苦情を解決するために講ずる措置の概要」の内容と一致していること。

備考

- 「受付番号」及び「基準上の必要人数」の欄には、記入しないでください。
- 「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も、おおむね30分で移動可能な範囲にある事業所をいいます。
- 記入欄が不足する場合は、適宜欄を設けて記入するか、別様に記入した書類を添付してください。
- 協力歯科医療機関があるときは、当該協力歯科医療機関との契約内容が分かる書類を添付してください。
- 受託居宅介護サービス事業者が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が分かる書類を添付してください。

(その2)

共同生活住居 ①	フリガナ 名称	グループホームカワゴエ グループホーム川越					
	所在地	(郵便番号 350-0000) 川越市元町〇〇					
	連絡先	電話番号	〇〇〇-×××-△△△△		FAX番号	〇〇〇-×××-△△△△	
	共同生活住居に供する建物形態						
	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	イ 礼金	0	ウ 家賃	0
		エ 契約期間	なし		オ 賃貸料がない理由	法人所有のため。	
	④住居の利用定員数	4人					
	⑤居室数	4室 (うち個室4室)					
共同生活住居 ②	⑥入居者1人当たりの居室の最小床面積	13.2 m <sup>2</sup>					
	運営するサテライト型住居	箇所					
	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	知的障害者 ・ 精神障害者 ・ 身体障害者 ・ 難病等対象者					
	利用料	厚生労働大臣が定める基準による。					
	その他の費用	家賃 〇〇〇円、光熱水費 〇〇〇円					
	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	イ 礼金	0	ウ 家賃	0
		エ 契約期間	なし		オ 賃貸料がない理由	法人所有のため。	
④住居の利用定員数	4人						
⑤居室数	4室 (うち個室4室)						
共同生活住居 ③	⑥入居者1人当たりの居室の最小床面積	13.2 m <sup>2</sup>					
	運営するサテライト型住居	箇所					
	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	知的障害者 ・ 精神障害者 ・ 身体障害者 ・ 難病等対象者					
	利用料	厚生労働大臣が定める基準による。					
	その他の費用	家賃 〇〇〇円、光熱水費 〇〇〇円					
	フリガナ 名称						
	所在地	(郵便番号 - )					
	連絡先	電話番号			FAX番号		
	共同生活住居に供する建物形態						
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		
	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>						
運営するサテライト型住居	箇所						
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	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							

備考 「その他の費用」の欄には、入居者が分担して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）を記入してください。

(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                      )				
	連 絡 先	電話番号			F A X 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	
		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入居者1人当たりの居室の最小床面積	㎡				
	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                      )				
	連 絡 先	電話番号			F A X 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	
		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入居者1人当たりの居室の最小床面積	㎡				
	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 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	
	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	
		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入居者1人当たりの居室の最小床面積	㎡				
	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						

備考 「その他の費用」の欄には、入居者が分担して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）を記入してください。

備考

「その他の費用」の欄には、入居者が分担して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。