

付表7 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

※ 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	LITALICOLEジデンス コマエナカイズミ					
	名称	LITALICOLEジデンス 狛江中和泉					
	所在地	(郵便番号 201-0012) 東京都狛江市中和泉3丁目32-X					
	連絡先	電話番号	※取得予定※	FAX番号			
管理者	フリガナ	ノテ ハルカ	住所	(郵便番号 -)			
	氏名	野手 春香					
		事業所等の名称	LITALICOLEジデンス 狛江中和泉(短期入所)				
		兼務する職種及び勤務時間等	共同生活援助の勤務時間帯を通じて管理者を兼務				
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8			
サービスの提供形態(該当部分に○)	介護サービス包括型		生活支援員の兼務の外部委託の予定	有(月 時間)・無			
	日中サービス支援型	○	生活支援員の兼務の外部委託の予定	有(月 時間)・無			
	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 <small>別紙のとおり</small>				
当該事業所の利用定員数	20 人						
サービス管理責任者	フリガナ		住所	(郵便番号 -)			
	氏名	※異動予定※					
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)	8	0	8	0	1	0
	非常勤(人)	0	0	0	0	0	0
常勤換算後の人数(人)	17人						
基準上の必要人数(人)							
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	※現在検討中※					
	支援体制の概要	※現在検討中※					
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、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						

※ 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。

(日本工業規格A列4番)

(付表7) その2

共同生活住居①	フリガナ	LITALICOLレジデンス コマエナカイズミ			
	名称	LITALICOLレジデンス 狛江中和泉			
	所在地	(郵便番号 201 -0012) 東京都狛江市中和泉3丁目32-X			
	連絡先	電話番号	※取得予定※	FAX番号	※取得予定※
	グループホームに供する建物形態				
	①住居区分:一戸建て				
	②建物所有者名: 小町 新一				
	③賃貸借契約の内容: ア 敷金:なし イ 礼金:なし ウ 家賃 (月額): 160万 エ 契約期間:30年 オ 賃貸料がない理由				
	④住居の利用定員数 20 人 ※短期入所は除く				
	⑤居室数 22 室(うち個室 22室)				
	⑥入居者1人当たりの居室の最小床面積 9.32 m ²				
	一体的に運営するサテライト型住居 0 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 身体障害者・知的障害者・精神障害者・難病等対象者				
利用料 家賃8万円/月					
その他の費用 水道光熱費・食費・日用品等(発生時)を実費で頂く予定です					
共同生活住居②	フリガナ				
	名称				
	所在地	(郵便番号 -) 東京都			
	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 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 ²				
	一体的に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 身体障害者・知的障害者・精神障害者・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 -) 東京都			
	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 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 ²				
	一体的に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 身体障害者・知的障害者・精神障害者・難病等対象者				
利用料					
その他の費用					

