

付表 1 1 共同生活援助事業所の指定に係る記載事項

記入例

主たる事業所	フリガナ	サセボジギョウショ				指定書に記載される（されている）正式な事業所名を記入	
	名 称	佐世保事業所					
	所在地	(郵便番号 857 - 8585) 長崎 県 佐世保 市 八幡町 1 番 1 0 号					マンション等や建物の2階以上で実施する場合は、その建物名、階数まで記入
	連絡先	電話番号	0956-12-3456	FAX	0956-45-6789		
	E-Mail	sasebo@jigyosyo.co.jp				法人のメールアドレスを記入	
管理者	フリガナ	サセボ ジロウ		生年月日	1986 年 8 月 20 日		当事業所で兼務する場合は、記入 他事業所で兼務する場合は、その勤務状況を記入
	氏 名	佐世保 次郎		1986 年 8 月 20 日			
	住 所	(郵便番号 857 - 0042) 長崎 県 佐世保 市 高砂町 5 番 1 号					
	当該事業所で兼務する他の職種(兼務の場合記入)						
	他の事業所又は施設の従業員との兼務(兼務の場合記入)	事業所等の名称	高砂事業所				
		兼務する職種及び勤務時間等	管理者として、週2・3日程度、8時間勤務				サービス管理責任者を記入。複数設置する場合は、3ページ目以降に記入
フリガナ	シドウ カンサ		生年月日	1995 年 2 月 22 日			
氏 名	指導 監査		1995 年 2 月 22 日				
住 所	(郵便番号 857 - 0102) 長崎 県 佐世保 市 松瀬町 2 3 0 番地 3 0						
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						第3条 第1項 第1号	定款等で当該事業について定めている条項を記入
○運営・設備に関する基準の確認に必要な事項							
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	無	○	
		日中サービス支援型		有の場合の月間時間数			
		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
利用定員(人)	20						
利用者の推定数(人)	18.0						
指定生活介護事業所等との連携体制	連携する施設の種別	なし		施設名			
	支援体制の概要						
協力医療機関	名称	佐世保病院		主な診療科名	内科		
協力歯科医療機関	名称	佐世保歯科医院					

○共同生活住居の情報

共同生活住居① (主たる事業所)	フリガナ	サセボジギョウシヨ				▲運営規程に記載している正式な共同生活住居名を記入			
	名 称	佐世保事業所							
	所在地	(郵便番号 857 - 8585) 長崎 県 佐世保 市 八幡町1番10号				▲マンション等や建物の2階以上で実施する場合は、その建物名、階数まで記入			
	連絡先	電話番号	0956-12-3456	FAX	0956-45-6789				
	住居区分	一戸建て	☐	アパート	☐	マンション	☐	その他	☐
	建物所有者名	社会福祉法人 佐世保福祉会				▲所有者との賃貸契約等をしている場合の月額を記入			
	賃貸借契約の内容	家賃月額(円)	300,000						
		契約期間	令和7年1月1日	～	令和16年12月31日				
	住居の利用定員(人)	10	居室数	10	室(うち個室 10 室)				
	入居者1人当たりの居室の最小床面積(㎡)	10.25		▲サテライト型住居を設置している場合は別紙にもその情報を記入					
一体的に運営するサテライト型住居数(箇所)	0								
主たる対象者 (対象とするものに○)	☐	身体障害	☐	知的障害					
	☐	精神障害	☐	難病等対象者					
共同生活住居②	フリガナ	サセボハウス				▲運営規程に記載している正式な共同生活住居名を記入			
	名 称	佐世保ハウス							
	所在地	(郵便番号 857 - 0851) 長崎 県 佐世保 市 稲荷町1番8号 Sマンション2階 201号室				▲マンション等や建物の2階以上で実施する場合は、その建物名、階数まで記入			
	連絡先	電話番号	0956-12-3456	FAX	0956-45-6789				
	住居区分	一戸建て	☐	アパート	☒	マンション	☐	その他	☐
	建物所有者名	社会福祉法人 佐世保福祉会				▲所有者との賃貸契約等をしている場合の月額を記入			
	賃貸借契約の内容	家賃月額(円)	100,000						
		契約期間	令和7年1月1日	～	令和16年12月31日				
	住居の利用定員(人)	5	居室数	5	室(うち個室 5 室)				
	入居者1人当たりの居室の最小床面積(㎡)	8.50		▲サテライト型住居を設置している場合は別紙にもその情報を記入					
一体的に運営するサテライト型住居数(箇所)	0								
主たる対象者 (対象とするものに○)	☐	身体障害	☐	知的障害					
	☐	精神障害	☐	難病等対象者					
共同生活住居③	フリガナ	サセボハウストゥー				▲運営規程に記載している正式な共同生活住居名を記入			
	名 称	佐世保ハウス2							
	所在地	(郵便番号 857 - 0851) 長崎 県 佐世保 市 稲荷町1番8号 Sマンション4階 405号室				▲マンション等や建物の2階以上で実施する場合は、その建物名、階数まで記入			
	連絡先	電話番号	0956-12-3456	FAX	0956-45-6789				
	住居区分	一戸建て	☐	アパート	☒	マンション	☐	その他	☐
	建物所有者名	社会福祉法人 佐世保福祉会				▲所有者との賃貸契約等をしている場合の月額を記入			
	賃貸借契約の内容	家賃月額(円)	100,000						
		契約期間	令和7年1月1日	～	令和16年12月31日				
	住居の利用定員(人)	5	居室数	5	室(うち個室 5 室)				
	入居者1人当たりの居室の最小床面積(㎡)	8.50		▲サテライト型住居を設置している場合は別紙にもその情報を記入					
一体的に運営するサテライト型住居数(箇所)	0								
主たる対象者 (対象とするものに○)	☐	身体障害	☐	知的障害					
	☐	精神障害	☐	難病等対象者					

○サテライト型住居の情報

サテライト型住居①	フリガナ 名 称							
	所在地	(郵便番号 -) 県 市						
	連 絡 先	電話番号				FAX		
	住居区分	一戸建て	アパート		マンション	その他		
	建物所有者名							
	賃貸借契約の内容		家賃月額(円)					
			契約期間	~				
	住居の利用定員(人)				居室の最小床面積(m ²)			
	本体住居の名称							
	本体住居との距離(km)							
サテライト型住居②	フリガナ 名 称							
	所在地	(郵便番号 -) 県 市						
	連 絡 先	電話番号				FAX		
	住居区分	一戸建て	アパート		マンション	その他		
	建物所有者名							
	賃貸借契約の内容		家賃月額(円)					
			契約期間	~				
	住居の利用定員(人)				居室の最小床面積(m ²)			
	本体住居の名称							
	本体住居との距離(km)							
サテライト型住居③	フリガナ 名 称							
	所在地	(郵便番号 -) 県 市						
	連 絡 先	電話番号				FAX		
	住居区分	一戸建て	アパート		マンション	その他		
	建物所有者名							
	賃貸借契約の内容		家賃月額(円)					
			契約期間	~				
	住居の利用定員(人)				居室の最小床面積(m ²)			
	本体住居の名称							
	本体住居との距離(km)							
	主たる対象者 (対象とするものに○)		身体障害		知的障害			
			精神障害		難病等対象者			

(備考)

1. 記入欄が不足する場合は、次頁の「記入欄不足時の資料」に記載して添付してください。
2. 更新の場合には、「利用者の推定数」欄は前年度の平均利用者数を記入してください。
3. 「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も記載してください。

記入欄不足時の資料
■サービス管理責任者

サービス管理責任者	フリガナ氏名		生年月日	年	月	日
	住所	(郵便番号 -) 県市				
	フリガナ氏名		生年月日	年	月	日
	住所	(郵便番号 -) 県市				
	フリガナ氏名		生年月日	年	月	日
	住所	(郵便番号 -) 県市				
	フリガナ氏名		生年月日	年	月	日
	住所	(郵便番号 -) 県市				
	フリガナ氏名		生年月日	年	月	日
	住所	(郵便番号 -) 県市				
	フリガナ氏名		生年月日	年	月	日
	住所	(郵便番号 -) 県市				

■事業所の体制

事業所の体制	他に指定を受けている障害福祉サービス等	種類	事業所名	事業所番号
	委託による提携事業所	種類	事業所名	事業所番号

■協力医療機関

協力医療機関	名称		主な診療科名	
	名称		主な診療科名	
	名称		主な診療科名	
協力歯科医療機関	名称			
	名称			
	名称			