

▲付表7-3は、サテライト型住居を設置している場合のみ提出

サテライト型住居①	フリガナ 住居名称		サセボサテライト1 佐世保サテライト1		指定時から() 内容変更なし		
	所在地		(郵便番号 857 - 0851) 長崎県佐世保市 稲荷町1番8号 佐世保マンション101号室				
	連絡先	電話番号	0956-24-6802	FAX番号	0956-86-4208	変更有無	
	グループホームに供する建物形態						
	①住居区分	マンション					
	②建物所有者名	指監 三郎					
	③賃貸借契約の内容	ア.敷金	100,000	円	イ.礼金	0	円
		ウ.家賃(月額)	50,000	円			
		エ.契約期間	令和3年5月1日 ~ 令和5年4月30日		更新	有	
	オ.賃貸料がない理由	()					
	④利用定員数	1 人					
	⑤居室数	1 室 (うち個室 1 室)		※居室の最小床面積	9.50 m ²		
	本体住居の名称		佐世保アパート 1F		本体住居との距離	1 km	所要時間 5 分
	主たる対象者		特定無し	身体障害者	知的障害者	精神障害者	難病等対象者
	利用料		運営規程に定めたとおり				
その他の費用		運営規程に定めたとおり					

サテライト型住居②	フリガナ 住居名称		サセボサテライト2 佐世保サテライト2		指定時から() 内容変更なし		
	所在地		(郵便番号 857 - 0851) 長崎県佐世保市 稲荷町1番8号 佐世保マンション201号室				
	連絡先	電話番号	0956-31-9750	FAX番号	0956-82-6406	変更有無	
	グループホームに供する建物形態						
	①住居区分	マンション					
	②建物所有者名	指監 三郎					
	③賃貸借契約の内容	ア.敷金	100,000	円	イ.礼金	0	円
		ウ.家賃(月額)	50,000	円			
		エ.契約期間	令和3年5月1日 ~ 令和5年4月30日		更新	有	
	オ.賃貸料がない理由	()					
	④利用定員数	1 人					
	⑤居室数	1 室 (うち個室 1 室)		※居室の最小床面積	9.50 m ²		
	本体住居の名称		佐世保アパート 2F		本体住居との距離	1 km	所要時間 5 分
	主たる対象者		特定無し	身体障害者	知的障害者	精神障害者	難病等対象者
	利用料		運営規程に定めたとおり				
その他の費用		運営規程に定めたとおり					

サテライト型住居③	フリガナ 住居名称		(郵便番号)		指定時から() 内容変更なし		
	所在地		県 区・郡・市				
	連絡先	電話番号		FAX番号		変更有無	
	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		円	イ.礼金		円
		ウ.家賃(月額)		円			
		エ.契約期間	年 月 日 ~ 年 月 日				
	オ.賃貸料がない理由	()					
	④利用定員数	人					
	⑤居室数	室 (うち個室 室)		※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	所要時間 分
	主たる対象者		特定無し	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							

▶正式な住居名を記入(運営規程と一致)

▶マンション等や建物の2階等で実施する場合は、その建物名、階数まで記入

▶指定以後、変更がある場合は該当項目に○

▶その他を選択した場合は、その区分について記入

▶建物所有者との賃貸借契約における家賃額を記入

▶当初(又は更新時)の契約期間を記入し、自動更新の場合は、更新の「有」を選択

▶本体住居の正式名称、本体住居までの距離、所要時間を記入