



修正・追記の有無にかかわらず、ご返送ください。

返送先 〒166-8570 東京都杉並区阿佐谷南1-15-1 TEL: 03-3312-2111 FAX: 050-3156-0673	※必ず(050)からおかけください。 ※おかけの際は、FAX: 03-3312-2111
<h1>共同生活援助の入力例です。</h1>	

情報抽出日: 2024年 10月 29日 送付先FAX番号: 03-3312-2111

選択状態について ●: 選択 □: 未選択

基本情報 関係者向け項目: ★

一斉調査 13115: 杉並区 123456ABC: 2033 共同生活援助

名称	グループホーム〇〇		
郵便番号	166-8570		
住所	東京都杉並区阿佐谷南1-15-1		
電話番号	03-3312-2111	FAX番号	03-3312-2111

運営する事業所の名称・連絡先等を記載してください

メールアドレス	
---------	--

一般の方に公開しているメールアドレスがある場合、アドレスを記載してください

★事業所連絡用メールアドレス	◎×@namisuke.com
----------------	-----------------

区から連絡可能な事業所の連絡用アドレスを、必ず1つは記載してください

運営法人名	特定非営利活動法人〇〇		
★法人郵便番号	166-8570		
★法人住所	杉並区阿佐谷南1-15-1		
★法人電話番号	03-3312-2111	★法人FAX番号	03-3312-2111

法人の名称・連絡先等を記載してください

★法人連絡用メールアドレス	■★@namisuke.com
---------------	-----------------

区から連絡する際の法人メールアドレスを記載してください

HPリンク	<a href="https://www.city.suginami.tokyo.jp/normalife/ryouiku">https://www.city.suginami.tokyo.jp/normalife/ryouiku</a>
-------	---

事業所のホームページURLを記載してください※事業所にホームページがない場合は、法人ホームページでも構いません

指定年月日	2001/01/01	
-------	------------	--

事業所が指定を受けた指定年月日を記載してください

営業情報 関係者向け項目: ★

一斉調査 13115: 杉並区 123456ABC: 2033 共同生活援助

対象としている障害種別 (複数選択可)	<input type="checkbox"/> 身体	<input type="checkbox"/> 肢体不自由	<input type="checkbox"/> 視覚
	<input type="checkbox"/> 聴覚・言語	<input type="checkbox"/> 内部	<input checked="" type="checkbox"/> 知的
	<input type="checkbox"/> 重症心身障害者	<input checked="" type="checkbox"/> 精神	<input type="checkbox"/> 発達
	<input type="checkbox"/> 障害児	<input type="checkbox"/> 重症心身障害児	<input type="checkbox"/> 医療的ケア
	<input type="checkbox"/> 難病	<input type="checkbox"/> 高次脳機能	

対象としている障害種別など、該当する項目はすべて選択してください

※放課後デイサービス・移動支援事業など障害児を対象にしている場合は、障害種別に加えて「障害児」を選択してください。

【例】「障害児/身体/知的」「重度心身障害児/障害児/身体/知的/医療的ケア」

対象障害についての特記事項	精神障害のある方が中心
---------------	-------------

対象とする障害種別だけでは対象が伝わりにくい場合、より詳細に記載することができます

【例】「重度の知的障害者」「精神障害のある方が中心」など

医療的ケア対応	
---------	--

対象としている障害種別で「医療的ケア」を選択した場合、より詳しく記載することができます

【例】「胃ろう」、「喀痰吸引」対応の方が通っています。」など

# SAMPLE

事業所紹介	ひとりで暮らしたいけど不安」な方に、ひとり暮らしに近いワンルームタイプの居室を用意し、お金のこと、服薬のこと、家事のことなど、原則3年間で生活の必要な様々なことを体験しながら学び、地域での単身生活を目指します。	
事業所の特色や事業内容の概要などを記載してください		
事業所営業日	月曜～金曜（祝日、年末年始を除く）	
受付ができる事業所の営業日を記載してください		
事業所営業時間	9:00～17:00	
受付ができる事業所の営業時間を記載してください		
併設サービス		
事業所において他の障害福祉サービス等(移動支援事業・日帰りショートを含む)を提供している場合、そのサービス名を記載してください 【例】「移動支援」など		
定員	10名	
定員を記載してください		
交通機関（アクセス）	JR中央総武線阿佐ヶ谷駅徒歩10分 東京メトロ丸ノ内線南阿佐ヶ谷駅徒歩2分	
施設までのアクセス（交通手段・最寄駅、最寄駅からの所要時間等）を記載してください		
行事	誕生日会、季節ごとのイベントなど。2週に1回ミーティングがあります。	
行事内容を記載してください 【例】「日帰り旅行」「各種季節の行事」など		
通過型・滞在型の種別	通過型	
グループホームの種別(通過型・滞在型)を記載してください		
通過型の利用期限	最長で3年。1年ごとの更新	
通過型の場合、利用期限を記載してください 【例】「最長で3年。1年ごとの更新」など		
日中支援型の実施	なし	
日中支援型の実施の有無を記載してください		
建物・設備についての紹介	鉄筋コンクリート3階建て/浴室・トイレは共有	
グループホームの間取りやユニットの説明等を記載してください 【例】「鉄筋コンクリート3階建て/浴室・トイレは共有」など		
利用方法	お電話でお問い合わせください。	
サービスの利用にあたっての必要な手続きなどを記載してください 【例】「初めての利用の方は、契約と面接が必要です。」など		
利用者負担金(法定負担額以外)	家賃10万円。入居時に敷金：1か月分（10万円）※家賃補助有り その他、食費・光熱水費等は実費	
法定負担額以外に利用者が負担する経費がありましたら、記載してください 【例】「光熱水費実費」「昼食●●円」「家賃●●円※家賃補助事業あり」など		
事業所からのお知らせ	精神科への通院・服薬ができていて、作業所等を含めて就労している人です。夜間は当直の職員がいます。	

事業所の特徴やPR、見学の方法、サービスについての補足など、利用者に向けた事業所からのメッセージを自由に記載してください。

【例】「見学は随時受け付けていますので、営業時間にお電話で申し込んでください」など

03-3312-2111 一斉調査 13115：杉並区 123456ABC：2033 共同生活援助

SAMPLE