付表4　知的障害者地域生活援助事業所（グループホーム）の指定に係る記載事項

受付番号	

事業所	フリガナ				
	名　称				
	所在地	（郵便番号　　－　　） 県　　郡・市			
	連絡先	電話番号		FAX番号	
管理者	フリガナ		住　所	（郵便番号　　－　　） 県　　郡・市	
	氏　名				
	同一敷地内の他の事業所又は施設の従業者との兼務（兼務の場合記入）	事業所等の名称			
		兼務する職種及び勤務時間等			
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　条第　項第　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

利用者数（推定数）		人		
従業者の職種・員数		世話人		
		専従	兼務	
従業者数	常勤（人）			
	非常勤（人）			
常勤換算後の人数（人）				
基準上の必要人数（人）				

主な掲示事項					
居室数		室（うち個室　　室）			
利用料					
その他の費用					
知的障害者援護施設等との連携体制等	連携施設の種別・名称				
	支援体制の概要				
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		
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、建物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、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）				

（備考）
1.「受付番号」「基準上の必要人数」欄には、記載しないでください。
2.記入欄が不足する場合は、適宜欄を設けて記載するか又は別葉に記載した書類を添付してください。
3.「主な掲示事項」欄には、その内容を簡潔に記載してください。
4.「その他費用」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。