

付表1 居宅介護事業所、重度訪問介護事業所、同行援護事業所、行動援護事業所の指定に係る記載事項  
 (居宅介護・重度訪問介護・同行援護・行動援護) 事業所番号

事業所	フリガナ													
	名称													
	所在地	郵便番号 ( )												
	連絡先	電話番号	— —				FAX番号	— —						
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 条 第 項 第 号 ( )			
管理者	フリガナ				住所	郵便番号 ( )								
	氏名				住所	都府	道県	郡市						
	他の職務との兼務の有無及び職種				有・無	職 種								
	同一敷地内の他の事業所又は施設を兼務する場合における当該兼務する事業所等の名称等	名称	1) _____											
		サービス種類	1) _____			2) _____			3) _____					
職 種		1) _____			2) _____			3) _____						
勤務時間					: ~ :			(実働 時間 分)						
サービス提供責任者	フリガナ				住所	郵便番号 ( )					資格			
	氏名				住所	都府	道県	郡市						
	フリガナ				住所	郵便番号 ( )					資格			
従業者の職種・員数	職種・勤務形態				従業者・サービス提供責任者									
	常勤・非常勤の別				専 従	兼 務			専従	兼務				
	常 勤 (人)				うち乗降介助の算定ができる業務に従事する者			うち乗降介助の算定ができる業務に従事する者						
	非常 勤 (人)													
常勤換算後の人数 (人)														
主な掲示事項	営業日	月	火	水	木	金	土	日	祝	休	年末年始	夏 季	その 他	
	営業時間	平日	時 分 ~		時 分									
		土 曜	時 分 ~		時 分		備考							
		日・祝日	時 分 ~		時 分									
	サービス提供日	月	火	水	木	金	土	日	祝	休	年末年始	夏 季	その 他	
	サービス提供時間	時 分 ~ 時 分 ・ 24時間												
	サービスを提供する主たる対象者	身体障害者			知的障害者			障 害 児		精神障害者		難病等対象者		
	提供するサービスの内容	居 宅 介 護				重度訪問介護		同行援護		行動援護				
		身体介護 家事援助	通院介助 (身体介護あり)		通院等 乗降介助 (身体介護なし)									
	利 用 料													
その他の費用														
通常の事業の実施地域	1) _____		2) _____		3) _____		4) _____		5) _____		備考			
	6) _____		7) _____		8) _____		9) _____		10) _____					
とその他参考事項	第三者評価の実施状況	している (実施先: ) ・ していない												
	苦情解決の措置概要	窓 口												
	そ の 他	担当者				電 話	— —							
添 付 書 類	別紙「添付書類一覧表」のとおり													

付表2 療養介護事業所の指定に係る記載事項

単位 / 単位

		事業所番号											
事業所	フリカナ												
	名称												
	所在地	郵便番号 ( )											
	連絡先	電話番号	-		-		FAX番号	-		-			
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 条 第 項 第 号 ( )						
管理者	フリカナ			住所	郵便番号 ( )								
	氏名			住所	都府県	郡市							
	他の職務との兼務の有無及び職種			有・無	職種								
	同一敷地内の他の事業所又は施設を兼務する場合、当該兼務する事業所等の名称等			名称	1) -----								
				サービス種類	1) ----- 3) -----								
職種				1) ----- 3) -----									
勤務時間				2) ----- 4) -----									
					(実働時間分)								
サービス管理責任者	フリカナ			住所	郵便番号 ( )								
	氏名			住所	都府県	郡市							
	他の職務との兼務の有無及び職種			有・無	職種								
	資格要件	実務経験			研修の受講状況	相談支援従事者研修		受講済・未受講					
		資格種類				サービス管理責任者研修		受講済・未受講					
2	フリカナ			住所	郵便番号 ( )								
	氏名			住所	都府県	郡市							
	他の職務との兼務の有無及び職種			有・無	職種								
	資格要件	実務経験			研修の受講状況	相談支援従事者研修		受講済・未受講					
		資格種類				サービス管理責任者研修		受講済・未受講					
従業者の職種・員数	職種・勤務形態		サービス管理責任者		医師		生活支援員		看護職員				
	常勤・非常勤の別		専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務			
	常勤 (人)												
	非常勤 (人)												
	常勤換算後の人数 (人)												
	職種・勤務形態		看護補助者										
	常勤・非常勤の別		専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務			
常勤 (人)													
非常勤 (人)													
常勤換算後の人数 (人)													
短期入所の実施の有無			無・有 (空床型・併設型)			短期入所の利用定員 (併設型のみ)			名				
前年度利用者数 (又は推定数)		前年度延べ利用者数		前年度開所日数		前年度平均利用者数							
		療養介護	人	日	人								
		短期入所	人	日	人								
多目的室 (デイルーム) の有無等			有・無	設置形態	専用・共用 ( )								
主な揭示事項	利用定員		人		単位ごとの定員		人						
	利用料												
	その他の費用												
	とその他の事項	第三者評価の実施状況		している (実施先: ) ・ していない									
		苦情解決の措置概要		窓口			担当者			電話	-		
その他													
添付書類			別紙「添付書類一覧表」のとおり										

付表3 生活介護事業所の指定に係る記載事項

(表)

単位 / 単位

(単 独 ・ 多 機 能)

事業所番号

事業所	フリガナ											
	名称											
	所在地	郵便番号 ( )										
	連絡先	電話番号	— —				FAX番号	— —				
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 条 第 項 第 号 ( )	
管 理 者	フリガナ			住所	郵便番号 ( )							
	氏名				都道府県	郡市						
	他の職務との兼務の有無及び職種			有・無		職 種						
	他の事業所又は施設を兼務する場合、当該兼務する事業所又は施設の名称等	名 称	1) ----- 2) -----									
		サービス種類	1) -----			2) -----			3) -----			4) -----
職 種		1) -----			2) -----			3) -----			4) -----	
勤務時間		: ~ : (実働 時間 分)										
サ ー ビ ス 管 理 責 任 者	フリガナ			住所	郵便番号 ( )							
	氏名				都道府県	郡市						
	他の職務との兼務の有無及び職種			有・無		職 種						
	資格要件	実務経験				研修の受講状況	相談支援従事者研修		受講済・未受講			
		資格種類					サービス管理責任者研修		受講済・未受講			
2	フリガナ			住所	郵便番号 ( )							
	氏名				都道府県	郡市						
	他の職務との兼務の有無及び職種			有・無		職 種						
	資格要件	実務経験				研修の受講状況	相談支援従事者研修		受講済・未受講			
		資格種類					サービス管理責任者研修		受講済・未受講			
従 業 者 の 職 種 ・ 員 数	職種・勤務形態		サービス管理責任者		医 師		生活支援員		精神保健福祉士			
	常勤・非常勤の別		専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務		
	常 勤 (人)											
	非 常 勤 (人)											
	常勤換算後の人数 (人)											
	職種・勤務形態		看 護 職 員									
	常勤・非常勤の別		保 健 師		看 護 師		准看護師		看護職員計			
	専従		兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務			
	常 勤 (人)											
	非 常 勤 (人)											
	常勤換算後の人数 (人)											
	職種・勤務形態		理 学 療 法 士 等									
	常勤・非常勤の別		理学療法士		作業療法士		機能訓練指導員		理学療法士等計			
	専従		兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務			
	常 勤 (人)											
非 常 勤 (人)												
常勤換算後の人数 (人)												
職種・勤務形態		専従		兼務		専従		兼務				
常 勤 (人)												
非 常 勤 (人)												
常勤換算後の人数 (人)												

(裏)

短期入所の実施の有無		無 ・ 有		短期入所の利用定員			名					
前年度平均利用者数 (又は推定数)		区分1	区分2	区分3	区分4	区分5	区分6	前年度開所日数	平均障害支援区分	平均利用者数		
	生活介護	人	人	人	人	人	人	人	日		人	
短期入所	人	人	人	人	人	人	人	日		人		
主 な 掲 示 事 項	営業日	月	火	水	木	金	土	日	祝	休	年末年始 夏季 その他	備考
	営業時間	平日	時 分 ~		時 分							備考
		土曜	時 分 ~		時 分							
		日・祝日	時 分 ~		時 分							
	サービス提供日	月	火	水	木	金	土	日	祝	休	年末年始 夏季 その他	備考
	サービス提供時間	時 分 ~		時 分								
	サービスを提供する主たる対象者	身体障害者 肢体不自由		視覚	聴覚	言語	内部	知的障害者	精神障害者	難病等対象者		
	利用定員	人		単位ごとの定員		人						
	従たる事業所の有無	有 ・ 無		従たる事業所に おいて実施する サービス種別		1) 2)		3) 4)				
	利用料											
その他の費用												
通常の事業の実施地域	1)		2)		3)		4)		5)		備考	
	6)		7)		8)		9)		10)			
と そ な の 他 事 項 参 考	第三者評価の実施状況	している(実施先: ) ・ していない										
	苦情解決の措置概要	窓口										
	担当者					電話	- -					
その他												
協力医療機関	フリガナ									主な診療科名		
	名称											
添付書類	別紙「添付書類一覧表」のとおり											

付表3の2 従たる生活介護事業所の指定に係る記載事項

単位 / 単位

(表)

(単 独 ・ 多 機 能)

事業所番号

事業所		フリガナ		名称		所在地		郵便番号 ( )		大阪府		郡 市		連絡先		電話番号		FAX番号		- -									
本体事業所		フリガナ		名称		所在地		郵便番号 ( )																					
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 条 第 項 第 号 ( )																													
サ ー ビ ス 管 理 責 任 者	1	フリガナ		氏 名		住所		郵便番号 ( )		都 道 府 県		郡 市		他の職務との兼務の有無及び職種		有 ・ 無		職 種											
		資格要件		実務経験		資格種類		研修の受講状況		相談支援従事者研修		受講済 ・ 未受講		サービス管理責任者研修		受講済 ・ 未受講													
		フリガナ		氏 名		住所		郵便番号 ( )		都 道 府 県		郡 市		他の職務との兼務の有無及び職種		有 ・ 無		職 種											
		資格要件		実務経験		資格種類		研修の受講状況		相談支援従事者研修		受講済 ・ 未受講		サービス管理責任者研修		受講済 ・ 未受講													
従 業 者 の 職 種 ・ 員 数	職種・勤務形態		常勤・非常勤の別		専従		兼務		医 師		専従		兼務		生活支援員		専従		兼務		精神保健福祉士		専従		兼務				
	常 勤 (人)																												
	非 常 勤 (人)																												
	常勤換算後の人数 (人)																												
	職種・勤務形態		常勤・非常勤の別		専従		兼務		看 護 職 員		保 健 師		専従		兼務		看 護 師		専従		兼務		准看護師		専従		兼務		
	常 勤 (人)																												
	非 常 勤 (人)																												
	常勤換算後の人数 (人)																												
	職種・勤務形態		常勤・非常勤の別		専従		兼務		理 学 療 法 士 等		理 学 療 法 士		専従		兼務		作 業 療 法 士		専従		兼務		機能訓練指導員		専従		兼務		
	常 勤 (人)																												
	非 常 勤 (人)																												
	常勤換算後の人数 (人)																												
職種・勤務形態		常勤・非常勤の別		専従		兼務		理 学 療 法 士 等		専従		兼務		専従		兼務		専従		兼務		専従		兼務		専従		兼務	
常 勤 (人)																													
非 常 勤 (人)																													
常勤換算後の人数 (人)																													
短期入所の実施の有無				無 ・ 有				短期入所の利用定員				名																	
前 年 度 利 用 者 数 (又は推定数)	区分1		区分2		区分3		区分4		区分5		区分6		前年度 開所日数		平均障害 支援区分		平均 利用者数												
	生活介護		人		人		人		人		人		日				人												
短期入所		人		人		人		人		人		人		日				人											

(裏)

主 な 掲 示 事 項	営業日	月	火	水	木	金	土	日	祝	休 業 日	年 末 始 業 日	年 末 始 業 日	備 考
	営業時間	平日	時		分	～	時	分					
		土曜	時		分	～	時	分					
		日・祝日	時		分	～	時	分					
	サービス提供日	月	火	水	木	金	土	日	祝	休 業 日	年 末 始 業 日	年 末 始 業 日	備 考
	サービス提供時間	時		分	～	時	分						
	サービスを提供する主たる対象者	身体障害者				知的障害者		精神障害者		難病等対象者			
		肢体不自由	視覚	聴覚・言語	内部								
	利用定員	人				単位ごとの定員		人					
	多機能型の有無	有・無		サービス種別		1) 3)		2) 4)					
	利用料												
	その他の費用												
	通常の事業の実施地域	1)		2)		3)		4)		5)		備考	
		6)		7)		8)		9)		10)			
食事提供の有無	有・無												
と そ の 他 事 項	第三者評価の実施状況	している(実施先: )・していない											
	苦情解決の措置概要	窓口											
		担当者			電話	-		-					
	その他												
協力医療機関	フリガナ											主な診療科名	
	名称												
添付書類	別紙「添付書類一覧表」のとおり												

付表5 短期入所事業所の指定に係る記載事項

(表)

		事業所番号									
事業所	フリカナ										
	名称										
	所在地	郵便番号 ( )									
	連絡先	電話番号	— —		FAX番号	— —					
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 条 第 項 第 号 ( )							
管理者	フリカナ			住所	郵便番号 ( )						
	氏名				都 道 府 県		郡 市				
	他の職務との兼務の有無及び職種			有・無	職 種						
	他の事業所又は施設を兼務する場合、当該兼務する事業所又は施設の名称		名 称		1) -----		2) -----				
サービス種類			1) -----		3) -----		2) -----		4) -----		
職 種			1) -----		3) -----		2) -----		4) -----		
勤務時間			: ~ :		(実働 時間 分)						
従業者の職種・員数	職種・勤務形態		医 師		生活支援員		介護職員		職業指導員		
			専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	
	常 勤 (人)										
	非 常 勤 (人)										
	常勤換算後の人数 (人)										
	職種・勤務形態		看 護 職 員								
			保 健 師		看 護 師		准看護師		看護職員計		
	常 勤 (人)										
	非 常 勤 (人)										
	常勤換算後の人数 (人)										
	職種・勤務形態		理 学 療 法 士 等								
			理学療法士		作業療法士		機能訓練指導員		理学療法士等計		
	常 勤 (人)										
	非 常 勤 (人)										
	常勤換算後の人数 (人)										
	職種・勤務形態		あん摩マッサージ指圧師		心理判定員		就労支援員		職能判定員		
			専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	
	常 勤 (人)										
	非 常 勤 (人)										
	常勤換算後の人数 (人)										
	職種・勤務形態		作業指導員		保 育 士		児童指導員		精神保健福祉士		
			専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	
	常 勤 (人)										
	非 常 勤 (人)										
常勤換算後の人数 (人)											
職種・勤務形態		栄養士		運転手							
		専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務		
常 勤 (人)											
非 常 勤 (人)											
常勤換算後の人数 (人)											
本体施設	種 別							本体施設の定員	人		
	名 称										
短期入所	前年度の本体施設延べ利用者数(ア) 人				前年度の本体施設開所日数(ウ) 日		前年度の平均利用者数(ア+イ)÷ウ		人		
	前年度の短期入所延べ利用者数(イ) 人										
種 別	空 床 型		併 設 型		単 独 型		利 用 定 員 (空床型を除く。)		人		

(裏)

主 な 掲 示 事 項	営業日 (単独型のみ)	月	火	水	木	金	土	日	祝	休 業 日	年 末 年 始 夏 季 そ の 他	備 考
	営業時間 (単独型のみ)	平 日	時 分		～	時 分	・ 24時間					
		土 曜	時 分		～	時 分	・ 24時間					
日・祝日		時 分		～	時 分	・ 24時間						
事 項	サービス提供日 (単独型のみ)	月	火	水	木	金	土	日	祝	休 業 日	年 末 年 始 夏 季 そ の 他	備 考
	サービス提供時間 (単独型のみ)	時 分		～	時 分	・ 24時間						
	サービスを提供する主たる対象者	身体障害者		知的障害者		障害児		精神障害者		難病等対象者		
と そ の 他 事 項 参 考	利 用 料											
	その他の費用											
	第三者評価の実施状況	している(実施先: _____)・ していない										
	苦情解決の措置概要	窓 口										
		担当者					電話	—		—		
サービス提供時間外における連絡体制	窓 口											
	担当者					電話	—		—			
そ の 他												
協 力 医 療 機 関	フガナ											
	名 称									主な診療科名		
添 付 書 類	別紙「添付書類一覧表」のとおり											

付表6 重度障害者等包括支援事業所の指定に係る記載事項

		事業所番号															
事業所	フリカナ																
	名称																
	所在地	郵便番号 ( )															
	連絡先	電話番号	-				FAX番号	-									
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	条	第	項	第	号	( )
管理者	フリカナ			住所	郵便番号 ( )						資格						
	氏名				都道府県	郡市											
	他の職務との兼務の有無及び職種			有・無	職種												
	他の事業所又は施設を兼務する場合、当該兼務する事業所又は施設の名称等	名称		1)													
		サービス種類		1)		3)											
		2)		4)													
職種		1)		3)													
		2)		4)													
勤務時間				:		~		:		(実働時間分)							
サービス提供責任者	フリカナ			住所	郵便番号 ( )						資格						
	氏名				都道府県	郡市											
	フリカナ			住所	郵便番号 ( )						資格						
氏名			都道府県		郡市												
フリカナ			住所	郵便番号 ( )						資格							
氏名				都道府県	郡市												
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		サービス種類	事業所名						事業所番号							
	委託による提携事業所		サービス種類	事業所名						事業所番号							
協力医療機関		名称					主な診療科名										
利用者からの連絡対応体制の概要																	
主な揭示事項	利用者数		人														
	サービスを提供する主たる対象者		I 類型		II 類型			III 類型									
	利用料																
	その他の費用																
	通常の事業の実施地域		1) 2)		3) 4)		5) 6)		7) 8)		9) 10)		備考				
その他の事項	第三者評価の実施状況		している(実施先: )・していない														
	苦情解決の措置概要		窓口														
	その他		担当者				電話	-			-						
添付書類		別紙「添付書類一覧表」のとおり															

付表 7 共同生活援助事業所の指定に係る記載事項

事業所番号

主たる事業所	フリガナ													
	名称													
	所在地		郵便番号 ( )											
	連絡先		電話番号				FAX番号							
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 条 第 項 第 号 ( )		
管理者	フリガナ				住所		郵便番号 ( )							
	氏名				都道府県		郡市							
	他の職務との兼務の有無及び職種				有・無		職種							
	他の事業所又は施設を兼務する場合、当該兼務する事業所又は施設の名称等		名称		1)		-----							
			サービス種類		1)		-----							
職種			1)		-----									
勤務時間			:		~		:		(実働時間 分)					
サービス管理責任者	フリガナ				住所		郵便番号 ( )							
	氏名				都道府県		郡市							
	他の職務との兼務の有無及び職種				有・無		職種							
	資格要件		実務経験		資格種類		研修の受講状況		相談支援従事者研修		受講済・未受講			
							サービス管理責任者研修		受講済・未受講					
職種・員数の	職種・勤務形態		サービス管理責任者		世話人		生活支援員		夜間支援従事者					
	常勤・非常勤の別		専従		専従		専従		専従		専従			
	常勤 (人)													
	非常勤 (人)													
	常勤換算後の人数 (人)													
利用定員			人		短期入所実施の有無		有・無		短期入所実施の利用定員		人			
前年度利用者数 (又は推定数)	区分1		区分2		区分3		区分4		区分5		区分6			
	共同生活援助		人		人		人		人		人			
	短期入所		人		人		人		人		人			
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 (月 時間) ・ 無								
		日中サービス支援型		生活支援員の業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		別紙のとおり								
主な揭示事項	障害者支援施設等との連携体制等		連携施設の種別											
			連携施設の名称											
			連携体制の概要											
	第三者評価の実施状況		している (実施先: ) ・ していない											
その他の事項		苦情解決の措置概要		窓口		担当者		電話		-		-		
		その他												
協力医療機関		フリガナ				名称				主な診療科名				
		フリガナ				名称								
添付書類		別紙「添付書類一覧表」のとおり												

(共同生活援助)グループホーム

事業所番号

事業たる所	フリガナ					
	名称					
共同生活住居 (1)	フリガナ					
	名称					
	所在地	郵便番号 ( )	大阪府 郡市			
	主たる事業所からの移動に要する時間等	分以内 (約 km)				
	連絡先電話番号	-	-	FAX番号	-	
	建物の形態	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	敷金・家賃等	ア 敷金 ( )円	イ 保証金 ( )円	ウ 礼金 ( )円
			契約期間	年 月 日 ~ 年 月 日		エ 家賃(月額) ( )円
				契約の自動更新条項の有無		有 ( 年ごと) ・ 無
		賃貸料がない場合の理由				
		住居の利用定員	人	居室数	室 (うち個室 室)	
		一体的に運営するサテライト型住居		か所		
		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				
サービスを提供する主たる対象者		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 (2)	フリガナ					
	名称					
	所在地	郵便番号 ( )	大阪府 郡市			
	主たる事業所からの移動に要する時間等	分以内 (約 km)				
	連絡先電話番号	-	-	FAX番号	-	
	建物の形態	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	敷金・家賃等	ア 敷金 ( )円	イ 保証金 ( )円	ウ 礼金 ( )円
			契約期間	年 月 日 ~ 年 月 日		エ 家賃(月額) ( )円
				契約の自動更新条項の有無		有 ( 年ごと) ・ 無
		賃貸料がない場合の理由				
		住居の利用定員	人	居室数	室 (うち個室 室)	
		一体的に運営するサテライト型住居		か所		
		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				
サービスを提供する主たる対象者		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						

(共同生活援助)サテライト型住居がある場合

事業所番号

主たる事業所	フリガナ								
	名 称								
サテライト型住居 (1)	フリガナ								
	名 称								
	所在地	郵便番号 ( )		大阪府 郡 市					
	本体住居の名称								
	本体住居からの移動に要する時間等		分以内 (約 km)		主たる事業所からの移動に要する時間等		分以内 (約 km)		
	利用者が本体住居への連絡に使用する通信機器								
	建物の形態	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	敷金・家賃等	ア 敷 金 ( )円	イ 保 証 金 ( )円	ウ 礼 金 ( )円	エ 家賃(月額) ( )円		
			契 約 期 間	年 月 日 ~		年 月 日			
				契約の自動更新条項の有無		有 ( 年ごと) ・ 無			
				賃貸料がない場合の理由					
		サービスを提供する主たる対象者		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									
サテライト型住居 (2)	フリガナ								
	名 称								
	所在地	郵便番号 ( )		大阪府 郡 市					
	本体住居の名称								
	本体住居からの移動に要する時間等		分以内 (約 km)		主たる事業所からの移動に要する時間等		分以内 (約 km)		
	利用者が本体住居への連絡に使用する通信機器								
	建物の形態	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	敷金・家賃等	ア 敷 金 ( )円	イ 保 証 金 ( )円	ウ 礼 金 ( )円	エ 家賃(月額) ( )円		
			契 約 期 間	年 月 日 ~		年 月 日			
				契約の自動更新条項の有無		有 ( 年ごと) ・ 無			
				賃貸料がない場合の理由					
		サービスを提供する主たる対象者		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									