TSUNAGUみと調査票

⑪共同生活援助【棟（拠点）別】

1棟目

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| GHの名称 |  | | | | |
| 所在地  ＊非公表時は無記入可 | 〒 | | | | |
| 主たる対象障害種別 | 身体障害　　　知的障害  精神障害 | | 定員　　　　　名  （うち　女性　　　名） | | |
| 建物の形態 | アパート・マンションタイプ　　戸建て住宅タイプ  居室・内廊下・ホールタイプ | | | | |
| 夜間体制 | 夜間連絡体制のみ　　宿直あり　　夜勤あり | | | | |
| 家賃 | ＊家賃補助なしの金額（特定障害者特別給付費10,000円を引く前の金額） | | | 円 | |
| 食費 | 朝食　　　　 　円 | 昼食　　　　　円 | | | 夕食　　　　　円 |
| 概算利用料（月額）  ＊平均的な月額利用料金 | 円（家賃補助なしの金額） | | | | |
| 入浴設備 | 居室内　　共同浴室　　リフトあり　　特殊浴槽 | | | | |
| トイレ設備 | 居室内　　共同トイレ　手すり　　車いす対応  オストメイト対応 | | | | |
| 入居時に準備する物品等 | エアコン　　　寝具（ベッド）　　　照明  収納（タンスなど）　　テレビ  その他：  [　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　] | | | | |
| 併設サービス | サテライト住居　　短期入所　　体験利用 | | | | |
| 金銭管理 | なし　　　必要に応じて　　同意の上，必須 | | | | |
| 個別サービス | 買い物同行　　　買い物代行  病院受診に関する支援（送迎や付添）　　余暇支援  その他：  [　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　] | | | | |
| 個別サービスの費用 |  | | | | |
| お答え頂いたホームの紹介（100字程度） |  | | | | |
| 2棟目 | あり　⇒２棟目調査票へ　　なし | | | | |

TSUNAGUみと調査票

⑪共同生活援助【棟（拠点）別】

２棟目

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| GHの名称 |  | | | | |
| 所在地  ＊非公表時は無記入可 | 〒 | | | | |
| 主たる対象障害種別 | 身体障害　　知的障害  精神障害 | | 定員　　　　　 　 　　名  　　（うち　女性　　　　　名） | | |
| 建物の形態 | アパート・マンションタイプ　　戸建て住宅タイプ  居室・内廊下・ホールタイプ | | | | |
| 夜間体制 | 夜間連絡体制のみ　　宿直あり　　夜勤あり | | | | |
| 家賃 | ＊家賃補助なしの金額（特定障害者特別給付費10,000円を引く前の金額） | | | 円 | |
| 食費 | 朝食　　　 　円 | 昼食　　　 　　円 | | | 夕食　 　　　　円 |
| 概算利用料（月額）  ＊平均的な月額利用料金 | 円（家賃補助なしの金額） | | | | |
| 入浴設備 | 居室内　　共同浴室　　リフトあり　　特殊浴槽 | | | | |
| トイレ設備 | 居室内　　共同トイレ　手すり　　車いす対応  オストメイト対応 | | | | |
| 入居時に準備する物品等 | エアコン　　　寝具（ベッド）　　　照明  収納（タンスなど）　　テレビ  その他：  [　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　] | | | | |
| 併設サービス | サテライト住居　　短期入所　　体験利用 | | | | |
| 金銭管理 | なし　　　必要に応じて　　同意の上，必須 | | | | |
| 個別サービス | 買い物同行　　　買い物代行  病院受診に関する支援（送迎や付添）　　余暇支援  その他：  [　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　] | | | | |
| 個別サービスの費用 |  | | | | |
| お答え頂いたホームの紹介（100字程度） |  | | | | |
| ３棟目 | あり　⇒（　　）棟目調査票へ　　なし | | | | |

TSUNAGUみと調　査　票

⑪共同生活援助【棟（拠点）別】

（　　）棟目

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| GHの名称 |  | | | | | |
| 所在地  ＊非公表時は無記入可 | 〒 | | | | | |
| 主たる対象障害種別 | 身体障害　　知的障害  精神障害 | | | 定員　　　　　名  　　（うち　女性　　　名） | | |
| 建物の形態 | アパート・マンションタイプ　　戸建て住宅タイプ  居室・内廊下・ホールタイプ | | | | | |
| 夜間体制 | 夜間連絡体制のみ　　宿直あり　　夜勤あり | | | | | |
| 家賃 | ＊家賃補助なしの金額（特定障害者特別給付費10,000円を引く前の金額） | | | | 円 | |
| 食費 | 食費 | 朝食　　　　円 | 昼食　　　　円 | | | 夕食　　　　円 |
| 概算利用料（月額）  ＊平均的な月額利用料金 | 円（家賃補助なしの金額） | | | | | |
| 入浴設備 | 居室内　　共同浴室　　リフトあり　　特殊浴槽 | | | | | |
| トイレ設備 | 居室内　　共同トイレ　手すり　　車いす対応  オストメイト対応 | | | | | |
| 入居時に準備する物品等 | エアコン　　　寝具（ベッド）　　　照明  収納（タンスなど）　　テレビ  その他：  [　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　] | | | | | |
| 併設サービス | サテライト住居　　短期入所　　体験利用 | | | | | |
| 金銭管理 | なし　　　必要に応じて　　同意の上，必須 | | | | | |
| 個別サービス | 買い物同行　　　買い物代行  病院受診に関する支援（送迎や付添）　　余暇支援  その他：  [　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　] | | | | | |
| 個別サービスの費用 |  | | | | | |
| お答え頂いたホームの紹介（100字程度） |  | | | | | |
| （　　）棟目 | あり　⇒（　　）棟目調査票へ　　なし | | | | | |