



日中サービス支援型
障がい者グループホーム

あまねく
AMANEKU

24時間
365日
支援

障がい者グループホーム

日中サービス
支援型

2024.5月【最新版】

障がい者区分4以上の方も大歓迎!

入居者新規募集中

最新の
情報は
こちら



事業所一覧【OPEN予定を含む】

24時間
見守り体制



バリアフリー
設計



男女
フロア別



※の付いている事業所はバリアフリーではございません

OPEN日	事業所名	住所
2024.5.1	NEW! あまねく はちおうじみやまちょう AMANEKU 八王子美山町	定員数 20名 即入居 OK 〒192-0152 東京都八王子市美山町805-3
2024.8.1	NEW! あまねく はちおうじかわぐちまち AMANEKU 八王子川口町A棟B棟C棟	定員数 20名 〒193-0801 東京都八王子市川口町1387-2
2024.8.1	NEW! あまねく はちおうじなかのさんのう AMANEKU 八王子中野山王	定員数 20名 〒192-0042 東京都八王子市中野山王2丁目21番10号
2025.4.1	NEW! あまねく まちだのづたまち AMANEKU 町田野津田町	定員数 20名 〒195-0063 東京都町田市野津田町
2025.5.1	NEW! あまねく かつしかひがしかなまち AMANEKU 葛飾東金町A棟B棟	定員数 20名 〒125-0041 東京都葛飾区東金町
東京都		
2024.9.1	NEW! あまねく みなみあしがらいいざわ AMANEKU 南足柄飯沢	定員数 20名 〒250-0122 神奈川県南足柄市飯沢9-3
2025.3.1	NEW! あまねく よこはまとつか AMANEKU 横浜戸塚	定員数 20名 〒244-0000 神奈川県横浜市戸塚区
2025.3.1	NEW! あまねく かわさきあおひら AMANEKU 川崎麻生	定員数 20名 〒215-0000 神奈川県川崎市麻生区
2025.4.1	NEW! あまねく ちがさきはぎその AMANEKU 茅ヶ崎萩園	定員数 20名 〒253-0071 神奈川県茅ヶ崎市萩園
神奈川県		
2022.6.1	あまねく はなみがわちぐさちょう※ AMANEKU 花見川千種町	定員数 10名 即入居 OK 〒262-0012 千葉県千葉市花見川区千種町109-7
2022.9.1	あまねく はなみがわこてはしだい※ AMANEKU 花見川こてはし台	定員数 10名 即入居 OK 〒262-0005 千葉県千葉市花見川区こてはし台5-2-11
2023.11.1	あまねく のだなかざと AMANEKU 野田中里	定員数 20名 即入居 OK 〒270-0237 千葉県野田市中里427-1
2024.5.1	NEW! あまねく そでがうらよこた AMANEKU 袖ヶ浦横田	定員数 20名 即入居 OK 〒299-0236 千葉県袖ヶ浦市横田2184-1
2025.2.1	NEW! あまねく ちばかそりちょう AMANEKU 千葉加曽利町A棟B棟C棟	定員数 20名 〒264-0017 千葉県千葉市若葉区加曽利町
2025.3.1	NEW! あまねく ちばおおきどちょう AMANEKU 千葉大木戸町A棟B棟	定員数 20名 〒267-0057 千葉県千葉市緑区大木戸町
千葉県		
2024.11.1	NEW! あまねく さやまちゅうおう AMANEKU 狭山中央	定員数 20名 〒350-1308 埼玉県狭山市中央1丁目47番11号
2024.12.1	NEW! あまねく あさかみぞぬま AMANEKU 朝霞溝沼	定員数 20名 〒351-0023 埼玉県朝霞市大字溝沼490-1
2024.12.1	NEW! あまねく くまがやめぬま AMANEKU 熊谷妻沼	定員数 20名 〒360-0204 埼玉県熊谷市妻沼中央17-3
埼玉県		

2泊3日無料体験受付中! お問い合わせは裏面をご覧ください ▶



障がい者グループホーム AMANEKU 見学・内覧申込書

見学・体験をご希望の方は、下記に FAX 又はメール添付にて本申込書をお送り下さい。

FAX : 050-3385-5021 メール : soudan@amaneku-home.jp

お電話でのお問い合わせはこちらまで⇒0120-973-341 (通話料無料・平日受付)



障がい者グループホーム AMANEKU ご利用相談受付係 宛

<input type="checkbox"/> 見学希望 <input type="checkbox"/> 体験入居希望		申込日	20__年__月__日 (__曜日)	
希望事業所	AMANEKU _____			
希望内容	<input type="checkbox"/> 男性専用 <input type="checkbox"/> 女性専用 <input type="checkbox"/> 日中支援 <input type="checkbox"/> 常時の見守り <input type="checkbox"/> バリアフリー <input type="checkbox"/> メンタルケア <input type="checkbox"/> 身体介助 <input type="checkbox"/> 服薬・金銭管理 <input type="checkbox"/> 余暇支援 <input type="checkbox"/> その他 (_____)			
ご本人情報	お名前	(ふりがな)	性別	<input type="checkbox"/> 男性 <input type="checkbox"/> 女性
			ご年齢	_____ 歳
	ご住所	〒 _____		
	ご連絡先	電話 : _____	FAX : _____	
		メール : _____		
	障がい名		障がい支援区分	
	障がい者手帳の有無	<input type="checkbox"/> あり (_____) <input type="checkbox"/> なし	受給者証の有無	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
	通所先	<input type="checkbox"/> あり (_____) <input type="checkbox"/> なし		
添付書類	<input type="checkbox"/> あり (_____) <input type="checkbox"/> なし ※既往歴や看護サマリーなど 当日お持ちいただける場合はチェック→ <input type="checkbox"/>			
お付添又は代理人の方	お名前			
	ご連絡先	電話 : _____	FAX : _____	メール : _____
	第 1 希望	第 2 希望	希望人数・属性	当日連絡先
希望日時	20__年__月__日 時間帯 : _____	20__年__月__日 時間帯 : _____	_____ 人 <input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 家族 <input type="checkbox"/> 支援者 <input type="checkbox"/> 行政等機関	
その他ご要望等ございましたらご記入下さい				

1. ご記入頂きました情報は、社内資料としてのみ使用させて頂き、その他には一切流用しません。
2. ご記入できる箇所だけご記入いただき、FAX またはデータでお送り下さい。