



グループホーム空室情報

Graffer申請について

空室情報 現状とこれから

【提出先】
FAX: 093-582-5033
北九州市保健福祉局介護保険課
施設サービス係 宛

グループホーム空室情報報告書

法人名 _____
事業所名 _____
事業所住所 _____
担当者名 _____
電話番号 _____
※上記住所及び電話番号をホームページに掲載します

令和 ____ 年 ____ 月 1 日 現在

☐ 空室なし
☐ 空室あり (_____ 室)

該当するものにチェックをいれ、空室がある場合は空室数を記入してください。

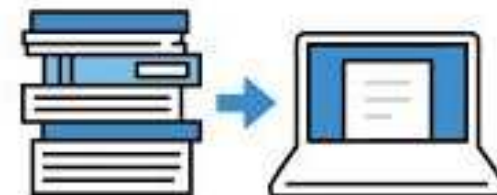
※毎月1日時点の状況を3日までにFAXでご報告ください。
なお、3日までにご報告いただけない場合、前回ご提出
していただいた空室数とさせていただきますので、ご了承
ください。

◇ご不明な点がございましたら、下記連絡先までお問合せください。
北九州市保健福祉局介護保険課施設サービス係
TEL: 093-582-2771

毎月3日までに事業所より Fax



Graffer申請へ変更



Graffer 手順イメージ



<https://ttzk.graffer.jp/city-kitakyushu/smart-apply/surveys-alias/ghaki>

二次元コードとURL

- ・二次元コードを読み取る
- ・URLにアクセスする

Grafferにアクセスできる

メール

- ・介護保険課から事業所へ
(毎月 月末までに)

入力・送信

- ・事業所が入力・送信
(毎月 3日までに)

集計

- ・介護保険課で集計

HP掲載

Graffer 手順①

グループホーム空室情報

入力の状況 0%

[利用規約](#)  をお読みのうえ同意して、回答を開始してください。

☐ 利用規約に同意する 必須

回答を開始する

☑を入れる

グループホーム空室情報

入力の状況 0%

[利用規約](#)  をお読みのうえ同意して、回答

☒ 利用規約に同意する 必須

回答を開始する

選択

Graffer 手順②

グループホーム空室情報

入力状況 50%

回答入力フォーム

グループホーム空室

事業所番号 必須

10桁の事業所番号を入力してください。

事業所名 必須

名称を入力してください。

空室情報 必須

1日時点での状況について選んでください。

40から始まる事業所番号
(10桁)を入力

事業所の名称を入力

グループホーム空室情報

入力状況 50%

回答入力フォーム

グループホーム空室

事業所番号 必須

10桁の事業所番号を入力してください。

40123456789

4099999999以下の値を入力してください

事業所名 必須

名称を入力

空室情報 必須

グループホーム 保険課

・桁が足りないときや多いとき
・40から入力されていないとき

入力しないと次にすすめない

Graffer 手順③

グループホーム空室情報

入力状況

回答入力フォーム

グループホーム空室情報

事業所番号 必須

10桁の事業所番号を入力してください。

4012345678 ☒ 40～

事業所名 必須

名称を入力してください。

グループホーム 保険課 ☒

空室情報 必須

40から始まる数字10桁入力すると☒が付く

※事業所番号が正しいかどうかは確認ができないので間違えないようにお願いします。

項目はすべて**必須**

※入力しないと次にすすめません

Graffer 手順④

事業所番号 必須
10桁の事業所番号を入力してください。

4012345678 40～

事業所名 必須
名称を入力してください。

グループホーム 保険課

空室情報 必須
1日時点での状況について選んでください。

☒ ない

☐ ある

次へ進む

回答を一時保存する

空室がない場合は「ない」を選択

「次へ進む」を選択

毎月1日時点での情報を入力



Graffer 手順⑤

空室情報 必須

1日時点での状況について

☐ ない

☒ ある

「ある」を選択した場合
【空室数】が表示される

毎月1日時点での空室数を
入力

空室数 必須

1日時点で何室あいているか入力してください。

1 室

「次へ進む」
を選択

次へ進む

回答を一時保存する

空室情報 必須

1日時点での状況について選んでください。

☐ ない

☒ ある

27を超える数字を入力すると

空室数 必須

1日時点で何室あいているか入力してください。

30 室

27以下の値を入力してください

3 ユニットまでの最高数に設定しているので
入力ミスのないようにお願いします。

Graffer 手順⑥

回答の確認

グループホーム空室情報

事業所番号 必須	4012345678	40～	 編集
事業所名 必須	グループホーム 保険課		 編集
空室情報 必須	ある		 編集
空室数 必須	1	室	

送信する

次へ進むを選択後
確認画面

※内容を確認し誤りがある場合は、編集してください。

「送信する」選択

入力事項に誤りがないか確認をお願いします。

Graffer 手順⑦

回答を送信しました。



[ホームへ戻る](#)

この画面が出たら修了

