

# 全国精神障害者地域生活支援協議会 **あみ** 2017 年度会員基礎調査票

(管理表示：HP-D 版)

## 1. 基本事項 ※変更および追加がある場合のみご記入下さい

(1) 施設 ・事業所名	<b>名称</b> ※名称変更や他事業所との統合があった場合は、その旨ご記入ください。	
(2) 所在地	〒	
(3) 電話 F A X	TEL :	FAX :
(4) Eメール	<b>E-mail :</b> ※誤字、記載漏れにご注意ください。 ※E-mailアドレスを表記頂いた場合、あみの配信する会員向け情報メールをお届けします。	
(5) 運営主体	(法人等種別) (名 称)	

## 2. 2016 (平成 28) 年度の収入 (事業費総額≒報酬・補助金・委託料等の公費)

(6) 昨年度 (2016 (平成28) 年度) の収入 (報酬・補助金・委託料等の公費の総額)	億	千万	百万	十万	万	千	百	十	一	円
---	---	----	----	----	---	---	---	---	---	---

※本調査にご回答いただいた金額は、2017年会費額算定のためにのみ使用するものです。

## 3. 施設・事業所事項

(7) 種別 (該当する事業に○印をつけてください) ※2015 (平成27) 年4月1日現在

給付事業 (一)	① 共同生活援助 (介護包括型)		地域生活支援事業 (二)	① 地域活動支援センター I 型	
	② 共同生活援助 (外部利用型)			② 地域活動支援センター II 型	
	③ 居宅介護 (ホームヘルプ)			③ 地域活動支援センター III 型	
	④ 行動援助			④ 地域活動支援センター その他	
	⑤ 療養介護			⑤ その他	
	⑥ 生活介護		→その他詳細 ( )		
	⑦ 短期入所 (ショートステイ)		相談 (三)	① 一般相談	
	⑧ 施設入所支援			② 特定相談	
	⑨ 自立訓練 (生活訓練)			③ 委託相談	
	⑩ 就労移行支援			④ その他	
	⑪ 就労継続支援 A 型			→その他詳細 ( )	
	⑫ 就労継続支援 B 型		(IV) 小規模作業所		
		(V) その他 ( )			

(8) 利用定員 ・登録者数	利用定員	名	登録者数	名
-------------------	------	---	------	---

(9) 職員数	常勤	名	非常勤	名
---------	----	---	-----	---

記入者氏名		連絡先	
-------	--	-----	--

(通信欄：ご連絡等ございましたらお知らせください)

お忙しい中、ご協力ありがとうございました。

ご記入後は事務局までお送りください。 FAX.042-313-9407