

全国精神障害者地域生活支援協議会 **あじ** 2016 年度会員基礎調査票

(管理表示：HP 版)

1. 基本事項 ※変更および追加がある場合のみ修正をご記入下さい

(1) 施設 ・事業所名	名称 ※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	E-mail : ※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. 2015 (平成 27) 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 (2015 (平成27) 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 行動援護		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