

# 全国精神障害者地域生活支援協議会 **あす** 2019 年度会員基礎調査票

(管理表示：19-①版)

## 1. 基本事項

(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	<b>TEL :</b>	<b>FAX :</b>
(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. 2018 (平成 30) 年度の収入 (事業費総額≠報酬・補助金・委託料等の公費)

(6) <b>昨年度 (2018 (平成30) 年度) の収入</b> (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、2020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) ※2019 (平成31年) 年4月1日現在

給付事業 (I)	① 共同生活援助 (介護包括型)	地域生活支援事業 (II)	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 (III)	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	
	⑬ その他給付事業 ( )	(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.03-6383-5674