

全国精神障害者地域生活支援協議会 **あみ** 2024 年度会員基礎調査票

会員 (管理表示：24-①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 FAX	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. 2023 (令和5年) 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 (2023 (令和5年) 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、2025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) ※2024年 (令和6) 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