

全国精神障害者地域生活支援協議会 **あみ** 2025 年度会員基礎調査票

(管理表示：25-①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. 2024（令和6）年度の収入（事業費総額＝報酬・補助金・委託料等の公費）

注）グループホームの方へ：収入は国や自治体等からの家賃補助は含まずに明記下さい。

(6) 昨年度（2024（令和6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）

※2025年（令和7）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		相談（Ⅲ）	→その他詳細（ ）	
	⑦短期入所（ショートステイ）			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