

全国精神障害者地域生活支援協議会 **西日本** 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	<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 FAX	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. 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) <u>昨年度(2024(令和6年)年度)の収入</u> (報酬・補助金・委託料等の公費の総額)	億	千	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

<b>給付事業(I)</b>	①共同生活援助(介護包括型)	<b>II</b>  <b>III</b>  <b>IV</b>  <b>V</b>	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)		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