

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:

※当会からメールの配信を行いますので誤字、記載漏れにご注意ください。

(5) 運営主体

(法人等種別)

(名称)

2. 2025（令和7年）年度の収入（事業費総額：報酬・補助金・委託料等の公費の合計）

(6) 昨年度（2025（令和7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、2027年（R9）年度会費算定のためにのみ使用するものです。

※共同生活援助（グループホーム）の場合は、国や自治体等からの家賃補助収入は含まずに明記してください。

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）

※2026年（令和8）年4月1日現在

給付 事業 (I)	① 共同生活援助（介護包括型）		給付事業	⑪ 自立生活援助	
	② 共同生活援助（外部利用型）			⑫ その他（ ）	
	③ 共同生活援助（日中支援型）		地域生 活支 援 事業 (II)	⑬ 地域活動支援センターⅠ型	
	④ 居宅介護（ホームヘルプ）			⑭ 地域活動支援センターⅡ型	
	⑤ 行動援護			⑮ 地域活動支援センターⅢ型	
	⑥ 療養介護			⑯ 地域活動支援センターその他	
	⑦ 生活介護			⑰ その他（ ）	
	⑧ 短期入所（ショートステイ）		相談 (III)	⑱ 指定一般相談	
	⑨ 施設入所支援			⑲ 指定特定相談	
	⑩ 就労選択支援			⑳ 委託相談	
	⑪ 就労移行支援			㉑ その他	
	⑫ 就労定着支援		→その他詳細（ ）		
	⑬ 就労継続支援 A 型		(IV) 小規模作業所		
	⑭ 就労継続支援 B 型（工賃型）		(V) その他（ ）		
	⑮ 就労継続支援 B 型（参加型）				
	⑯ 自立生活援助		*回答は複数回答可		

(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 10月 31日までに事務局へお送りください。 FAX.03-6383-5674