



1 身体障害者居宅介護等事業の状況

(5)サービスの提供状況	9月中の営業日数 _____ 日					
	9月中のサービス提供状況					
	↓ 1 「9月中」の利用者あり      2 「9月中」の利用者なし					
		支援費単価区分				その他
		30分未満	30分以上 1時間未満	1時間以上 1時間30分未満	1時間 30分以上	
	利用実人員数(人)					
	訪問回数合計(回)					
指定居宅介護の内容(回数)	1 身体介護が中心					
	2 家事援助が中心					
	3 移動介護が中心					
	うち身体介護を伴うもの					
4 日常生活支援が中心						
(6)介護保険法による指定	1 指定あり      2 指定なし					

※ 6 ページに従事者数を記入してください。

2 身体障害者デイサービス事業の状況

(7)事業所形態	1 単独型      2 併設型				
(8)サービスの提供状況	①定員 _____ 人				
	②9月中の開催日数 _____ 日				
	9月中のサービス提供状況				
	↓ 1 「9月中」の利用者あり      2 「9月中」の利用者なし				
		支援費単価区分			その他
		区分 1	区分 2	区分 3	
	利用実人員数(人)				
利用延人員数(人)					
指定型サービスの内容(延人員)	基本型(I)				
	うち4時間未満				
加算の状況	基本型(II)				
	うち4時間未満				
加算の状況	給食サービス(延人員)				
	入浴サービス(延人員)				
	送迎サービス(延人員)				
(9)介護保険法による指定	1 指定あり      2 指定なし				

※ 6 ページに従事者数を記入してください。

3 身体障害者短期入所事業の状況

(10)事業所形態	1 併設型 → 定員 _____ 人      9月中の開催日数 _____ 日					
	2. 空床型					
(11)サービスの提供状況	9月中のサービス提供状況					
	↓ 1 「9月中」の利用者あり      2 「9月中」の利用者なし					
		支援費単価区分				その他
		区分 1	区分 2	区分 3	遷延性意識障害者等	
	利用実人員数(人)					
	利用延人員数(人)					
	利用日数合計(日)					
加算の状況	送迎サービス(延人員)					
(12)介護保険法による指定	1 指定あり      2 指定なし					

※ 6 ページに従事者数を記入してください。

4 知的障害者居宅介護等事業の状況

(13)サービスの提供状況	9月中の営業日数 _____ 日					
	9月中のサービス提供状況					
	↓ 1 「9月中」の利用者あり      2 「9月中」の利用者なし					
		支援費単価区分				その他
		30分未満	30分以上 1時間未満	1時間以上 1時間30分未満	1時間 30分以上	
	利用実人員数(人)					
	訪問回数合計(回)					
指定居宅介護の内容(回数)	1 身体介護が中心					
	2 家事援助が中心					
	3 移動介護が中心					
	うち身体介護を伴うもの					
(14)介護保険法による指定	1 指定あり      2 指定なし					

※ 6ページに従事者数を記入してください。

5 知的障害者デイサービス事業の状況

(15)事業所形態	1 単独型      2 併設型				
(16)サービスの提供状況	①定員 _____ 人				
	②9月中の開催日数 _____ 日				
	9月中のサービス提供状況				
	↓ 1 「9月中」の利用者あり      2 「9月中」の利用者なし				
		支援費単価区分			その他
		区分1	区分2	区分3	
	利用実人員数(人)				
利用延人員数(人)					
	うち4時間未満				
加算の状況	給食サービス(延人員)				
	入浴サービス(延人員)				
	送迎サービス(延人員)				
(17)介護保険法による指定	1 指定あり      2 指定なし				

※ 6ページに従事者数を記入してください。

次ページにつづきます

6 知的障害者短期入所事業の状況

(18)事業所形態	1 併設型 → 定員 _____ 人 9月中の開催日数 _____ 日					
	2 空床型					
(19)サービスの提供状況	9月中のサービス提供状況					
	└─ 1 「9月中」の利用者あり 2 「9月中」の利用者なし					
		支援費単価区分				その他
		区分1	区分2	区分3	重症心身障害者	
	利用実人員数(人)					
	利用延人員数(人)					
	うち宿泊を伴うもの					
利用日数合計(日)						
加算の状況 送迎サービス(延人員)						
(20)介護保険法による指定	1 指定あり 2 指定なし					

※ 7ページに従事者数を記入してください。

7 知的障害者地域生活援助事業の状況

(21)利用定員	1 4人 2 5人 3 6人 4 7人					
(22)サービスの提供状況	9月中のサービス提供状況					
	└─ 1 「9月中」の利用者あり 2 「9月中」の利用者なし					
		支援費単価区分			その他	
		区分1	区分2			
9月末日の利用者数(人)						
9月中の利用日数合計(日)						
(23)入退居の状況	(平成14年10月2日～平成15年10月1日の間に入居した者及び退居した者について記入して下さい)					
	入居者の入居前の場所					
	1 家庭	2 養護学校寄宿舎	3 社会福祉施設	4 グループホーム等の共同住宅	5 アパート等	6 その他
	人	人	人	人	人	人
	退居者の退居後の行先					
	1 家庭	2 社会福祉施設	3 グループホーム等の共同住宅	4 アパート等	5 病院・診療所	6 その他
人	人	人	人	人	人	
(24)支援体制(複数回答)	1 知的障害者更生施設(入所) 2 知的障害者更生施設(通所) 3 知的障害者授産施設(入所) 4 知的障害者授産施設(通所) 5 知的障害者通勤寮 6 知的障害児施設 7 その他					

※ 7ページに従事者数を記入してください。

8 児童居宅介護等事業の状況

㉔サービスの提供状況	9月中の営業日数 _____ 日					
	9月中のサービス提供状況					
	↓ 1 「9月中」の利用者あり      2 「9月中」の利用者なし					
		支 援 費 単 価 区 分				その他
		30分未満	30分以上 1時間未満	1時間以上 1時間30分未満	1時間 30分以上	
	利用実人員数(人)					
	訪問回数合計(回)					
指定居宅介護の内容(回数)	1 身体介護が中心					
	2 家事援助が中心					
	3 移動介護が中心					
	うち身体介護を伴うもの					
㉕介護保険法による指定	1 指定あり      2 指定なし					

※ 7ページに従事者数を記入してください。

9 児童デイサービス事業の状況

㉖1日当たり平均利用者	1 10人以下      2 11人以上20人以下      3 21人以上		
㉗サービスの提供状況	①定 員 _____ 人		
	②9月中の開催日数 _____ 日		
	9月中のサービス提供状況		
	↓ 1 「9月中」の利用者あり      2 「9月中」の利用者なし		
		支援費対象	その他
	利用実人員数(人)		
	利用延人員数(人)		
加算の状況 送迎サービス(延人員)			

※ 7ページに従事者数を記入してください。

10 児童短期入所事業の状況

㉘事業所形態	1 併設型 → 定 員 _____ 人      9月中の開催日数 _____ 日					
	2 空床型					
㉙サービスの提供状況	9月中のサービス提供状況					
	↓ 1 「9月中」の利用者あり      2 「9月中」の利用者なし					
		支 援 費 単 価 区 分				その他
		区分1	区分2	区分3	遅延性意識障害児等	
	利用実人員数(人)					
	利用延人員数(人)					
	うち宿泊を伴うもの					
	利用日数合計(日)					
加算の状況 送迎サービス(延人員)						

※ 7ページに従事者数を記入してください。

次ページにつづきます

①従事者数		常 勤						非 常 勤				
		専 従		兼 務		換 算 数				換 算 数		
		男	女	男	女	男	女	男	女	男	女	
身 体 障 害 者 福 祉 法	1 身体障害者 居宅介護等 事業	1 介護福祉士										
		2 ホームヘルパー										
		ホ ー ム ヘ ル パ ー	ホームヘルパー1級									
			ホームヘルパー2級									
			ホームヘルパー3級									
			ガイドヘルパー等									
		3 その他の職員										
	従事する者のうちサービス提供責任者 _____人											
	2 身体障害者 デイサービ ス事業	1 指導員										
		2 介護職員										
3 その他の職員												
3 身体障害者 短期入所事 業  (従事者数に ついては、 「併設型」に ○をつけた事 業所のみ記入 してください。)	1 医師											
	2 保健師・看護師											
	3 心理判定員											
	4 職能判定員											
	5 職業指導員											
	6 生活支援員											
	7 栄養士											
	8 理学・作業療法士											
	9 あん摩・マッサージ・指圧師											
	10 その他の職員											
知 的 障 害 者 福 祉 法	4 知的障害者 居宅介護等 事業	1 介護福祉士										
		2 ホームヘルパー										
		ホ ー ム ヘ ル パ ー	ホームヘルパー1級									
			ホームヘルパー2級									
			ホームヘルパー3級									
			ガイドヘルパー等									
		3 その他の職員										
	従事する者のうちサービス提供責任者 _____人											
	5 知的障害者 デイサービ ス事業	1 指導員										
		2 介護職員										
3 その他の職員												

			常 勤						非 常 勤				
			専 従		兼 務		換 算 数				換 算 数		
			男	女	男	女	男	女			男	女	
知的障害者福祉法	6 知的障害者短期入所事業  (従事者数については、「併設型」に○をつけた事業所のみ記入してください)	1 医師					.	.			.	.	
		2 保健師・看護師					.	.			.	.	
		3 心理判定員					.	.			.	.	
		4 職能判定員					.	.			.	.	
		5 作業指導員					.	.			.	.	
		6 生活支援員					.	.			.	.	
		7 栄養士					.	.			.	.	
		8 理学・作業療法士					.	.			.	.	
		9 あん摩・マッサージ・指圧師					.	.			.	.	
		10 保育士・児童指導員					.	.			.	.	
		11 その他の職員					.	.			.	.	
7 知的障害者地域生活援助事業	1 世話人					.	.			.	.		
児童福祉法	8 児童居宅介護等事業	1 介護福祉士					.	.			.	.	
		2 ホームヘルパー					.	.			.	.	
		ホームヘルパー	ホームヘルパー1級					.	.			.	.
			ホームヘルパー2級					.	.			.	.
			ホームヘルパー3級					.	.			.	.
			ガイドヘルパー等					.	.			.	.
		3 その他の職員					.	.			.	.	
従事する者のうちサービス提供責任者 _____ 人													
福祉法	9 児童デイサービス事業	1 指導員					.	.			.	.	
		2 保育士					.	.			.	.	
		3 その他の職員					.	.			.	.	
福祉法	10 児童短期入所事業  (従事者数については、「併設型」に○をつけた事業所のみ記入してください)	1 医師					.	.			.	.	
		2 保健師・看護師					.	.			.	.	
		3 心理判定員					.	.			.	.	
		4 職能判定員					.	.			.	.	
		5 職業指導員					.	.			.	.	
		6 生活支援員					.	.			.	.	
		7 栄養士					.	.			.	.	
		8 理学・作業療法士					.	.			.	.	
		9 あん摩・マッサージ・指圧師					.	.			.	.	
		10 保育士・児童指導員					.	.			.	.	
		11 その他の職員					.	.			.	.	

ご協力ありがとうございました。