

総務省承認 No27414  
承認期限 平成21年3月31日

保護施設・老人福祉施設  
身体障害者社会参加支援施設 等 調査票  
(平成20年10月1日調査)

都道府県  
指定都市 名  
中核市

\*福祉事務所  
符 号

\*市区町村  
符 号

福祉事務所名

注1 (1)~(7)の項目については、印字されているものに変更・誤りがある場合は、赤字で余白に修正してください。

注2 \*の箇所は施設では記入しないでください。

\* 配付番号

①

\*施設番号  
(1) 法人名 (2) 施設名  
(3) 施設の所在地・郵便番号・電話番号  
(4) 活動の状況 (5) 認可・届出・設置年月  
1 活動中 2 休止中 3 廃止  
1 明治 2 大正 3 昭和 4 平成  
(6) 設置主・体・经营主体  
01 国 05 その他の市・町村 09 日本赤十字社 13 公益法人である社団 17 その他の法人  
02 都道府県 06 一部事務組合・広域連合 10 医療法人 14 公益法人である財団 18 個人  
03 指定都市 07 社会福祉事業団 11 学校法人 15 特定非営利活動法人(NPO) 19 その他  
04 中核市 08 社会福祉法人(7を除く) 12 宗教法人 16 営利法人(会社)

②

(7) 定員 (8) 在所者数 (9) 年齢階級別在所者数(人) (10月1日現在)

③

19歳以下 20~24歳 25~29歳 30~34歳 35~39歳 40~44歳 45~49歳 50~54歳  
55~59歳 60~64歳 65~69歳 70~74歳 75~79歳 80~84歳 85~89歳 90歳以上

④

(10) 職種・常勤 - 非常勤別従事者数(人)  
1 施設長 1のうち社会福祉士 2 生活指導・相談員 2のうち社会福祉士 3 職業・作業指導員 3のうち社会福祉士  
4 理学療法士 5 作業療法士 6 その他の療法士  
7 医師 8 保健師 看護師 9 精神保健福祉士 10 介護職員 10のうち介護福祉士 11 栄養士 12 調理員 13 事務員 14 その他の職員

(11) 苦情解決のための取組状況 該当する番号すべてに○をつけてください。  
1 苦情受付窓口を設置 3 共同で第三者委員を設置 5 1~4以外の取組を実施している  
2 苦情解決責任者を設置 4 単独で第三者委員を設置 6 1~5のいずれも実施していない

(※)調査票記入者名は、調査票の審査の際の問い合わせ先として使用する場合がありますので、施設の代表者の氏名ではなく、実際に調査票を記入した施設の担当者の氏名と連絡先(電話番号)を記入してください。なお、FAX、E-メールアドレスの記入は任意です。

調査票記入者名  
(連絡先) 電話 ( )  
FAX ( )  
E-メール ( )

\*組み合わせ 老 障 児 保 事

ご協力ありがとうございました。