



*施設番号																				
*調査番号																				

※障害児入所施設の基準により障害者支援施設又は療養介護事業所の指定を受けている場合も、この調査票に記入してください。

以下の項目について、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。
*部分は記入不要です。

法人名 (運営法人名を記入してください。)		
施設名		
施設の所在地	〒 TEL()-()-()	
施設の種類名		
(1) 活動の状況	1 活動中 2 休止中 3 廃止	※休止中・廃止は、それぞれ届出を提出している場合のみ○をつけてください。9月30日時点で届出を出していない場合は活動中に○をつけ、各設間に回答してください。 ※休止中・廃止の場合は、以下、記入不要です。

(2) 在所者数 (9月30日現在)
※入所者及び通所者の合計を記入してください。

契約による者・被措置者・その他別在所者数													
契約による者	人			被措置者	人			その他	人				
年齢階級別在所者数													
0歳	1歳	2歳	3歳	4歳	5歳	6歳	7歳	8歳	9歳	10歳	11歳	12歳	
人				人	人	人	人	人		人	人	人	人
13歳	14歳	15歳	16歳	17歳	18・19歳	20~24歳	25~29歳	30~39歳	40~49歳	50~59歳	60~69歳	70歳以上	
人	人	人	人	人	人	人	人	人	人	人	人	人	人

(3) 職種・常勤一別 (※換算数は小数点以下第2位を四捨五入して小数点以下第1位まで記入してください。)

	1 施設長	2 1のうちのうち	3 生活・児童指導員・児童自立支援専門員	4 3のうちの社会福祉士	5 児童厚生員	6 保育士	7 児童福祉士のうち支援員	8 母子支援員		
常勤専従 (換算数不要)										
常勤兼務										
常勤兼務の換算数										
非常勤										
非常勤の換算数										
	8 医師	セラピスト			12 保健師	13 栄養士	14 調理員	15 事務員	16 児童発達支援管理者	17 その他の職員
常勤専従 (換算数不要)		9 理学療法士	10 作業療法士	11 その他の療法士	助産師					
常勤兼務										
常勤兼務の換算数										
非常勤										
非常勤の換算数										

【(4)は障害児関係施設のみお答えください】

(4) 過去1年間の在所期間・退所理由別の退所者数 ※平成28年10月1日～平成29年9月30日	就職	家庭復帰	他の社会福祉施設等へ転所	死亡	その他
1年未満	人	人	人	人	人
1年以上2年未満	人	人	人	人	人
2年以上5年未満	人	人	人	人	人
5年以上	人	人	人	人	人

※調査票の記入内容について質問する際の問い合わせ先として使用する場合があります。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を記入してください。

調査票記入者名・担当部署と連絡先(※必須)	(ふりがな)
上記以外連絡先(携帯、FAX等)	電話 (- -)

ご協力ありがとうございました。