

介護事業実態調査  
(介護事業経営概況調査)  
令和7年5月調査

## 政府統計

統計法に基づく国の統計調査です。調査票情報の秘密の保護に万全を期します。

調査対象サービスは

介護老人福祉施設

です。

右欄について誤りや訂正がございましたら、**朱書きで修正**をお願いいたします。  
また、空欄となっている場合はご記入をお願いいたします。

|       |               |
|-------|---------------|
| 事業所番号 | 1234567890    |
| 施設名   | 〇〇〇〇〇         |
| 所在地   | 東京都千代田区××1-1  |
| 法人名   | 〇〇〇〇〇         |
| 法人番号  | 1234567890123 |

|       |            |
|-------|------------|
| ID    | 1234567890 |
| パスワード | ◎◎◎◎◎      |

お手数をおかけしますが、下の(1)～(5)に必ずご記入をお願いいたします。

- (1) 電話番号：( )
- (2) FAX番号：( )
- (3) Eメールアドレス：@
- (4) 回答担当者：ご氏名 (役職： )
- (5) 調査対象サービスの活動状況(令和7年5月1日時点)

(下の1～3のいずれか1つに○)

|        |       |       |
|--------|-------|-------|
| 1. 活動中 | 2. 休止 | 3. 廃止 |
|--------|-------|-------|

※2、3の場合、回答は不要ですので、このまま調査票を返送してください。

- 電子調査票の場合：『令和7年7月14日』までに調査専用サイトにご提出ください。  
※電子調査票(Excel)は調査専用サイト  
(<https://XXXXXXXXXXXX>)からダウンロードできます。
- 紙の調査票の場合：『令和7年7月7日』までにご投函ください。



厚生労働省老健局

# 問 1 施設の概要についておうかがいします。

(1) 開設年月を西暦で記入してください。

西暦  年  月

(2) 経営主体として該当する番号に○をつけてください。

- |            |            |                      |
|------------|------------|----------------------|
| 1. 都道府県    | 2. 市区町村    | 3. 広域連合・一部事務組合       |
| 4. 日本赤十字社  | 5. 社会福祉協議会 | 6. 社会福祉法人(社会福祉協議会以外) |
| 7. 社団・財団法人 | 8. 1～7以外   |                      |

(3) 調査対象サービスにおける会計の期間について、該当する番号に○をつけてください。  
3. を選んだ場合は、あわせて期間も記入してください。

1. 年単位 (1月1日～12月31日)
2. 年度単位 (4月1日～翌3月31日)
3. その他 ( 月 日～翌 月 日)

(4) 調査対象サービスにおける令和5、6年度の会計の区分状況について、該当する番号に○をつけてください。

| 令和5年度 | 令和6年度 |                                                       |
|-------|-------|-------------------------------------------------------|
| 1     | 1     | 単独会計: 調査対象サービスごとに費用が区分できているもの                         |
| 2     | 2     | 一体会計: 調査対象サービスに係る費用とそれ以外の併設サービス等に係る費用を区分せず一体で計上しているもの |

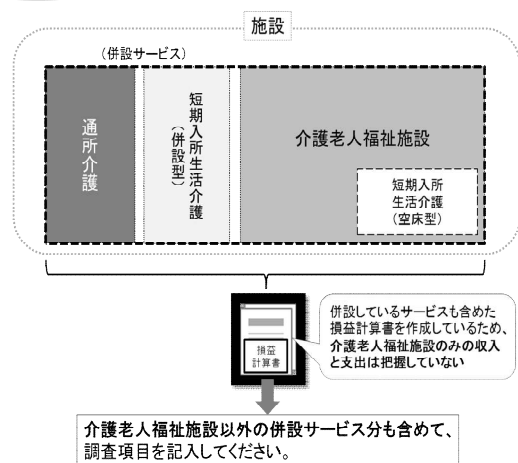
※ 収入は調査対象サービスを把握しているが、支出は他の併設サービスと一体的にしか把握していないなど、部分的に調査対象サービス分の収入・支出を把握している場合も一体会計としてください。

例: 介護老人福祉施設内で短期入所生活介護(空床型)を提供し、短期入所生活介護(併設型)と通所介護を併設している場合

## 1. 単独会計



## 2. 一体会計



(5) 調査対象サービスの令和7年4月の1か月分の実績について記入してください。

介護老人福祉施設または地域密着型介護老人福祉施設（（介護予防）短期入所生活介護（空床型）を除く）

|        | 要介護1 | 要介護2 | 要介護3 | 要介護4 | 要介護5 | その他※ |
|--------|------|------|------|------|------|------|
| 実利用者数  | 人    | 人    | 人    | 人    | 人    | 人    |
| 延べ在所者数 | 人    | 人    | 人    | 人    | 人    | 人    |

※「その他」の欄には、自費でサービスを利用している人や、要介護認定申請中の人を計上してください。

短期入所生活介護（空床型）/介護予防短期入所生活介護（空床型）

短期入所生活介護（空床型）

|        | 要介護1 | 要介護2 | 要介護3 | 要介護4 | 要介護5 | その他※ |
|--------|------|------|------|------|------|------|
| 実利用者数  | 人    | 人    | 人    | 人    | 人    | 人    |
| 延べ利用者数 | 人    | 人    | 人    | 人    | 人    | 人    |

※「その他」の欄には、自費でサービスを利用している人や、要介護認定申請中の人を計上してください。

介護予防短期入所生活介護（空床型）

|        | 要支援1 | 要支援2 | その他※ |
|--------|------|------|------|
| 実利用者数  | 人    | 人    | 人    |
| 延べ利用者数 | 人    | 人    | 人    |

※「その他」の欄には、自費でサービスを利用している人や、要支援認定申請中の人を計上してください。

(6) 調査対象サービスにおける令和7年4月末時点の介護テクノロジー（介護ロボットやICT等）の導入状況について、導入している番号に○をつけてください。（複数回答可）

※ 介護テクノロジー（介護ロボットやICT等）の具体例については、記入要領を参照してください。

- |             |                      |                       |
|-------------|----------------------|-----------------------|
| 1. 移乗支援機器   | 2. 移動支援機器            | 3. 排泄支援機器             |
| 4. 入浴支援機器   | 5. 見守り・コミュニケーション機器   | 6. 介護業務支援機器（介護記録ソフト等） |
| 7. 機能訓練支援機器 | 8. 食事・栄養管理支援機器       | 9. 認知症生活支援・認知症ケア支援機器  |
| 10. その他     | 11. 介護テクノロジーを導入していない |                       |

(7) 調査対象サービスと一体的に会計を行っている併設サービスの事業所番号、令和7年4月の1か月分の延べ利用者数等を記入してください。

※ 問1(4)において、「1. 単独会計」と回答した場合は記入不要です。

○ 一体会計となっている他のサービスとの費用按分等にも使用しますので、漏れのないように記入してください。

| サービスの種類   |                             | 事業所番号 |  |  |  |  |  |  |  | 延べ利用者数等※1  |    |   |
|-----------|-----------------------------|-------|--|--|--|--|--|--|--|------------|----|---|
| 施設サービス    | 介護老人福祉施設                    |       |  |  |  |  |  |  |  | 延べ在所(在院)者数 | 1  |   |
|           | 介護老人保健施設                    |       |  |  |  |  |  |  |  |            | 2  | 人 |
|           | 介護医療院                       |       |  |  |  |  |  |  |  |            | 3  | 人 |
| 居宅サービス    | 訪問介護(旧介護予防を含む)              |       |  |  |  |  |  |  |  | 延べ訪問回数     | 4  | 回 |
|           | 訪問入浴介護(介護予防を含む)             |       |  |  |  |  |  |  |  |            | 5  | 回 |
|           | 訪問看護(介護予防を含む)               |       |  |  |  |  |  |  |  |            | 6  | 回 |
|           | 訪問リハビリテーション(介護予防を含む)        |       |  |  |  |  |  |  |  |            | 7  | 回 |
|           | 居宅療養管理指導(介護予防を含む)           |       |  |  |  |  |  |  |  | 実利用者数      | 8  | 人 |
|           | 通所介護(旧介護予防を含む)              |       |  |  |  |  |  |  |  | 延べ利用者数     | 9  | 人 |
|           | 通所リハビリテーション(介護予防を含む)        |       |  |  |  |  |  |  |  |            | 10 | 人 |
|           | 短期入所生活介護(空床利用分を除く)(介護予防を含む) |       |  |  |  |  |  |  |  |            | 11 | 人 |
|           | 短期入所療養介護(介護予防を含む)           |       |  |  |  |  |  |  |  |            | 12 | 人 |
|           | 特定施設入居者生活介護(介護予防を含む)        |       |  |  |  |  |  |  |  |            | 13 | 人 |
|           | 福祉用具貸与(介護予防を含む)             |       |  |  |  |  |  |  |  |            | 14 | 人 |
|           | 居宅介護支援(介護予防を含む)             |       |  |  |  |  |  |  |  | 実利用者数      | 15 | 人 |
| 地域密着型サービス | 定期巡回・随時対応型訪問介護看護            |       |  |  |  |  |  |  |  | 実利用者数      | 16 | 人 |
|           | 夜間対応型訪問介護                   |       |  |  |  |  |  |  |  | 延べ訪問回数     | 17 | 回 |
|           | 地域密着型通所介護                   |       |  |  |  |  |  |  |  | 延べ利用者数     | 18 | 人 |
|           | 認知症対応型通所介護(介護予防を含む)         |       |  |  |  |  |  |  |  |            | 19 | 人 |
|           | 小規模多機能型居宅介護(介護予防を含む)        |       |  |  |  |  |  |  |  |            | 20 | 人 |
|           | 認知症対応型共同生活介護(介護予防を含む)       |       |  |  |  |  |  |  |  |            | 21 | 人 |
|           | 地域密着型特定施設入居者生活介護            |       |  |  |  |  |  |  |  | 22         | 人  |   |
|           | 地域密着型介護老人福祉施設               |       |  |  |  |  |  |  |  | 延べ在所(在院)者数 | 23 | 人 |
|           | 看護小規模多機能型居宅介護               |       |  |  |  |  |  |  |  | 延べ利用者数     | 24 | 人 |

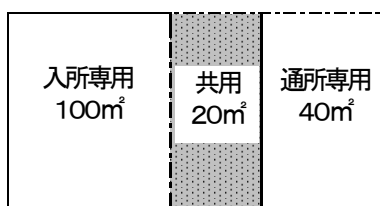
※1 「延べ利用者数等」の考え方については、記入要領(P.●)を参照してください。

## 問2 令和7年4月時点の建物の状況についておうかがいします。

○ 一体会計となっている他のサービスとの費用按分等にも使用しますので、漏れのないように記入してください。

| 1 建築年月                                                                                                                                                                                                                       | 西暦 <span style="border: 1px solid black; padding: 2px 10px;">  </span> 年 <span style="border: 1px solid black; padding: 2px 10px;">  </span> 月                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | ※建築年月の異なる建物が併存する場合には、調査対象サービスの提供において使用している主要な建物について記入してください。                   |                |                                                 |                |                               |                |                     |                   |                            |                     |  |  |                                        |  |                                                 |  |                               |  |                   |                            |            |        |   |                |   |                |   |                |  |  |      |   |                |   |                |   |                |  |  |      |   |                |   |                |   |                |  |  |      |   |                |   |                |   |                |  |  |     |   |                |   |                |   |                |  |  |      |  |  |  |  |                |                |                |                |     |  |  |  |  |                |                |                |                |      |  |  |  |  |                |                |                |                |        |  |  |  |  |                |                |                |                |              |  |  |  |  |                |                |                |                |                  |      |   |                |   |                |   |                |  |  |     |   |                |   |                |   |                |  |  |        |  |  |  |  |                |  |  |  |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------|----------------|-------------------------------------------------|----------------|-------------------------------|----------------|---------------------|-------------------|----------------------------|---------------------|--|--|----------------------------------------|--|-------------------------------------------------|--|-------------------------------|--|-------------------|----------------------------|------------|--------|---|----------------|---|----------------|---|----------------|--|--|------|---|----------------|---|----------------|---|----------------|--|--|------|---|----------------|---|----------------|---|----------------|--|--|------|---|----------------|---|----------------|---|----------------|--|--|-----|---|----------------|---|----------------|---|----------------|--|--|------|--|--|--|--|----------------|----------------|----------------|----------------|-----|--|--|--|--|----------------|----------------|----------------|----------------|------|--|--|--|--|----------------|----------------|----------------|----------------|--------|--|--|--|--|----------------|----------------|----------------|----------------|--------------|--|--|--|--|----------------|----------------|----------------|----------------|------------------|------|---|----------------|---|----------------|---|----------------|--|--|-----|---|----------------|---|----------------|---|----------------|--|--|--------|--|--|--|--|----------------|--|--|--|
| 当てはまる番号に○をつけてください。                                                                                                                                                                                                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                                |                |                                                 |                |                               |                |                     |                   |                            |                     |  |  |                                        |  |                                                 |  |                               |  |                   |                            |            |        |   |                |   |                |   |                |  |  |      |   |                |   |                |   |                |  |  |      |   |                |   |                |   |                |  |  |      |   |                |   |                |   |                |  |  |     |   |                |   |                |   |                |  |  |      |  |  |  |  |                |                |                |                |     |  |  |  |  |                |                |                |                |      |  |  |  |  |                |                |                |                |        |  |  |  |  |                |                |                |                |              |  |  |  |  |                |                |                |                |                  |      |   |                |   |                |   |                |  |  |     |   |                |   |                |   |                |  |  |        |  |  |  |  |                |  |  |  |
| 2 保有形態                                                                                                                                                                                                                       | 1. 自己所有 <span style="margin-left: 20px;">→</span>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | 取得価額 <span style="border: 1px solid black; padding: 2px 20px;">  </span> 円     |                |                                                 |                |                               |                |                     |                   |                            |                     |  |  |                                        |  |                                                 |  |                               |  |                   |                            |            |        |   |                |   |                |   |                |  |  |      |   |                |   |                |   |                |  |  |      |   |                |   |                |   |                |  |  |      |   |                |   |                |   |                |  |  |     |   |                |   |                |   |                |  |  |      |  |  |  |  |                |                |                |                |     |  |  |  |  |                |                |                |                |      |  |  |  |  |                |                |                |                |        |  |  |  |  |                |                |                |                |              |  |  |  |  |                |                |                |                |                  |      |   |                |   |                |   |                |  |  |     |   |                |   |                |   |                |  |  |        |  |  |  |  |                |  |  |  |
|                                                                                                                                                                                                                              | 2. 賃借・無償貸与                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | 建物の償却方法 1. 定額法 2. 定率法                                                          |                |                                                 |                |                               |                |                     |                   |                            |                     |  |  |                                        |  |                                                 |  |                               |  |                   |                            |            |        |   |                |   |                |   |                |  |  |      |   |                |   |                |   |                |  |  |      |   |                |   |                |   |                |  |  |      |   |                |   |                |   |                |  |  |     |   |                |   |                |   |                |  |  |      |  |  |  |  |                |                |                |                |     |  |  |  |  |                |                |                |                |      |  |  |  |  |                |                |                |                |        |  |  |  |  |                |                |                |                |              |  |  |  |  |                |                |                |                |                  |      |   |                |   |                |   |                |  |  |     |   |                |   |                |   |                |  |  |        |  |  |  |  |                |  |  |  |
|                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | 税法上の耐用年数 <span style="border: 1px solid black; padding: 2px 10px;">  </span> 年 |                |                                                 |                |                               |                |                     |                   |                            |                     |  |  |                                        |  |                                                 |  |                               |  |                   |                            |            |        |   |                |   |                |   |                |  |  |      |   |                |   |                |   |                |  |  |      |   |                |   |                |   |                |  |  |      |   |                |   |                |   |                |  |  |     |   |                |   |                |   |                |  |  |      |  |  |  |  |                |                |                |                |     |  |  |  |  |                |                |                |                |      |  |  |  |  |                |                |                |                |        |  |  |  |  |                |                |                |                |              |  |  |  |  |                |                |                |                |                  |      |   |                |   |                |   |                |  |  |     |   |                |   |                |   |                |  |  |        |  |  |  |  |                |  |  |  |
| 3 建築延べ床面積                                                                                                                                                                                                                    | <span style="border: 1px solid black; padding: 2px 20px;">  </span> m <sup>2</sup>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | (小数点以下第1位を四捨五入して整数で記入してください。以下、同じ。)                                            |                |                                                 |                |                               |                |                     |                   |                            |                     |  |  |                                        |  |                                                 |  |                               |  |                   |                            |            |        |   |                |   |                |   |                |  |  |      |   |                |   |                |   |                |  |  |      |   |                |   |                |   |                |  |  |      |   |                |   |                |   |                |  |  |     |   |                |   |                |   |                |  |  |      |  |  |  |  |                |                |                |                |     |  |  |  |  |                |                |                |                |      |  |  |  |  |                |                |                |                |        |  |  |  |  |                |                |                |                |              |  |  |  |  |                |                |                |                |                  |      |   |                |   |                |   |                |  |  |     |   |                |   |                |   |                |  |  |        |  |  |  |  |                |  |  |  |
| 4 入所部分、通所部分の各施設・設備に係る延べ床面積                                                                                                                                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                                |                |                                                 |                |                               |                |                     |                   |                            |                     |  |  |                                        |  |                                                 |  |                               |  |                   |                            |            |        |   |                |   |                |   |                |  |  |      |   |                |   |                |   |                |  |  |      |   |                |   |                |   |                |  |  |      |   |                |   |                |   |                |  |  |     |   |                |   |                |   |                |  |  |      |  |  |  |  |                |                |                |                |     |  |  |  |  |                |                |                |                |      |  |  |  |  |                |                |                |                |        |  |  |  |  |                |                |                |                |              |  |  |  |  |                |                |                |                |                  |      |   |                |   |                |   |                |  |  |     |   |                |   |                |   |                |  |  |        |  |  |  |  |                |  |  |  |
|                                                                                                                                                                                                                              | <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <tr> <th colspan="2"></th> <th colspan="4">入所部分</th> <th colspan="2">通所部分</th> <th rowspan="2">入所・通所共用部分※1<br/>(再掲)</th> </tr> <tr> <th colspan="2"></th> <th colspan="2">介護老人福祉施設<br/>(空床利用の短期入所生活介護(介護予防含む)を含む)</th> <th colspan="2">地域密着型<br/>介護老人福祉施設<br/>(空床利用の短期入所生活介護(介護予防含む)を含む)</th> <th colspan="2">短期入所生活介護<br/>(併設型)<br/>(介護予防含む)</th> <th>通所介護(旧<br/>介護予防含む)</th> <th>認知症対応型<br/>通所介護(介護<br/>予防含む)</th> </tr> <tr> <td rowspan="10" style="writing-mode: vertical-rl; transform: rotate(180deg);">ユニットケア※2以外</td> <td>①5人以上室</td> <td>室</td> <td>m<sup>2</sup></td> <td>室</td> <td>m<sup>2</sup></td> <td>室</td> <td>m<sup>2</sup></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>②4人室</td> <td>室</td> <td>m<sup>2</sup></td> <td>室</td> <td>m<sup>2</sup></td> <td>室</td> <td>m<sup>2</sup></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>③3人室</td> <td>室</td> <td>m<sup>2</sup></td> <td>室</td> <td>m<sup>2</sup></td> <td>室</td> <td>m<sup>2</sup></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>④2人室</td> <td>室</td> <td>m<sup>2</sup></td> <td>室</td> <td>m<sup>2</sup></td> <td>室</td> <td>m<sup>2</sup></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>⑤個室</td> <td>室</td> <td>m<sup>2</sup></td> <td>室</td> <td>m<sup>2</sup></td> <td>室</td> <td>m<sup>2</sup></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>⑥静養室</td> <td colspan="4"></td> <td>m<sup>2</sup></td> <td>m<sup>2</sup></td> <td>m<sup>2</sup></td> <td>m<sup>2</sup></td> </tr> <tr> <td>⑦浴室</td> <td colspan="4"></td> <td>m<sup>2</sup></td> <td>m<sup>2</sup></td> <td>m<sup>2</sup></td> <td>m<sup>2</sup></td> </tr> <tr> <td>⑧医務室</td> <td colspan="4"></td> <td>m<sup>2</sup></td> <td>m<sup>2</sup></td> <td>m<sup>2</sup></td> <td>m<sup>2</sup></td> </tr> <tr> <td>⑨食堂 ※3</td> <td colspan="4"></td> <td>m<sup>2</sup></td> <td>m<sup>2</sup></td> <td>m<sup>2</sup></td> <td>m<sup>2</sup></td> </tr> <tr> <td>⑩機能訓練室<br/>※3</td> <td colspan="4"></td> <td>m<sup>2</sup></td> <td>m<sup>2</sup></td> <td>m<sup>2</sup></td> <td>m<sup>2</sup></td> </tr> <tr> <td rowspan="3" style="writing-mode: vertical-rl; transform: rotate(180deg);">ユニット<br/>※2<br/>ケア</td> <td>⑪2人室</td> <td>室</td> <td>m<sup>2</sup></td> <td>室</td> <td>m<sup>2</sup></td> <td>室</td> <td>m<sup>2</sup></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>⑫個室</td> <td>室</td> <td>m<sup>2</sup></td> <td>室</td> <td>m<sup>2</sup></td> <td>室</td> <td>m<sup>2</sup></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>⑬共同生活室</td> <td colspan="4"></td> <td>m<sup>2</sup></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table> |                                                                                |                |                                                 | 入所部分           |                               |                |                     | 通所部分              |                            | 入所・通所共用部分※1<br>(再掲) |  |  | 介護老人福祉施設<br>(空床利用の短期入所生活介護(介護予防含む)を含む) |  | 地域密着型<br>介護老人福祉施設<br>(空床利用の短期入所生活介護(介護予防含む)を含む) |  | 短期入所生活介護<br>(併設型)<br>(介護予防含む) |  | 通所介護(旧<br>介護予防含む) | 認知症対応型<br>通所介護(介護<br>予防含む) | ユニットケア※2以外 | ①5人以上室 | 室 | m <sup>2</sup> | 室 | m <sup>2</sup> | 室 | m <sup>2</sup> |  |  | ②4人室 | 室 | m <sup>2</sup> | 室 | m <sup>2</sup> | 室 | m <sup>2</sup> |  |  | ③3人室 | 室 | m <sup>2</sup> | 室 | m <sup>2</sup> | 室 | m <sup>2</sup> |  |  | ④2人室 | 室 | m <sup>2</sup> | 室 | m <sup>2</sup> | 室 | m <sup>2</sup> |  |  | ⑤個室 | 室 | m <sup>2</sup> | 室 | m <sup>2</sup> | 室 | m <sup>2</sup> |  |  | ⑥静養室 |  |  |  |  | m <sup>2</sup> | m <sup>2</sup> | m <sup>2</sup> | m <sup>2</sup> | ⑦浴室 |  |  |  |  | m <sup>2</sup> | m <sup>2</sup> | m <sup>2</sup> | m <sup>2</sup> | ⑧医務室 |  |  |  |  | m <sup>2</sup> | m <sup>2</sup> | m <sup>2</sup> | m <sup>2</sup> | ⑨食堂 ※3 |  |  |  |  | m <sup>2</sup> | m <sup>2</sup> | m <sup>2</sup> | m <sup>2</sup> | ⑩機能訓練室<br>※3 |  |  |  |  | m <sup>2</sup> | m <sup>2</sup> | m <sup>2</sup> | m <sup>2</sup> | ユニット<br>※2<br>ケア | ⑪2人室 | 室 | m <sup>2</sup> | 室 | m <sup>2</sup> | 室 | m <sup>2</sup> |  |  | ⑫個室 | 室 | m <sup>2</sup> | 室 | m <sup>2</sup> | 室 | m <sup>2</sup> |  |  | ⑬共同生活室 |  |  |  |  | m <sup>2</sup> |  |  |  |
|                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | 入所部分                                                                           |                |                                                 |                | 通所部分                          |                | 入所・通所共用部分※1<br>(再掲) |                   |                            |                     |  |  |                                        |  |                                                 |  |                               |  |                   |                            |            |        |   |                |   |                |   |                |  |  |      |   |                |   |                |   |                |  |  |      |   |                |   |                |   |                |  |  |      |   |                |   |                |   |                |  |  |     |   |                |   |                |   |                |  |  |      |  |  |  |  |                |                |                |                |     |  |  |  |  |                |                |                |                |      |  |  |  |  |                |                |                |                |        |  |  |  |  |                |                |                |                |              |  |  |  |  |                |                |                |                |                  |      |   |                |   |                |   |                |  |  |     |   |                |   |                |   |                |  |  |        |  |  |  |  |                |  |  |  |
|                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | 介護老人福祉施設<br>(空床利用の短期入所生活介護(介護予防含む)を含む)                                         |                | 地域密着型<br>介護老人福祉施設<br>(空床利用の短期入所生活介護(介護予防含む)を含む) |                | 短期入所生活介護<br>(併設型)<br>(介護予防含む) |                |                     | 通所介護(旧<br>介護予防含む) | 認知症対応型<br>通所介護(介護<br>予防含む) |                     |  |  |                                        |  |                                                 |  |                               |  |                   |                            |            |        |   |                |   |                |   |                |  |  |      |   |                |   |                |   |                |  |  |      |   |                |   |                |   |                |  |  |      |   |                |   |                |   |                |  |  |     |   |                |   |                |   |                |  |  |      |  |  |  |  |                |                |                |                |     |  |  |  |  |                |                |                |                |      |  |  |  |  |                |                |                |                |        |  |  |  |  |                |                |                |                |              |  |  |  |  |                |                |                |                |                  |      |   |                |   |                |   |                |  |  |     |   |                |   |                |   |                |  |  |        |  |  |  |  |                |  |  |  |
| ユニットケア※2以外                                                                                                                                                                                                                   | ①5人以上室                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | 室                                                                              | m <sup>2</sup> | 室                                               | m <sup>2</sup> | 室                             | m <sup>2</sup> |                     |                   |                            |                     |  |  |                                        |  |                                                 |  |                               |  |                   |                            |            |        |   |                |   |                |   |                |  |  |      |   |                |   |                |   |                |  |  |      |   |                |   |                |   |                |  |  |      |   |                |   |                |   |                |  |  |     |   |                |   |                |   |                |  |  |      |  |  |  |  |                |                |                |                |     |  |  |  |  |                |                |                |                |      |  |  |  |  |                |                |                |                |        |  |  |  |  |                |                |                |                |              |  |  |  |  |                |                |                |                |                  |      |   |                |   |                |   |                |  |  |     |   |                |   |                |   |                |  |  |        |  |  |  |  |                |  |  |  |
|                                                                                                                                                                                                                              | ②4人室                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | 室                                                                              | m <sup>2</sup> | 室                                               | m <sup>2</sup> | 室                             | m <sup>2</sup> |                     |                   |                            |                     |  |  |                                        |  |                                                 |  |                               |  |                   |                            |            |        |   |                |   |                |   |                |  |  |      |   |                |   |                |   |                |  |  |      |   |                |   |                |   |                |  |  |      |   |                |   |                |   |                |  |  |     |   |                |   |                |   |                |  |  |      |  |  |  |  |                |                |                |                |     |  |  |  |  |                |                |                |                |      |  |  |  |  |                |                |                |                |        |  |  |  |  |                |                |                |                |              |  |  |  |  |                |                |                |                |                  |      |   |                |   |                |   |                |  |  |     |   |                |   |                |   |                |  |  |        |  |  |  |  |                |  |  |  |
|                                                                                                                                                                                                                              | ③3人室                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | 室                                                                              | m <sup>2</sup> | 室                                               | m <sup>2</sup> | 室                             | m <sup>2</sup> |                     |                   |                            |                     |  |  |                                        |  |                                                 |  |                               |  |                   |                            |            |        |   |                |   |                |   |                |  |  |      |   |                |   |                |   |                |  |  |      |   |                |   |                |   |                |  |  |      |   |                |   |                |   |                |  |  |     |   |                |   |                |   |                |  |  |      |  |  |  |  |                |                |                |                |     |  |  |  |  |                |                |                |                |      |  |  |  |  |                |                |                |                |        |  |  |  |  |                |                |                |                |              |  |  |  |  |                |                |                |                |                  |      |   |                |   |                |   |                |  |  |     |   |                |   |                |   |                |  |  |        |  |  |  |  |                |  |  |  |
|                                                                                                                                                                                                                              | ④2人室                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | 室                                                                              | m <sup>2</sup> | 室                                               | m <sup>2</sup> | 室                             | m <sup>2</sup> |                     |                   |                            |                     |  |  |                                        |  |                                                 |  |                               |  |                   |                            |            |        |   |                |   |                |   |                |  |  |      |   |                |   |                |   |                |  |  |      |   |                |   |                |   |                |  |  |      |   |                |   |                |   |                |  |  |     |   |                |   |                |   |                |  |  |      |  |  |  |  |                |                |                |                |     |  |  |  |  |                |                |                |                |      |  |  |  |  |                |                |                |                |        |  |  |  |  |                |                |                |                |              |  |  |  |  |                |                |                |                |                  |      |   |                |   |                |   |                |  |  |     |   |                |   |                |   |                |  |  |        |  |  |  |  |                |  |  |  |
|                                                                                                                                                                                                                              | ⑤個室                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | 室                                                                              | m <sup>2</sup> | 室                                               | m <sup>2</sup> | 室                             | m <sup>2</sup> |                     |                   |                            |                     |  |  |                                        |  |                                                 |  |                               |  |                   |                            |            |        |   |                |   |                |   |                |  |  |      |   |                |   |                |   |                |  |  |      |   |                |   |                |   |                |  |  |      |   |                |   |                |   |                |  |  |     |   |                |   |                |   |                |  |  |      |  |  |  |  |                |                |                |                |     |  |  |  |  |                |                |                |                |      |  |  |  |  |                |                |                |                |        |  |  |  |  |                |                |                |                |              |  |  |  |  |                |                |                |                |                  |      |   |                |   |                |   |                |  |  |     |   |                |   |                |   |                |  |  |        |  |  |  |  |                |  |  |  |
|                                                                                                                                                                                                                              | ⑥静養室                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                                |                |                                                 |                | m <sup>2</sup>                | m <sup>2</sup> | m <sup>2</sup>      | m <sup>2</sup>    |                            |                     |  |  |                                        |  |                                                 |  |                               |  |                   |                            |            |        |   |                |   |                |   |                |  |  |      |   |                |   |                |   |                |  |  |      |   |                |   |                |   |                |  |  |      |   |                |   |                |   |                |  |  |     |   |                |   |                |   |                |  |  |      |  |  |  |  |                |                |                |                |     |  |  |  |  |                |                |                |                |      |  |  |  |  |                |                |                |                |        |  |  |  |  |                |                |                |                |              |  |  |  |  |                |                |                |                |                  |      |   |                |   |                |   |                |  |  |     |   |                |   |                |   |                |  |  |        |  |  |  |  |                |  |  |  |
|                                                                                                                                                                                                                              | ⑦浴室                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                                |                |                                                 |                | m <sup>2</sup>                | m <sup>2</sup> | m <sup>2</sup>      | m <sup>2</sup>    |                            |                     |  |  |                                        |  |                                                 |  |                               |  |                   |                            |            |        |   |                |   |                |   |                |  |  |      |   |                |   |                |   |                |  |  |      |   |                |   |                |   |                |  |  |      |   |                |   |                |   |                |  |  |     |   |                |   |                |   |                |  |  |      |  |  |  |  |                |                |                |                |     |  |  |  |  |                |                |                |                |      |  |  |  |  |                |                |                |                |        |  |  |  |  |                |                |                |                |              |  |  |  |  |                |                |                |                |                  |      |   |                |   |                |   |                |  |  |     |   |                |   |                |   |                |  |  |        |  |  |  |  |                |  |  |  |
|                                                                                                                                                                                                                              | ⑧医務室                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                                |                |                                                 |                | m <sup>2</sup>                | m <sup>2</sup> | m <sup>2</sup>      | m <sup>2</sup>    |                            |                     |  |  |                                        |  |                                                 |  |                               |  |                   |                            |            |        |   |                |   |                |   |                |  |  |      |   |                |   |                |   |                |  |  |      |   |                |   |                |   |                |  |  |      |   |                |   |                |   |                |  |  |     |   |                |   |                |   |                |  |  |      |  |  |  |  |                |                |                |                |     |  |  |  |  |                |                |                |                |      |  |  |  |  |                |                |                |                |        |  |  |  |  |                |                |                |                |              |  |  |  |  |                |                |                |                |                  |      |   |                |   |                |   |                |  |  |     |   |                |   |                |   |                |  |  |        |  |  |  |  |                |  |  |  |
|                                                                                                                                                                                                                              | ⑨食堂 ※3                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                |                |                                                 |                | m <sup>2</sup>                | m <sup>2</sup> | m <sup>2</sup>      | m <sup>2</sup>    |                            |                     |  |  |                                        |  |                                                 |  |                               |  |                   |                            |            |        |   |                |   |                |   |                |  |  |      |   |                |   |                |   |                |  |  |      |   |                |   |                |   |                |  |  |      |   |                |   |                |   |                |  |  |     |   |                |   |                |   |                |  |  |      |  |  |  |  |                |                |                |                |     |  |  |  |  |                |                |                |                |      |  |  |  |  |                |                |                |                |        |  |  |  |  |                |                |                |                |              |  |  |  |  |                |                |                |                |                  |      |   |                |   |                |   |                |  |  |     |   |                |   |                |   |                |  |  |        |  |  |  |  |                |  |  |  |
|                                                                                                                                                                                                                              | ⑩機能訓練室<br>※3                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                                                |                |                                                 |                | m <sup>2</sup>                | m <sup>2</sup> | m <sup>2</sup>      | m <sup>2</sup>    |                            |                     |  |  |                                        |  |                                                 |  |                               |  |                   |                            |            |        |   |                |   |                |   |                |  |  |      |   |                |   |                |   |                |  |  |      |   |                |   |                |   |                |  |  |      |   |                |   |                |   |                |  |  |     |   |                |   |                |   |                |  |  |      |  |  |  |  |                |                |                |                |     |  |  |  |  |                |                |                |                |      |  |  |  |  |                |                |                |                |        |  |  |  |  |                |                |                |                |              |  |  |  |  |                |                |                |                |                  |      |   |                |   |                |   |                |  |  |     |   |                |   |                |   |                |  |  |        |  |  |  |  |                |  |  |  |
| ユニット<br>※2<br>ケア                                                                                                                                                                                                             | ⑪2人室                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | 室                                                                              | m <sup>2</sup> | 室                                               | m <sup>2</sup> | 室                             | m <sup>2</sup> |                     |                   |                            |                     |  |  |                                        |  |                                                 |  |                               |  |                   |                            |            |        |   |                |   |                |   |                |  |  |      |   |                |   |                |   |                |  |  |      |   |                |   |                |   |                |  |  |      |   |                |   |                |   |                |  |  |     |   |                |   |                |   |                |  |  |      |  |  |  |  |                |                |                |                |     |  |  |  |  |                |                |                |                |      |  |  |  |  |                |                |                |                |        |  |  |  |  |                |                |                |                |              |  |  |  |  |                |                |                |                |                  |      |   |                |   |                |   |                |  |  |     |   |                |   |                |   |                |  |  |        |  |  |  |  |                |  |  |  |
|                                                                                                                                                                                                                              | ⑫個室                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | 室                                                                              | m <sup>2</sup> | 室                                               | m <sup>2</sup> | 室                             | m <sup>2</sup> |                     |                   |                            |                     |  |  |                                        |  |                                                 |  |                               |  |                   |                            |            |        |   |                |   |                |   |                |  |  |      |   |                |   |                |   |                |  |  |      |   |                |   |                |   |                |  |  |      |   |                |   |                |   |                |  |  |     |   |                |   |                |   |                |  |  |      |  |  |  |  |                |                |                |                |     |  |  |  |  |                |                |                |                |      |  |  |  |  |                |                |                |                |        |  |  |  |  |                |                |                |                |              |  |  |  |  |                |                |                |                |                  |      |   |                |   |                |   |                |  |  |     |   |                |   |                |   |                |  |  |        |  |  |  |  |                |  |  |  |
|                                                                                                                                                                                                                              | ⑬共同生活室                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                |                |                                                 |                | m <sup>2</sup>                |                |                     |                   |                            |                     |  |  |                                        |  |                                                 |  |                               |  |                   |                            |            |        |   |                |   |                |   |                |  |  |      |   |                |   |                |   |                |  |  |      |   |                |   |                |   |                |  |  |      |   |                |   |                |   |                |  |  |     |   |                |   |                |   |                |  |  |      |  |  |  |  |                |                |                |                |     |  |  |  |  |                |                |                |                |      |  |  |  |  |                |                |                |                |        |  |  |  |  |                |                |                |                |              |  |  |  |  |                |                |                |                |                  |      |   |                |   |                |   |                |  |  |     |   |                |   |                |   |                |  |  |        |  |  |  |  |                |  |  |  |
| ※1 「入所・通所共用部分(再掲)」には、利用者が共用している諸室の延べ床面積を再掲してください。(下の記入例参照)<br>※2 「ユニットケア」とは、居室をいくつかのグループに分け、少数の居室と食堂や談話スペース(居宅での居間に相当する)等によって一体的に構成された居室環境(ユニット)によるケアをいいます。<br>※3 「⑨食堂」と「⑩機能訓練室」が共用の場合は、まとめて「⑨食堂」に記入してください。('⑩機能訓練室'の欄は記入不要) |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                                |                |                                                 |                |                               |                |                     |                   |                            |                     |  |  |                                        |  |                                                 |  |                               |  |                   |                            |            |        |   |                |   |                |   |                |  |  |      |   |                |   |                |   |                |  |  |      |   |                |   |                |   |                |  |  |      |   |                |   |                |   |                |  |  |     |   |                |   |                |   |                |  |  |      |  |  |  |  |                |                |                |                |     |  |  |  |  |                |                |                |                |      |  |  |  |  |                |                |                |                |        |  |  |  |  |                |                |                |                |              |  |  |  |  |                |                |                |                |                  |      |   |                |   |                |   |                |  |  |     |   |                |   |                |   |                |  |  |        |  |  |  |  |                |  |  |  |
| 5 4以外の介護保険サービスに係る専用延べ床面積                                                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                                |                |                                                 |                |                               |                |                     |                   |                            |                     |  |  |                                        |  |                                                 |  |                               |  |                   |                            |            |        |   |                |   |                |   |                |  |  |      |   |                |   |                |   |                |  |  |      |   |                |   |                |   |                |  |  |      |   |                |   |                |   |                |  |  |     |   |                |   |                |   |                |  |  |      |  |  |  |  |                |                |                |                |     |  |  |  |  |                |                |                |                |      |  |  |  |  |                |                |                |                |        |  |  |  |  |                |                |                |                |              |  |  |  |  |                |                |                |                |                  |      |   |                |   |                |   |                |  |  |     |   |                |   |                |   |                |  |  |        |  |  |  |  |                |  |  |  |
| <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; display: inline-block;"> <span style="border: 1px solid black; padding: 2px 20px;">  </span> m<sup>2</sup> </div>                                                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                                |                |                                                 |                |                               |                |                     |                   |                            |                     |  |  |                                        |  |                                                 |  |                               |  |                   |                            |            |        |   |                |   |                |   |                |  |  |      |   |                |   |                |   |                |  |  |      |   |                |   |                |   |                |  |  |      |   |                |   |                |   |                |  |  |     |   |                |   |                |   |                |  |  |      |  |  |  |  |                |                |                |                |     |  |  |  |  |                |                |                |                |      |  |  |  |  |                |                |                |                |        |  |  |  |  |                |                |                |                |              |  |  |  |  |                |                |                |                |                  |      |   |                |   |                |   |                |  |  |     |   |                |   |                |   |                |  |  |        |  |  |  |  |                |  |  |  |
| ※ 問1(7)で記入をした、調査対象サービスと一体的に会計を行っている併設サービスのうち、問2 4の入所部分、通所部分以外のサービスに係る専用延べ床面積を記入してください。ただし、当該サービスに特定施設入居者生活介護が含まれる場合は、要支援・要介護者以外の利用者へのサービス分も含みます。                                                                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                                |                |                                                 |                |                               |                |                     |                   |                            |                     |  |  |                                        |  |                                                 |  |                               |  |                   |                            |            |        |   |                |   |                |   |                |  |  |      |   |                |   |                |   |                |  |  |      |   |                |   |                |   |                |  |  |      |   |                |   |                |   |                |  |  |     |   |                |   |                |   |                |  |  |      |  |  |  |  |                |                |                |                |     |  |  |  |  |                |                |                |                |      |  |  |  |  |                |                |                |                |        |  |  |  |  |                |                |                |                |              |  |  |  |  |                |                |                |                |                  |      |   |                |   |                |   |                |  |  |     |   |                |   |                |   |                |  |  |        |  |  |  |  |                |  |  |  |

(記入例) 160m<sup>2</sup>の食堂のうち、100m<sup>2</sup>は入所専用、40m<sup>2</sup>は通所専用、20m<sup>2</sup>は入所と通所で共用している場合



○入所部分 → 120m<sup>2</sup>  
 = 入所専用(100) + 共用(20)

○通所部分 → 60m<sup>2</sup>  
 = 通所専用(40) + 共用(20)

○共用部分 → 20m<sup>2</sup>

問3 令和7年4月時点の職員数と職員給与についておうかがいします。

令和7年4月分として給与を支払った職員数と給与・賞与等について、記入してください。  
単独会計か一体会計か（問1（4））により、記入する内容が異なりますので、必ず記入要領を確認してください。

○ 一体会計となっている他のサービスとの費用按分等にも使用しますので、漏れのないように記入してください。

1. 「単独会計」の場合（記入要領P●～●）

常勤については(B)、(C)を、非常勤については(D)、(F)、(G)を記入してください。※(A)、(E)は記入不要です。  
「給料」については、「調査対象サービス分の換算人員(B、F)」に対応する金額を記入してください。

2. 「一体会計」の場合（記入要領P●～●）

会計を一体的に行っている他の介護保険サービス分も含めて(A)～(G)まですべて記入してください。  
「給料」については、「実人員(A、D)」に対応する金額を記入してください。

令和7年4月分

| 職 種                               | 常 勤        |                           |           |  |  |  |  |  |  |            | 非 常 勤       |                           |           |  |  |  |  |  |  |  |
|-----------------------------------|------------|---------------------------|-----------|--|--|--|--|--|--|------------|-------------|---------------------------|-----------|--|--|--|--|--|--|--|
|                                   | 実人員<br>(A) | 調査対象サー<br>ビス分の換算人員<br>(B) | 給料<br>(C) |  |  |  |  |  |  | 実人員<br>(D) | 換算人員<br>(E) | 調査対象サー<br>ビス分の換算人員<br>(F) | 給料<br>(G) |  |  |  |  |  |  |  |
|                                   |            |                           | 円         |  |  |  |  |  |  |            |             |                           | 円         |  |  |  |  |  |  |  |
| 1 管理者                             | 1          | .                         |           |  |  |  |  |  |  | 1          | .           | .                         |           |  |  |  |  |  |  |  |
| 2 医師                              | 2          | .                         |           |  |  |  |  |  |  | 2          | .           | .                         |           |  |  |  |  |  |  |  |
| 3 歯科医師                            | 3          | .                         |           |  |  |  |  |  |  | 3          | .           | .                         |           |  |  |  |  |  |  |  |
| 4 薬剤師                             | 4          | .                         |           |  |  |  |  |  |  | 4          | .           | .                         |           |  |  |  |  |  |  |  |
| 5 看護師                             | 5          | .                         |           |  |  |  |  |  |  | 5          | .           | .                         |           |  |  |  |  |  |  |  |
| 6 准看護師                            | 6          | .                         |           |  |  |  |  |  |  | 6          | .           | .                         |           |  |  |  |  |  |  |  |
| 7 介護職員                            | 7          | .                         |           |  |  |  |  |  |  | 7          | .           | .                         |           |  |  |  |  |  |  |  |
| 8 うち介護福祉士                         | 8          | .                         |           |  |  |  |  |  |  | 8          | .           | .                         |           |  |  |  |  |  |  |  |
| 9 理学療法士                           | 9          | .                         |           |  |  |  |  |  |  | 9          | .           | .                         |           |  |  |  |  |  |  |  |
| 10 作業療法士                          | 10         | .                         |           |  |  |  |  |  |  | 10         | .           | .                         |           |  |  |  |  |  |  |  |
| 11 言語聴覚士                          | 11         | .                         |           |  |  |  |  |  |  | 11         | .           | .                         |           |  |  |  |  |  |  |  |
| 12 歯科衛生士                          | 12         | .                         |           |  |  |  |  |  |  | 12         | .           | .                         |           |  |  |  |  |  |  |  |
| 13 柔道整復師・あん摩マッサージ指圧師              | 13         | .                         |           |  |  |  |  |  |  | 13         | .           | .                         |           |  |  |  |  |  |  |  |
| 14 生活相談員・支援相談員                    | 14         | .                         |           |  |  |  |  |  |  | 14         | .           | .                         |           |  |  |  |  |  |  |  |
| 15 福祉用具専門相談員                      | 15         | .                         |           |  |  |  |  |  |  | 15         | .           | .                         |           |  |  |  |  |  |  |  |
| 16 栄養士                            | 16         | .                         |           |  |  |  |  |  |  | 16         | .           | .                         |           |  |  |  |  |  |  |  |
| 17 うち管理栄養士                        | 17         | .                         |           |  |  |  |  |  |  | 17         | .           | .                         |           |  |  |  |  |  |  |  |
| 18 調理員                            | 18         | .                         |           |  |  |  |  |  |  | 18         | .           | .                         |           |  |  |  |  |  |  |  |
| 19 事務職員                           | 19         | .                         |           |  |  |  |  |  |  | 19         | .           | .                         |           |  |  |  |  |  |  |  |
| 20 その他                            | 20         | .                         |           |  |  |  |  |  |  | 20         | .           | .                         |           |  |  |  |  |  |  |  |
| 21 1～20のうち介護支援専門員・計画作<br>成担当者(再掲) | 21         | .                         |           |  |  |  |  |  |  | 21         | .           | .                         |           |  |  |  |  |  |  |  |

※ 複数の職種に従事している場合は、主として従事している職種のいずれか1つに分類して記入してください。  
※ 介護支援専門員・計画作成担当者として従事している者は、1～20のいずれかに分類して記入してください。  
※ 派遣社員で対応している職種がある場合は、その職員数及び給料は含めないでください。  
※ 主として従事している職種、介護支援専門員・計画作成担当者として従事している者の分類が難しい場合は、番号の若いほうに記入してください。

|                      |    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|----------------------|----|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| 22 通動手当(再掲)(令和7年4月分) | 22 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|----------------------|----|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

|                                  |    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|----------------------------------|----|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| 23 賞与または賞与引当金繰入(令和6年度実績の1/12の金額) | 23 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|----------------------------------|----|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

|                                                         |                                 |                               |    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|---------------------------------------------------------|---------------------------------|-------------------------------|----|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| 24 退職給与引当<br>金の実施、<br>退職金に関わる<br>共済等への加<br>入<br>(複数回答可) | (1) 社会福祉施設退職手当等職員共済に加入          | →掛け金額(令和6年度実績の1/12の金額)        | 24 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                                                         | (2) 全国社会福祉団体職員退職手当積立基金に加入       |                               | 25 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                                                         | (3) 中小企業退職金共済制度に加入              |                               | 26 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                                                         | (4) その他共済制度に加入                  |                               | 27 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                                                         | (5) 退職給与(給付)引当金繰入の実施 ※(1)～(4)以外 | →退職給与(給付)引当金(令和6年度実績の1/12の金額) | 28 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                                                         | (6) 退職金として支出 ※(1)～(5)に計上される分を除く | →退職金(令和6年度実績の1/12の金額)         | 29 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

|                                 |    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|---------------------------------|----|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| 25 法定福利費(事業主負担・令和6年度実績の1/12の金額) | 30 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|---------------------------------|----|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

<換算人員の計算方法>

下記計算式によって得られた数値を、小数点以下第2位を四捨五入して、小数点第1位まで計上してください。  
得られた結果が0.1に満たない場合は、「0.1」と記入してください。

※1か月に数回の勤務である場合

職員1週間の勤務時間  
施設が定めている1週間の勤務時間

職員1か月の勤務時間  
施設が定めている1週間の勤務時間×4(週)

## 問4 (1)令和5、6年度の事業収入(収益)等についておうかがいします。

- 令和5、6年度の決算期数値における収入(収益)について記入してください。
- 問1(4)において「単独会計」と回答した場合は、調査対象サービス分のみについて記入してください。
- 問1(4)において「一体会計」と回答した場合は、会計を一体的に行っている他の介護保険サービス分も含めた額を記入してください。
- 国庫補助金等特別積立金取崩額は、問4(3)事業支出(費用)として記入してください。

| 科 目             |                                          | 令和5年度決算期数値 |    |   |   |  | 令和6年度決算期数値 |    |   |   |  |
|-----------------|------------------------------------------|------------|----|---|---|--|------------|----|---|---|--|
|                 |                                          | 金 額        |    |   |   |  | 金 額        |    |   |   |  |
|                 |                                          | 十億         | 百万 | 千 | 円 |  | 十億         | 百万 | 千 | 円 |  |
| I<br>事業活動収入(収益) | 1 介護福祉施設介護料収入(収益)(利用者負担分を含む)             |            |    |   |   |  |            |    |   |   |  |
|                 | (1)介護老人福祉施設                              | 1          |    |   |   |  | 1          |    |   |   |  |
|                 | (2)地域密着型介護老人福祉施設                         | 2          |    |   |   |  | 2          |    |   |   |  |
|                 | 2 居宅介護料収入(収益)(利用者負担分を含む)                 |            |    |   |   |  |            |    |   |   |  |
|                 | (1)訪問介護                                  | 3          |    |   |   |  | 3          |    |   |   |  |
|                 | (2)訪問入浴介護(介護予防を含む)                       | 4          |    |   |   |  | 4          |    |   |   |  |
|                 | (3)通所介護                                  | 5          |    |   |   |  | 5          |    |   |   |  |
|                 | (4)短期入所生活介護(介護予防を含む)                     | 6          |    |   |   |  | 6          |    |   |   |  |
|                 | うち空床利用分(介護老人福祉施設)                        | 7          |    |   |   |  | 7          |    |   |   |  |
|                 | うち空床利用分(地域密着型介護老人福祉施設)                   | 8          |    |   |   |  | 8          |    |   |   |  |
|                 | (5)特定施設入居者生活介護(介護予防を含む)                  | 9          |    |   |   |  | 9          |    |   |   |  |
|                 | (6)福祉用具貸与(介護予防を含む)                       | 10         |    |   |   |  | 10         |    |   |   |  |
|                 | (7)定期巡回・随時対応型訪問介護看護                      | 11         |    |   |   |  | 11         |    |   |   |  |
|                 | (8)夜間対応型訪問介護                             | 12         |    |   |   |  | 12         |    |   |   |  |
|                 | (9)地域密着型通所介護                             | 13         |    |   |   |  | 13         |    |   |   |  |
|                 | (10)認知症対応型通所介護(介護予防を含む)                  | 14         |    |   |   |  | 14         |    |   |   |  |
|                 | (11)小規模多機能型居宅介護(介護予防を含む)                 | 15         |    |   |   |  | 15         |    |   |   |  |
|                 | (12)認知症対応型共同生活介護(介護予防を含む)                | 16         |    |   |   |  | 16         |    |   |   |  |
|                 | (13)地域密着型特定施設入居者生活介護                     | 17         |    |   |   |  | 17         |    |   |   |  |
|                 | (14)看護小規模多機能型居宅介護                        | 18         |    |   |   |  | 18         |    |   |   |  |
|                 | (15)その他の居宅介護サービス((1)～(14)に該当しないもの)       | 19         |    |   |   |  | 19         |    |   |   |  |
|                 | 3 居宅介護支援介護料収入(収益)                        |            |    |   |   |  |            |    |   |   |  |
|                 | (1)居宅介護支援介護料収入(収益)                       | 20         |    |   |   |  | 20         |    |   |   |  |
|                 | (2)介護予防支援介護料収入(収益)(介護予防支援事業者からの委託料は含まない) | 21         |    |   |   |  | 21         |    |   |   |  |
|                 | 4 介護予防・日常生活支援総合事業費収入(収益)                 |            |    |   |   |  |            |    |   |   |  |
|                 | うち旧介護予防訪問介護に相当するサービス(利用者負担分を含む)          | 22         |    |   |   |  | 22         |    |   |   |  |
|                 | うち旧介護予防通所介護に相当するサービス(利用者負担分を含む)          | 23         |    |   |   |  | 23         |    |   |   |  |
|                 | 5 保険外の利用料による収入(収益)                       |            |    |   |   |  |            |    |   |   |  |
|                 | (1)介護福祉施設利用料収入(収益)                       |            |    |   |   |  |            |    |   |   |  |
|                 | ① 介護老人福祉施設                               | 24         |    |   |   |  | 24         |    |   |   |  |
|                 | ② 地域密着型介護老人福祉施設                          | 25         |    |   |   |  | 25         |    |   |   |  |
|                 | (2)居宅介護サービス利用料収入(収益)                     |            |    |   |   |  |            |    |   |   |  |
|                 | ① 訪問介護                                   | 26         |    |   |   |  | 26         |    |   |   |  |
|                 | ② 訪問入浴介護(介護予防を含む)                        | 27         |    |   |   |  | 27         |    |   |   |  |
|                 | ③ 通所介護                                   | 28         |    |   |   |  | 28         |    |   |   |  |
|                 | ④ 短期入所生活介護(介護予防を含む)                      | 29         |    |   |   |  | 29         |    |   |   |  |
|                 | うち空床利用分(介護老人福祉施設)                        | 30         |    |   |   |  | 30         |    |   |   |  |
|                 | うち空床利用分(地域密着型介護老人福祉施設)                   | 31         |    |   |   |  | 31         |    |   |   |  |
|                 | ⑤ 特定施設入居者生活介護(介護予防を含む)                   | 32         |    |   |   |  | 32         |    |   |   |  |
|                 | ⑥ 福祉用具貸与(介護予防を含む)                        | 33         |    |   |   |  | 33         |    |   |   |  |
|                 | ⑦ 定期巡回・随時対応型訪問介護看護                       | 34         |    |   |   |  | 34         |    |   |   |  |
|                 | ⑧ 夜間対応型訪問介護                              | 35         |    |   |   |  | 35         |    |   |   |  |
|                 | ⑨ 地域密着型通所介護                              | 36         |    |   |   |  | 36         |    |   |   |  |
|                 | ⑩ 認知症対応型通所介護(介護予防を含む)                    | 37         |    |   |   |  | 37         |    |   |   |  |
|                 | ⑪ 小規模多機能型居宅介護(介護予防を含む)                   | 38         |    |   |   |  | 38         |    |   |   |  |
|                 | ⑫ 認知症対応型共同生活介護(介護予防を含む)                  | 39         |    |   |   |  | 39         |    |   |   |  |
|                 | ⑬ 地域密着型特定施設入居者生活介護                       | 40         |    |   |   |  | 40         |    |   |   |  |
|                 | ⑭ 看護小規模多機能型居宅介護                          | 41         |    |   |   |  | 41         |    |   |   |  |
|                 | ⑮ その他の居宅介護サービス(①～⑭に該当しないもの)              | 42         |    |   |   |  | 42         |    |   |   |  |

| 科 目                 |                                        |    | 令和5年度決算期数値 |    |   |   |  |  |  |  |  |  | 令和6年度決算期数値 |    |   |   |  |  |  |  |  |  |
|---------------------|----------------------------------------|----|------------|----|---|---|--|--|--|--|--|--|------------|----|---|---|--|--|--|--|--|--|
|                     |                                        |    | 金 額        |    |   |   |  |  |  |  |  |  | 金 額        |    |   |   |  |  |  |  |  |  |
|                     |                                        |    | 十億         | 百万 | 千 | 円 |  |  |  |  |  |  | 十億         | 百万 | 千 | 円 |  |  |  |  |  |  |
| I<br>事業活動収入（収益）（続き） | (3) 食費収入（収益）                           | 43 |            |    |   |   |  |  |  |  |  |  | 43         |    |   |   |  |  |  |  |  |  |
|                     | (4) 居住費収入（収益）                          | 44 |            |    |   |   |  |  |  |  |  |  | 44         |    |   |   |  |  |  |  |  |  |
|                     | (5) 介護予防・日常生活支援総合事業利用料収入（収益）           |    |            |    |   |   |  |  |  |  |  |  |            |    |   |   |  |  |  |  |  |  |
|                     | うち旧介護予防訪問介護に相当するサービス                   | 45 |            |    |   |   |  |  |  |  |  |  | 45         |    |   |   |  |  |  |  |  |  |
|                     | うち旧介護予防通所介護に相当するサービス                   | 46 |            |    |   |   |  |  |  |  |  |  | 46         |    |   |   |  |  |  |  |  |  |
|                     | (6) 管理費収入（収益）                          | 47 |            |    |   |   |  |  |  |  |  |  | 47         |    |   |   |  |  |  |  |  |  |
|                     | うち特定施設入居者生活介護（介護予防含む）の保険外の利用料に係る収入（収益） | 48 |            |    |   |   |  |  |  |  |  |  | 48         |    |   |   |  |  |  |  |  |  |
|                     | (7) その他の利用料収入（収益）                      | 49 |            |    |   |   |  |  |  |  |  |  | 49         |    |   |   |  |  |  |  |  |  |
|                     | うち認知症対応型共同生活介護に係るその他の利用料収入（収益）         | 50 |            |    |   |   |  |  |  |  |  |  | 50         |    |   |   |  |  |  |  |  |  |
|                     | うち特定施設入居者生活介護（介護予防含む）に係るその他の利用料収入（収益）  | 51 |            |    |   |   |  |  |  |  |  |  | 51         |    |   |   |  |  |  |  |  |  |
|                     | 6 補助金収入（収益）                            |    |            |    |   |   |  |  |  |  |  |  |            |    |   |   |  |  |  |  |  |  |
|                     | (1) 介護職員処遇改善支援補助金                      | 52 |            |    |   |   |  |  |  |  |  |  | 52         |    |   |   |  |  |  |  |  |  |
|                     | (2) 物価高騰対策関連の補助金                       | 53 |            |    |   |   |  |  |  |  |  |  | 53         |    |   |   |  |  |  |  |  |  |
|                     | (3) その他の補助金収入                          | 54 |            |    |   |   |  |  |  |  |  |  | 54         |    |   |   |  |  |  |  |  |  |
|                     | 7 その他の収入（収益）                           |    |            |    |   |   |  |  |  |  |  |  |            |    |   |   |  |  |  |  |  |  |
|                     | (1) 入居金収入（収益）                          | 55 |            |    |   |   |  |  |  |  |  |  | 55         |    |   |   |  |  |  |  |  |  |
|                     | うち特定施設入居者生活介護（介護予防含む）の保険外の利用料に係る収入（収益） | 56 |            |    |   |   |  |  |  |  |  |  | 56         |    |   |   |  |  |  |  |  |  |
|                     | (2) 介護予防支援事業者からの委託に係る収入（収益）            | 57 |            |    |   |   |  |  |  |  |  |  | 57         |    |   |   |  |  |  |  |  |  |
|                     | (3) その他                                | 58 |            |    |   |   |  |  |  |  |  |  | 58         |    |   |   |  |  |  |  |  |  |
|                     | 8 介護報酬査定減                              | 59 | ▲          |    |   |   |  |  |  |  |  |  | 59         | ▲  |   |   |  |  |  |  |  |  |
| 事業活動収入（サービス活動収益）計   |                                        |    |            |    |   |   |  |  |  |  |  |  |            |    |   |   |  |  |  |  |  |  |

問 4 (2) 令和5、6年度の財務活動等及び拠点区分間繰入金による支出についておうかがいします。

- 下記の支出がある場合、資金収支計算書又はキャッシュフロー計算書が、  
①介護サービスの種別ごとに区分されている場合、  
②介護サービスの種別ごとに区分されてなく、他の介護サービス等と一体となっている場合、  
のいずれか1つを選択してチェックボックスにチェックをつけてください。

↓ チェックボックス

☐

① 介護サービスの種別ごとに区分されている

→そのまま調査対象サービス分の支出を記入してください。

☐

② 介護サービスの種別ごとに区分されてなく、他の介護サービス等と一体となっている

→記入要領を参照し、適切な按分を行ったうえで、調査対象サービス分の支出を記入してください。

- 「設備資金」とは、施設整備及び設備整備に係る資金です。  
○ 金額は、利子を含まない元金について、令和5、6年度に返済した額を記入してください。

| 科 目              |  |  | 令和5年度決算期数値 |    |   |   |  |  |  |  |  |  | 令和6年度決算期数値 |    |   |   |  |  |  |  |  |  |
|------------------|--|--|------------|----|---|---|--|--|--|--|--|--|------------|----|---|---|--|--|--|--|--|--|
|                  |  |  | 金 額        |    |   |   |  |  |  |  |  |  | 金 額        |    |   |   |  |  |  |  |  |  |
|                  |  |  | 十億         | 百万 | 千 | 円 |  |  |  |  |  |  | 十億         | 百万 | 千 | 円 |  |  |  |  |  |  |
| 設備資金借入金元金償還金支出   |  |  | 60         |    |   |   |  |  |  |  |  |  | 60         |    |   |   |  |  |  |  |  |  |
| 長期運営資金借入金元金償還金支出 |  |  | 61         |    |   |   |  |  |  |  |  |  | 61         |    |   |   |  |  |  |  |  |  |

- 法人本部において、下記の収入及び支出がある場合、金額を記入してください。

| 科 目                                       |  |  | 令和5年度決算期数値 |    |   |   |  |  |  |  |  |  | 令和6年度決算期数値 |    |   |   |  |  |  |  |  |  |
|-------------------------------------------|--|--|------------|----|---|---|--|--|--|--|--|--|------------|----|---|---|--|--|--|--|--|--|
|                                           |  |  | 金 額        |    |   |   |  |  |  |  |  |  | 金 額        |    |   |   |  |  |  |  |  |  |
|                                           |  |  | 十億         | 百万 | 千 | 円 |  |  |  |  |  |  | 十億         | 百万 | 千 | 円 |  |  |  |  |  |  |
| 拠点区分間繰入金支出（法人本部を繰入先とし、本部以外の拠点区分を繰入元とするもの） |  |  | 62         |    |   |   |  |  |  |  |  |  | 62         |    |   |   |  |  |  |  |  |  |
| 拠点区分間繰入金支出（法人本部以外の拠点区分を繰入先とし、本部を繰入元とするもの） |  |  | 63         |    |   |   |  |  |  |  |  |  | 63         |    |   |   |  |  |  |  |  |  |

問4 (3)令和5、6年度の事業支出(費用)についておうかがいします。

事業支出(費用)について、使用している会計基準、指針に該当するページに記入してください。

|                        |               |
|------------------------|---------------|
| 社会福祉法人会計基準             | →(3)-A(本ページ~) |
| 指定介護老人福祉施設等会計処理等取扱指導指針 | →(3)-B(●ページ~) |
| 該当する会計基準がない            |               |

(3)-A 社会福祉法人会計基準

- 令和5、6年度の決算期数値における費用額について記入してください。
- 問1(4)において「単独会計」と回答した場合は、調査対象サービス分のみについて記入してください。
- 問1(4)において「一体会計」と回答した場合は、会計を一体的に行っている他の介護保険サービス分も含めた額を記入してください。  
なお、記入に際しては、問4(1)で記入した収入(収益)に対応した支出(費用)を記入してください。
- ※ 各費目において消費税が別途計上されている場合でも、税込み方式(各費目に消費税額を算入した値)で記入してください。

| 科 目                                       |                             | 令和5年度決算期数値 |    |   |   |  |  |  |  |  |  | 令和6年度決算期数値 |    |   |   |  |  |  |  |  |  |
|-------------------------------------------|-----------------------------|------------|----|---|---|--|--|--|--|--|--|------------|----|---|---|--|--|--|--|--|--|
|                                           |                             | 金 額        |    |   |   |  |  |  |  |  |  | 金 額        |    |   |   |  |  |  |  |  |  |
|                                           |                             | 十億         | 百万 | 千 | 円 |  |  |  |  |  |  | 十億         | 百万 | 千 | 円 |  |  |  |  |  |  |
| Ⅱ<br>サ<br>ー<br>ビ<br>ス<br>活<br>動<br>費<br>用 | 1 人件費                       | 1          |    |   |   |  |  |  |  |  |  | 1          |    |   |   |  |  |  |  |  |  |
|                                           | うち派遣職員費                     | 2          |    |   |   |  |  |  |  |  |  | 2          |    |   |   |  |  |  |  |  |  |
|                                           | 2 事務費((1)~(18)の合計)          |            |    |   |   |  |  |  |  |  |  |            |    |   |   |  |  |  |  |  |  |
|                                           | (1)福利厚生費                    | 3          |    |   |   |  |  |  |  |  |  | 3          |    |   |   |  |  |  |  |  |  |
|                                           | (2)旅費交通費                    | 4          |    |   |   |  |  |  |  |  |  | 4          |    |   |   |  |  |  |  |  |  |
|                                           | (3)研修研究費                    | 5          |    |   |   |  |  |  |  |  |  | 5          |    |   |   |  |  |  |  |  |  |
|                                           | (4)事務消耗品費                   | 6          |    |   |   |  |  |  |  |  |  | 6          |    |   |   |  |  |  |  |  |  |
|                                           | (5)印刷製本費                    | 7          |    |   |   |  |  |  |  |  |  | 7          |    |   |   |  |  |  |  |  |  |
|                                           | (6)水道光熱費                    | 8          |    |   |   |  |  |  |  |  |  | 8          |    |   |   |  |  |  |  |  |  |
|                                           | (7)燃料費                      | 9          |    |   |   |  |  |  |  |  |  | 9          |    |   |   |  |  |  |  |  |  |
|                                           | (8)修繕費                      | 10         |    |   |   |  |  |  |  |  |  | 10         |    |   |   |  |  |  |  |  |  |
|                                           | (9)通信運搬費                    | 11         |    |   |   |  |  |  |  |  |  | 11         |    |   |   |  |  |  |  |  |  |
|                                           | (10)広報費                     | 12         |    |   |   |  |  |  |  |  |  | 12         |    |   |   |  |  |  |  |  |  |
|                                           | (11)業務委託費                   |            |    |   |   |  |  |  |  |  |  |            |    |   |   |  |  |  |  |  |  |
|                                           | ① 給食委託費                     | 13         |    |   |   |  |  |  |  |  |  | 13         |    |   |   |  |  |  |  |  |  |
|                                           | ② 送迎委託費                     | 14         |    |   |   |  |  |  |  |  |  | 14         |    |   |   |  |  |  |  |  |  |
|                                           | ③ 清掃委託費                     | 15         |    |   |   |  |  |  |  |  |  | 15         |    |   |   |  |  |  |  |  |  |
|                                           | ④ その他の委託費(①~③に該当しないもの)      | 16         |    |   |   |  |  |  |  |  |  | 16         |    |   |   |  |  |  |  |  |  |
|                                           | (12)保険料                     |            |    |   |   |  |  |  |  |  |  |            |    |   |   |  |  |  |  |  |  |
|                                           | ① 自動車保険料(自動車損害賠償責任保険料含む)    | 17         |    |   |   |  |  |  |  |  |  | 17         |    |   |   |  |  |  |  |  |  |
|                                           | ② その他の保険料(①に該当しないもの)        | 18         |    |   |   |  |  |  |  |  |  | 18         |    |   |   |  |  |  |  |  |  |
|                                           | (13)賃借料                     |            |    |   |   |  |  |  |  |  |  |            |    |   |   |  |  |  |  |  |  |
|                                           | ① 設備器械                      | 19         |    |   |   |  |  |  |  |  |  | 19         |    |   |   |  |  |  |  |  |  |
|                                           | ② その他の賃借料(①に該当しないもの)        | 20         |    |   |   |  |  |  |  |  |  | 20         |    |   |   |  |  |  |  |  |  |
|                                           | (14)土地・建物賃借料                |            |    |   |   |  |  |  |  |  |  |            |    |   |   |  |  |  |  |  |  |
|                                           | ① 土地                        | 21         |    |   |   |  |  |  |  |  |  | 21         |    |   |   |  |  |  |  |  |  |
|                                           | ② 建物及び建物付属設備                | 22         |    |   |   |  |  |  |  |  |  | 22         |    |   |   |  |  |  |  |  |  |
|                                           | (15)租税公課                    | 23         |    |   |   |  |  |  |  |  |  | 23         |    |   |   |  |  |  |  |  |  |
|                                           | (16)保守料                     | 24         |    |   |   |  |  |  |  |  |  | 24         |    |   |   |  |  |  |  |  |  |
|                                           | (17)雑費                      | 25         |    |   |   |  |  |  |  |  |  | 25         |    |   |   |  |  |  |  |  |  |
|                                           | (18)その他経費((1)~(17)に該当しないもの) | 26         |    |   |   |  |  |  |  |  |  | 26         |    |   |   |  |  |  |  |  |  |

| 科 目               |       | 令和5年度決算期数値 |    |   |   |  |  |  |  |  |  | 令和6年度決算期数値 |    |   |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |    |
|-------------------|-------|------------|----|---|---|--|--|--|--|--|--|------------|----|---|---|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|----|
|                   |       | 金 額        |    |   |   |  |  |  |  |  |  | 金 額        |    |   |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |    |
|                   |       | 十億         | 百万 | 千 | 円 |  |  |  |  |  |  | 十億         | 百万 | 千 | 円 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |    |
| Ⅱ<br>サービス活動費用（続き） | 3 事業費 |            |    |   |   |  |  |  |  |  |  |            |    |   |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | </ |

- 令和5、6年度の決算期数値における支出額について記入してください。
- 問1(4)において「単独会計」と回答した場合は、調査対象サービス分のみについて記入してください。
- 問1(4)において「一体会計」と回答した場合は、会計を一体的に行っている他の介護保険サービス分も含めた額を記入してください。  
なお、記入に際しては、問4(1)で記入した収入(収益)に対応した支出(費用)を記入してください。

※ 各費目において消費税が別途計上されている場合でも、税込み方式(各費目に消費税額を算入した値)で記入してください。

| 科 目                       |    | 令和5年度決算期数値 |    |   |   |  | 令和6年度決算期数値 |    |   |   |  |
|---------------------------|----|------------|----|---|---|--|------------|----|---|---|--|
|                           |    | 金 額        |    |   |   |  | 金 額        |    |   |   |  |
|                           |    | 十億         | 百万 | 千 | 円 |  | 十億         | 百万 | 千 | 円 |  |
| 1 人件費                     | 1  |            |    |   |   |  | 1          |    |   |   |  |
| 2 経費                      |    |            |    |   |   |  |            |    |   |   |  |
| (1) 直接介護支出                |    |            |    |   |   |  |            |    |   |   |  |
| ① 給食材料費                   | 2  |            |    |   |   |  | 2          |    |   |   |  |
| ② 介護用品費                   | 3  |            |    |   |   |  | 3          |    |   |   |  |
| ③ 保健衛生費                   | 4  |            |    |   |   |  | 4          |    |   |   |  |
| ④ 消耗器具備品費                 | 5  |            |    |   |   |  | 5          |    |   |   |  |
| ⑤ 車輛費                     | 6  |            |    |   |   |  | 6          |    |   |   |  |
| ⑥ 光熱水費                    | 7  |            |    |   |   |  | 7          |    |   |   |  |
| ⑦ 燃料費                     | 8  |            |    |   |   |  | 8          |    |   |   |  |
| ⑧ その他の直接介護支出(①～⑦に該当しないもの) | 9  |            |    |   |   |  | 9          |    |   |   |  |
| (2) 一般管理支出                |    |            |    |   |   |  |            |    |   |   |  |
| ① 福利厚生費                   | 10 |            |    |   |   |  | 10         |    |   |   |  |
| ② 旅費交通費                   | 11 |            |    |   |   |  | 11         |    |   |   |  |
| ③ 研修費                     | 12 |            |    |   |   |  | 12         |    |   |   |  |
| ④ 通信運搬費                   | 13 |            |    |   |   |  | 13         |    |   |   |  |
| ⑤ 事務消耗品費                  | 14 |            |    |   |   |  | 14         |    |   |   |  |
| ⑥ 印刷製本費                   | 15 |            |    |   |   |  | 15         |    |   |   |  |
| ⑦ 広報費                     | 16 |            |    |   |   |  | 16         |    |   |   |  |
| ⑧ 修繕費                     | 17 |            |    |   |   |  | 17         |    |   |   |  |
| ⑨ 保守料                     | 18 |            |    |   |   |  | 18         |    |   |   |  |
| ⑩ 賃借料                     |    |            |    |   |   |  |            |    |   |   |  |
| ア 土地                      | 19 |            |    |   |   |  | 19         |    |   |   |  |
| イ 建物及び建物付属設備              | 20 |            |    |   |   |  | 20         |    |   |   |  |
| ウ 設備器械                    | 21 |            |    |   |   |  | 21         |    |   |   |  |
| エ その他の賃借料(ア～ウに該当しないもの)    | 22 |            |    |   |   |  | 22         |    |   |   |  |
| ⑪ 保険料                     |    |            |    |   |   |  |            |    |   |   |  |
| ア 自動車保険料(自動車損害賠償責任保険料含む)  | 23 |            |    |   |   |  | 23         |    |   |   |  |
| イ その他の保険料(アに該当しないもの)      | 24 |            |    |   |   |  | 24         |    |   |   |  |
| ⑫ 租税公課                    | 25 |            |    |   |   |  | 25         |    |   |   |  |
| ⑬ 委託費                     |    |            |    |   |   |  |            |    |   |   |  |
| ア 派遣委託費                   | 26 |            |    |   |   |  | 26         |    |   |   |  |
| イ 給食委託費                   | 27 |            |    |   |   |  | 27         |    |   |   |  |
| ウ 送迎委託費                   | 28 |            |    |   |   |  | 28         |    |   |   |  |
| エ 清掃委託費                   | 29 |            |    |   |   |  | 29         |    |   |   |  |
| オ その他の委託費(ア～エに該当しないもの)    | 30 |            |    |   |   |  | 30         |    |   |   |  |
| ⑭ 雑費                      | 31 |            |    |   |   |  | 31         |    |   |   |  |
| ⑮ その他の一般管理支出(①～⑭に該当しないもの) | 32 |            |    |   |   |  | 32         |    |   |   |  |

II  
事業活動支出

| 科 目         |                                                  | 令和5年度決算期数値 |    |   |   |  | 令和6年度決算期数値 |    |   |   |  |
|-------------|--------------------------------------------------|------------|----|---|---|--|------------|----|---|---|--|
|             |                                                  | 金 額        |    |   |   |  | 金 額        |    |   |   |  |
|             |                                                  | 十億         | 百万 | 千 | 円 |  | 十億         | 百万 | 千 | 円 |  |
| 事業活動支出(続き)  | 3 減価償却費                                          |            |    |   |   |  |            |    |   |   |  |
|             | (1)建物及び建物付属設備減価償却費                               | 33         |    |   |   |  | 33         |    |   |   |  |
|             | (2)車両船舶設備減価償却費                                   | 34         |    |   |   |  | 34         |    |   |   |  |
|             | (3)特殊浴槽減価償却費                                     | 35         |    |   |   |  | 35         |    |   |   |  |
|             | (4)その他の減価償却費((1)～(3)に該当しないもの)                    | 36         |    |   |   |  | 36         |    |   |   |  |
|             | II 4 国庫補助金等特別積立金取崩額                              | 37 ▲       |    |   |   |  | 37 ▲       |    |   |   |  |
|             | 5 徴収不能額                                          | 38         |    |   |   |  | 38         |    |   |   |  |
|             | 6 引当金繰入                                          |            |    |   |   |  |            |    |   |   |  |
|             | (1)徴収不能引当金繰入                                     | 39         |    |   |   |  | 39         |    |   |   |  |
|             | (2)修繕引当金繰入                                       | 40         |    |   |   |  | 40         |    |   |   |  |
|             | (3)退職給与引当金繰入                                     | 41         |    |   |   |  | 41         |    |   |   |  |
|             | (4)賞与引当金繰入                                       | 42         |    |   |   |  | 42         |    |   |   |  |
|             | (5)その他引当金繰入((1)～(4)に該当しないもの)                     | 43         |    |   |   |  | 43         |    |   |   |  |
|             | 7 その他(1～6に該当しないもの)                               | 44         |    |   |   |  | 44         |    |   |   |  |
|             | 事業活動支出計(1～7の合計)                                  |            |    |   |   |  |            |    |   |   |  |
| III 事業活動外収入 | うち人材紹介手数料                                        | 45         |    |   |   |  | 45         |    |   |   |  |
|             | うち介護テクノロジーの保守・点検等に係る費用                           | 46         |    |   |   |  | 46         |    |   |   |  |
|             | うち消費税課税対象支出計                                     | 47         |    |   |   |  | 47         |    |   |   |  |
| IV 事業活動外支出  | うち借入金利息補助金収入                                     | 48         |    |   |   |  | 48         |    |   |   |  |
|             | うち借入金利息                                          | 49         |    |   |   |  | 49         |    |   |   |  |
| V 特別収入      | うち会計区分間繰入金収入                                     | 50         |    |   |   |  | 50         |    |   |   |  |
|             | うち本部会計からの繰入金収入                                   | 51         |    |   |   |  | 51         |    |   |   |  |
|             | うち本部会計からの繰入金収入                                   | 52         |    |   |   |  | 52         |    |   |   |  |
| VI 特別支出     | うち会計区分外繰入金支出                                     | 53         |    |   |   |  | 53         |    |   |   |  |
|             | うち本部会計への繰入金支出                                    | 54         |    |   |   |  | 54         |    |   |   |  |
|             | うち法人会計への繰入金費用:役員報酬・退職金手当等の運営費に限る(他の事業のための費用等を除く) | 55         |    |   |   |  | 55         |    |   |   |  |
|             | ※特になし場合は0と記載し、金額が分からない場合は空欄としてください。              | 56         |    |   |   |  | 56         |    |   |   |  |
|             | うち消費税課税対象費用計                                     | 57         |    |   |   |  | 57         |    |   |   |  |
|             | うち法人税等                                           | 58         |    |   |   |  | 58         |    |   |   |  |
|             | うち法人税等                                           | 59         |    |   |   |  | 59         |    |   |   |  |
|             | うち法人税等                                           | 60         |    |   |   |  | 60         |    |   |   |  |