

F A X 送 信 票
鹿児島県知的障害者福祉協会 事務局行き
FAX099-250-9358

施設・事業所調査票

平成 25 年 月 日

法人名				
施設・事業所名称				
理事長名				
施設長・管理者名				
住 所	〒			
TEL				
FAX				
メールアドレス				
ホームページアドレス				
施設・事業種別	チ エ ッ ク 欄	事業名	利 用 者 定 員	備 考
児童福祉法	<input type="checkbox"/>	障害児入所施設		
	<input type="checkbox"/>	児童発達支援センター		
	<input type="checkbox"/>	児童発達支援事業		
	<input type="checkbox"/>	放課後等デイサービス		
	<input type="checkbox"/>	保育所等訪問支援		
障害者自立支援法	<input type="checkbox"/>	療養介護		
	<input type="checkbox"/>	生活介護		
	<input type="checkbox"/>	自立訓練（機能訓練）		
	<input type="checkbox"/>	自立訓練（生活訓練）		
	<input type="checkbox"/>	就労移行支援		
	<input type="checkbox"/>	就労継続支援（A型）		
	<input type="checkbox"/>	就労継続支援（B型）		
	<input type="checkbox"/>	居宅介護		
	<input type="checkbox"/>	重度訪問介護		
	<input type="checkbox"/>	行動援護		
	<input type="checkbox"/>	重度障害者等包括		
	<input type="checkbox"/>	短期入所（ショートステイ）		
	<input type="checkbox"/>	相談支援		
	<input type="checkbox"/>	共同生活介護（ケアホーム）		
	<input type="checkbox"/>	施設入所支援		
<input type="checkbox"/>	共同生活援助（グループホーム）			
<input type="checkbox"/>	宿泊型自立訓練			

※必要事項をご記入の上、該当する事業名のチェック欄に○印をし、定員を記入してください。