

# 平成30年度決算に基づく特別養護老人ホーム収支状況調査

令和元年8月8日  
一般社団法人千葉県高齢者福祉施設協会

- ◎貴施設における平成30年度決算に基づき、**太枠内**をご記入ください。
- ◎平成30年度実績調査のため、**平成30年4月1日以前に開設の施設が対象**です。
- ◎ショートステイ、地域密着型等もあわせた特養1施設の全拠点区分を合算してください。  
デイサービスセンター等特養以外のサービス形態は対象外です。  
法人内で複数の特養を運営する場合、お手数ですが1施設ごとに調査票をコピーの上ご提出ください。

## 【施設基本情報】

設立年月	* 設立年月をご記入ください。	
施設名	* 施設名をご記入ください。	
担当者名	* ご担当者名をご記入ください。	
連絡先	* 電話番号をご記入ください。	
	* メールアドレスをご記入ください。	
施設が所在する区市町村名	* 施設が所在する <u>区市町村名のみ</u> をご記入下さい。 県名の記入は不要です。	
<b>■記入不要→→→→→</b> 級地	区市町村名を入力すると <b>自動で表示</b> されます。	ここに記入しないでください
定員	* ショートステイ、地域密着型特養等も含めた特養の 全定員をご記入ください。	
種別	* 選択肢(従来型・混合型・ユニット型・地域密着型)から お選びください。	

## 【決算書項目】

経常増減差額(A)	*事業活動計算書の「経常増減差額」を、1円単位まで、半角文字でご記入ください。	
サービス活動収益計(B)	*事業活動計算書の「サービス活動収益計」を、1円単位まで、半角文字でご記入ください。	

※「サービス活動増減差額」とのお間違いが多くなっておりますので、ご注意ください。  
添付の参考資料もあわせてご確認ください。

## 【派遣職員について】

(一般的な派遣契約だけでなく、紹介予定派遣や有料職業紹介等についても合算してお答えください)

派遣職員の人数	期間	職種	介護職員	看護職員	その他職員
	*平成30年度に派遣された職員の 人数について期間別にご記入ください。	実際の派遣期間が、1か月(31日間)以下			
実際の派遣期間が、1か月を超え6ヶ月以下					
実際の派遣期間が、6か月を超えるもの					
派遣にかかった費用	*上記派遣職員にかかった費用(紹介料並びに派遣料等)の合計をご記入ください。				

【締切】 8月23日(金)までに下記宛にご提出願います。

【提出先】 一般社団法人千葉県高齢者福祉施設協会(担当:井桁・鈴木)

[電話] 043-244-6021 [ファックス] 043-244-6022

[メールアドレス] info@chibaken-koureikyoku.or.jp

※各施設名及びその回答内容を、回答いただいた施設の了解なく外部に知らせることはありません。