

問5 貴施設の敷地面積等および主要室の合計床面積または、室数を記入ください。
 [3. その他の設備]には表に無い設備について具体的名称を記入し、合計面積を記入ください。

※各設備の【必要度】について下記に従い数字で記入してください。

1 必要 2 どちらかといえば必要 3 どちらでもない 4 どちらかといえば不要 5 不要

※他の社会福祉施設と併設している場合、その部屋を共有設備として利用している場合には、
 【共有】欄に○を記入してください。(併設していない場合は空欄のままで結構です。)

1: 規模	
1) 敷地面積 m²	3) 延べ床面積 m²
2) 建築面積 m²	4) 敷地内の屋外遊技場 m²

2: 最低基準に定められる設備 ¹	現に使用している居室の名称 (最低基準に規定される名称と異なる場合)	室数 (室、ヶ所)	平米数 (計m ²)	必要度	共有
記入例 〇〇室		5 室	60 m²	2	○
1) 乳児の養育に専用の室					
2) 浴室					
3) 便所					
4) 寝室					
5) 観察室			人用 m ²		
6) 診察室					
7) 病室					
8) ほふく室					
9) 調理室					

¹ 1)は乳児 10 人未満の場合のみ。

3: その他の設備 ²	室数 (室、ヶ所)	平米数 (計㎡)	必要 度	共有		室数 (室、ヶ所)	平米数 (計㎡)	必要 度	共有
1) 食堂					13) サンプルーム				
2) リビングルーム					14)				
3) ショートステイ室					15)				
4) 心理療法室					16)				
5) 病児病後児保育室					17)				
6) 親子生活訓練室					18)				
7) 年齢延長室					19)				
8) 洗濯室					20)				
9) 乾燥室					21)				
10) 沐浴室					22)				
11) 調乳室					23)				
12) プレイルーム					24)				

² 事務室や職員更衣室、休憩室等全ての部屋について記入してください。

問6 寝室または乳児の養育に専用の室の面積および在籍児童数について記入ください

(平成20年12月1日現在)。面積には室内専用部分(トイレ・浴室等)は含めない面積を記入してください。小規模グループケアについては後頁に記入してください。

※12月1日現在、空き部屋の場合は、棟名称、面積、定員児童数を記入し、在籍児童数は0人と記入してください。

居室No	棟名称 (各居室が属する棟名称)	面積	定員児童数	在籍児童数	性別・年齢別内訳					
					性別	0歳	1歳	2歳	3歳	4歳以上
1		m ²	人	人	男	人	人	人	人	人
					女	人	人	人	人	人
2		m ²	人	人	男	人	人	人	人	人
					女	人	人	人	人	人
3		m ²	人	人	男	人	人	人	人	人
					女	人	人	人	人	人
4		m ²	人	人	男	人	人	人	人	人
					女	人	人	人	人	人
5		m ²	人	人	男	人	人	人	人	人
					女	人	人	人	人	人
6		m ²	人	人	男	人	人	人	人	人
					女	人	人	人	人	人
7		m ²	人	人	男	人	人	人	人	人
					女	人	人	人	人	人
8		m ²	人	人	男	人	人	人	人	人
					女	人	人	人	人	人
9		m ²	人	人	男	人	人	人	人	人
					女	人	人	人	人	人
10		m ²	人	人	男	人	人	人	人	人
					女	人	人	人	人	人
11		m ²	人	人	男	人	人	人	人	人
					女	人	人	人	人	人
12		m ²	人	人	男	人	人	人	人	人
					女	人	人	人	人	人
13		m ²	人	人	男	人	人	人	人	人
					女	人	人	人	人	人
14		m ²	人	人	男	人	人	人	人	人
					女	人	人	人	人	人
15		m ²	人	人	男	人	人	人	人	人
					女	人	人	人	人	人

居室 No	棟名称 (各居室が属 する棟名称)	面積	定員 児童数	在籍 児童数	性別・年齢別内訳					
					性別	0歳	1歳	2歳	3歳	4歳 以上
16		m ²	人	人	男	人	人	人	人	人
					女	人	人	人	人	人
17		m ²	人	人	男	人	人	人	人	人
					女	人	人	人	人	人
18		m ²	人	人	男	人	人	人	人	人
					女	人	人	人	人	人
19		m ²	人	人	男	人	人	人	人	人
					女	人	人	人	人	人
20		m ²	人	人	男	人	人	人	人	人
					女	人	人	人	人	人
21		m ²	人	人	男	人	人	人	人	人
					女	人	人	人	人	人
22		m ²	人	人	男	人	人	人	人	人
					女	人	人	人	人	人
23		m ²	人	人	男	人	人	人	人	人
					女	人	人	人	人	人
24		m ²	人	人	男	人	人	人	人	人
					女	人	人	人	人	人
25		m ²	人	人	男	人	人	人	人	人
					女	人	人	人	人	人
26		m ²	人	人	男	人	人	人	人	人
					女	人	人	人	人	人
27		m ²	人	人	男	人	人	人	人	人
					女	人	人	人	人	人
28		m ²	人	人	男	人	人	人	人	人
					女	人	人	人	人	人
29		m ²	人	人	男	人	人	人	人	人
					女	人	人	人	人	人
30		m ²	人	人	男	人	人	人	人	人
					女	人	人	人	人	人
31		m ²	人	人	男	人	人	人	人	人
					女	人	人	人	人	人
32		m ²	人	人	男	人	人	人	人	人
					女	人	人	人	人	人

問6（つづき） 小規模グループケアにおける寝室または乳児の養育に専用の室の面積および在籍児童数について記入ください（平成20年12月1日現在）。面積には室内専用部分（トイレ・浴室等）は含めない面積を記入してください。

※12月1日現在、空き部屋の場合は、棟名称、面積、定員児童数を記入し、在籍児童数は0人と記入してください。

居室No	棟名称 (各居室が属する棟名称)	面積	定員児童数	在籍児童数	性別・年齢別内訳					
					性別	0歳	1歳	2歳	3歳	4歳以上
1		m ²	人	人	男	人	人	人	人	人
					女	人	人	人	人	人
2		m ²	人	人	男	人	人	人	人	人
					女	人	人	人	人	人
3		m ²	人	人	男	人	人	人	人	人
					女	人	人	人	人	人
4		m ²	人	人	男	人	人	人	人	人
					女	人	人	人	人	人
5		m ²	人	人	男	人	人	人	人	人
					女	人	人	人	人	人
6		m ²	人	人	男	人	人	人	人	人
					女	人	人	人	人	人
7		m ²	人	人	男	人	人	人	人	人
					女	人	人	人	人	人
8		m ²	人	人	男	人	人	人	人	人
					女	人	人	人	人	人
9		m ²	人	人	男	人	人	人	人	人
					女	人	人	人	人	人
10		m ²	人	人	男	人	人	人	人	人
					女	人	人	人	人	人
11		m ²	人	人	男	人	人	人	人	人
					女	人	人	人	人	人
12		m ²	人	人	男	人	人	人	人	人
					女	人	人	人	人	人
13		m ²	人	人	男	人	人	人	人	人
					女	人	人	人	人	人
14		m ²	人	人	男	人	人	人	人	人
					女	人	人	人	人	人
15		m ²	人	人	男	人	人	人	人	人
					女	人	人	人	人	人

調査項目は以上です。最後に記入漏れがないかあらためてご確認ください。
調査ご協力ありがとうございました。

施設設備実態調査

情緒障害児短期治療施設調査票

1. 回答方法

- ・各設問の内容、記入方法をご確認の上、施設の代表者（施設長）名でご回答頂きますようお願い申し上げます。
- ・回答にあたっての記入方法についてご質問がある場合には、本調査の委託先であるみずほ情報総研（株）のコールセンターまでお問い合わせください。

TEL：0120-701-181（【受付】平日9:30～17:00）

FAX：03-5281-5443（24時間）

2. 回答内容の送付期限、送付先

- ・平成21年3月30日（月）までに、同封の返信用封筒をお使いの上（切手不要）ご投函ください。

なお、送付期限に間に合わない場合でも遅れて提出していただいて結構ですので、ご協力をお願いいたします。

・送付先

〒101-8443 東京都千代田区神田錦町2-3竹橋スクエアビル8F

みずほ情報総研株式会社 社会経済コンサルティング部

「平成20年度社会的養護の施設体系見直しのための実態調査 施設設備実態調査」
調査事務局 川村 宛

I 施設の概要について（平成 20 年 12 月 1 日現在）

①施設名		
②代表者名（施設長）		
③所在地※	〒	都・道・府・県 市区町郡村
④法人名（公立の場合不要）		
⑤設置主体	1.都道府県 2.市区町村 3.社会福祉法人 4.財団法人 5.その他（ ）	
⑥運営主体	1.都道府県 2.市区町村 3.社会福祉法人 4.財団法人 5.その他（ ）	
⑦指定管理者制度	1.導入済み（平成 年 月） 2.導入予定あり（平成 年 月）	
	導入済みの場合、以下に回答してください。 1.指定期間（ 年間） 2.指定前の当該施設の受託状況 ①受託していた ②受託していなかった	
⑧施設設立年	1.昭和 2.平成	（ ）年
⑨施設認可年	1.昭和 2.平成	（ ）年
⑩施設の認可定員	（ ）名	
⑪平成 20 年度の暫定定員	（ ）名	
⑫電話番号／FAX 番号	Tel :	／Fax :
⑬記入者氏名（職名）		

注：「所在地」の住所には、本園（中心施設）の所在地を記入してください。

II 設備状況

問 1 1) 貴施設が運営するケア形態に該当するもの全てに○をつけてください。

1. 大舎	2. 中舎	3. 小舎
-------	-------	-------

大舎：1舎20人以上、中舎：1舎13～19人、小舎：1舎12人以下

2) 小規模グループケアの有無について○をつけてください。小規模グループケアを有する場合はユニット数も回答してください。※国庫負担を受けているものに限られません

(有 (ユニット) . 無)

問 2 近年実施した工事のうち、国庫補助を受けて平成18年4月から現在までの間で工事が完了したものについて回答してください。

内容	完了時期	
1. 創設工事	平成	年度
2. 改築・増改築工事(内容:)	平成	年度
3. アスベスト除去修繕	平成	年度
4. その他(修繕、改装等)内容:	平成	年度

問3 貴施設の敷地にある主な建物の階数、建築年度、建物構造、耐震性、耐震改修年についてそれぞれ回答してください。建物構造および耐震性は、それぞれ下記の選択肢から該当番号を選んで記入してください。(倉庫、プロパン庫等は除きます)

【建物構造】

1. 鉄筋コンクリート造 2. 鉄骨造 3. 鉄骨鉄筋コンクリート造
4. コンクリートブロック造 5. 木造 6. プレハブ又はプレハブ様の建物 7. その他

【耐震性】

1. 新耐震基準（昭和57年以降の基準）の建築物
2. 耐震診断の結果、十分な耐震性を保有する
3. 耐震診断の結果、耐震性は不十分であったが耐震補強が既に終わっている
4. 耐震診断の結果、耐震性が不十分のため耐震補強を予定している
5. 耐震診断の結果、耐震性が不十分であるが耐震補強の予定がない
6. 耐震診断は未実施

	棟名称 (用途)	建物階数	建築年度	建物構造 (番号)	耐震性 (番号)	耐震改修年度
例	居室棟A	4	S・H 55 年度	1	3	S・H 18 年度
1			S・H 年度			S・H 年度
2			S・H 年度			S・H 年度
3			S・H 年度			S・H 年度
4			S・H 年度			S・H 年度
5			S・H 年度			S・H 年度
6			S・H 年度			S・H 年度
7			S・H 年度			S・H 年度
8			S・H 年度			S・H 年度
9			S・H 年度			S・H 年度
10			S・H 年度			S・H 年度
11			S・H 年度			S・H 年度
12			S・H 年度			S・H 年度
13			S・H 年度			S・H 年度
14			S・H 年度			S・H 年度
15			S・H 年度			S・H 年度
16			S・H 年度			S・H 年度
17			S・H 年度			S・H 年度
18			S・H 年度			S・H 年度
19			S・H 年度			S・H 年度
20			S・H 年度			S・H 年度

問4 1) 貴施設の敷地面積等および主要室の合計床面積または、室数を記入ください。
 [3. その他の設備]には表に無い設備について具体的名称を記入し、合計面積を記入ください。

※各設備の【必要度】について下記に従い数字で記入してください。

1 必要 2 どちらかといえば必要 3 どちらでもない 4 どちらかといえば不要 5 不要

※他の社会福祉施設と併設している場合、その部屋を共有設備として利用している場合には、【共有】欄に○を記入してください。(併設していない場合は空欄のままで結構です。)

1: 規模	
1) 敷地面積	㎡
2) 建築面積	㎡
3) 延べ床面積	㎡
4) 敷地内の屋外遊技場	㎡

2: 最低基準に定められる設備	現に使用している居室の名称 (最低基準に規定される名称と異なる場合)	室数 (室、ヶ所)	平米数 (計㎡)	必要度	共有
記入例 〇〇室		5 室	60㎡	2	○
1) 児童用居室					
2) 浴室					
3) 便所					
4) 調理室					
5) 静養室					
6) 医務室					
7) 観察室					
8) 心理検査室					
9) 相談室					
10) 工作室					
11) 調理室					

3: その他の設備 ¹	室数 (室、ヶ 所)	平米数 (計㎡)	必要 度	共有		室数 (室、ヶ 所)	平米数 (計㎡)	必要 度	共有
1) 食堂					13)				
2) リビングルーム					14)				
3) 心理療法室					15)				
4) 病児病後児保育室					16)				
5) 親子生活訓練室					17)				
6) 通所部門					18)				
7) 洗濯室					19)				
8) 乾燥室					20)				
9) プレイルーム					21)				
10) サンプルーム					22)				
11)					23)				
12)					24)				

¹ 事務室や職員更衣室、休憩室等全ての部屋について記入してください。

問4 2) 通所部門を有している施設のみご記入ください。

通所部門の中にはどのような室もしくは設備がありますか。問4 1) の要領でご記入ください。

通所部門の内訳	室数 (室、 ヶ所)	平米数 (計㎡)	必要 度	共有		室数 (室、 ヶ所)	平米数 (計㎡)	必要 度	共有
例 相談室									
1)					11)				
2)					12)				
3)					13)				
4)					14)				
5)					15)				
6)					16)				
7)					17)				
8)					18)				
9)					19)				
10)					20)				

問5 各居室の面積および在籍児童数について記入ください（平成20年12月1日現在）。

居室面積には居室内の専用部分（トイレ・浴室等）は含めない面積を記入してください。

小規模グループケアについては後頁に記入してください。

※12月1日現在、空き部屋の場合は、棟名称、面積、定員児童数を記入し、在籍児童数は0人と記入してください。

居室No	棟名称 (各居室が属する棟名称)	面積	居室定員	在籍児童数	性別・年齢別内訳					
					性別	0～6歳	7～12歳	13～15歳	16～18歳	19歳以上
1		m ²	人	人	男	人	人	人	人	人
					女	人	人	人	人	人
2		m ²	人	人	男	人	人	人	人	人
					女	人	人	人	人	人
3		m ²	人	人	男	人	人	人	人	人
					女	人	人	人	人	人
4		m ²	人	人	男	人	人	人	人	人
					女	人	人	人	人	人
5		m ²	人	人	男	人	人	人	人	人
					女	人	人	人	人	人
6		m ²	人	人	男	人	人	人	人	人
					女	人	人	人	人	人
7		m ²	人	人	男	人	人	人	人	人
					女	人	人	人	人	人
8		m ²	人	人	男	人	人	人	人	人
					女	人	人	人	人	人
9		m ²	人	人	男	人	人	人	人	人
					女	人	人	人	人	人
10		m ²	人	人	男	人	人	人	人	人
					女	人	人	人	人	人
11		m ²	人	人	男	人	人	人	人	人
					女	人	人	人	人	人
12		m ²	人	人	男	人	人	人	人	人
					女	人	人	人	人	人
13		m ²	人	人	男	人	人	人	人	人
					女	人	人	人	人	人
14		m ²	人	人	男	人	人	人	人	人
					女	人	人	人	人	人
15		m ²	人	人	男	人	人	人	人	人
					女	人	人	人	人	人

16		m ²	人	人	男	人	人	人	人	人
					女	人	人	人	人	人
17		m ²	人	人	男	人	人	人	人	人
					女	人	人	人	人	人
18		m ²	人	人	男	人	人	人	人	人
					女	人	人	人	人	人
19		m ²	人	人	男	人	人	人	人	人
					女	人	人	人	人	人
20		m ²	人	人	男	人	人	人	人	人
					女	人	人	人	人	人
21		m ²	人	人	男	人	人	人	人	人
					女	人	人	人	人	人
22		m ²	人	人	男	人	人	人	人	人
					女	人	人	人	人	人
23		m ²	人	人	男	人	人	人	人	人
					女	人	人	人	人	人
24		m ²	人	人	男	人	人	人	人	人
					女	人	人	人	人	人
25		m ²	人	人	男	人	人	人	人	人
					女	人	人	人	人	人
26		m ²	人	人	男	人	人	人	人	人
					女	人	人	人	人	人
27		m ²	人	人	男	人	人	人	人	人
					女	人	人	人	人	人
28		m ²	人	人	男	人	人	人	人	人
					女	人	人	人	人	人
29		m ²	人	人	男	人	人	人	人	人
					女	人	人	人	人	人
30		m ²	人	人	男	人	人	人	人	人
					女	人	人	人	人	人
31		m ²	人	人	男	人	人	人	人	人
					女	人	人	人	人	人
32		m ²	人	人	男	人	人	人	人	人
					女	人	人	人	人	人
33		m ²	人	人	男	人	人	人	人	人
					女	人	人	人	人	人

問5 つづき <「小規模グループケア」部分>

各居室の面積および在籍児童数について記入ください（平成20年12月1日現在）。

居室面積には居室内の専用部分（トイレ・浴室等）は含めない面積を記入してください。

※12月1日現在、空き部屋の場合は、棟名称、面積、定員児童数を記入し、在籍児童数は0人と記入してください。

居室No	棟名称 (各居室が属する棟名称)	面積	居室定員	在籍児童数	性別・年齢別内訳					
					性別	0～6歳	7～12歳	13～15歳	16～18歳	19歳以上
1		m ²	人	人	男	人	人	人	人	人
					女	人	人	人	人	人
2		m ²	人	人	男	人	人	人	人	人
					女	人	人	人	人	人
3		m ²	人	人	男	人	人	人	人	人
					女	人	人	人	人	人
4		m ²	人	人	男	人	人	人	人	人
					女	人	人	人	人	人
5		m ²	人	人	男	人	人	人	人	人
					女	人	人	人	人	人
6		m ²	人	人	男	人	人	人	人	人
					女	人	人	人	人	人
7		m ²	人	人	男	人	人	人	人	人
					女	人	人	人	人	人
8		m ²	人	人	男	人	人	人	人	人
					女	人	人	人	人	人
9		m ²	人	人	男	人	人	人	人	人
					女	人	人	人	人	人
10		m ²	人	人	男	人	人	人	人	人
					女	人	人	人	人	人
11		m ²	人	人	男	人	人	人	人	人
					女	人	人	人	人	人
12		m ²	人	人	男	人	人	人	人	人
					女	人	人	人	人	人
13		m ²	人	人	男	人	人	人	人	人
					女	人	人	人	人	人
14		m ²	人	人	男	人	人	人	人	人
					女	人	人	人	人	人
15		m ²	人	人	男	人	人	人	人	人
					女	人	人	人	人	人

問6 児童の部屋割り方法の考え方について該当するいずれかに○をつけてください。また、具体的状況を記入してください。児童が入居している現状ではなく、施設としての基本方針を記入してください。

1) 年齢について

1. 同年齢層が同室になることを基本としている
2. 異なる年齢層が同室になることを基本としている
3. 1と2を組み合わせることを基本としている
4. 特にルールを設けていない

具体的状況 ()

2) 性別について

1. 全員男女別の部屋割りを基本としている
2. ある程度の年齢から男女別の部屋割りをを行うことを基本としている (歳から)
3. 特にルールを設けていない

具体的状況 ()

3) 1室あたりの人数について

1. 中学生以上は個室
2. 高校生以上は個室
3. 特にルールを設けていない
4. 個室は考えていない

具体的状況 (○歳までは○人部屋を基本とする など)

()

4) その他に考慮している事項があれば記入してください

調査項目は以上です。最後に記入漏れがないかあらためてご確認ください。
調査ご協力ありがとうございました。

施設設備実態調査 児童自立支援施設調査票

1. 回答方法

- ・各設問の内容、記入方法をご確認の上、施設の代表者（施設長）名でご回答頂きますようお願い申し上げます。
- ・回答にあたっての記入方法についてご質問がある場合には、本調査の委託先であるみずほ情報総研（株）のコールセンターまでお問い合わせください。

TEL：0120-701-181（【受付】平日 9:30～17:00）

FAX：03-5281-5443（24時間）

2. 回答内容の送付期限、送付先

- ・平成21年3月30日（月）までに、同封の返信用封筒をお使いの上（切手不要）ご投函ください。

なお、送付期限に間に合わない場合でも遅れて提出していただいても結構ですので、ご協力をお願いいたします。

- ・送付先

〒101-8443 東京都千代田区神田錦町2-3竹橋スクエアビル8F

みずほ情報総研株式会社 社会経済コンサルティング部

「平成20年度社会的養護の施設体系見直しのための実態調査 施設設備実態調査」
調査事務局 川村 宛

I 施設の概要について（平成 20 年 12 月 1 日現在）

①施設名		
②代表者名（施設長）		
③所在地※	〒 都・道・府・県	市区町村
④法人名（公立の場合不要）		
⑤設置主体	1.都道府県 2.市区町村 3.社会福祉法人	
⑥運営主体	1.都道府県 2.市区町村 3.社会福祉法人	
⑦施設設立年	1.明治 2.大正 3.昭和 4.平成	（ ）年
⑧施設認可年	1.明治 2.大正 3.昭和 4.平成	（ ）年
⑨施設の認可定員	（ ）名	
⑩平成 20 年度の暫定定員	（ ）名	
⑪電話番号／FAX 番号	Tel :	／Fax :
⑫記入者氏名（職名）		

注：「所在地」の住所には、本園（中心施設）の所在地を記入してください。

II 設備状況

問 1 1) 貴施設が運営するケア形態に該当するもの全てに○をつけてください。

1. 夫婦制	2. 交代制	3. 並立制
--------	--------	--------

※「並立制」とは夫婦制と交代制が混在している場合等をいう。

2) 小規模グループケアの有無について○をつけてください。小規模グループケアを有する場合は箇所数も回答してください。※国庫負担を受けているものに限られません

(有 (箇所) . 無)

問 2 近年実施した工事のうち、国庫補助を受けて平成 18 年 4 月から現在までの間で工事が完了したものについて回答してください。

内容	完了時期
1. 創設工事	平成 年度
2. 改築・増改築工事(内容:)	平成 年度
3. アスベスト除去修繕	平成 年度
4. その他(修繕、改装等)内容:	平成 年度

問3 貴施設の敷地にある主な建物の階数、建築年度、建物構造、耐震性、耐震改修年についてそれぞれ回答してください。建物構造および耐震性は、それぞれ下記の選択肢から該当番号を選んで記入してください。(倉庫、プロパン庫等は除きます)

【建物構造】

1. 鉄筋コンクリート造 2. 鉄骨造 3. 鉄骨鉄筋コンクリート造
4. コンクリートブロック造 5. 木造 6. プレハブ又はプレハブ様の建物 7. その他

【耐震性】

1. 新耐震基準（昭和57年以降の基準）の建築物
2. 耐震診断の結果、十分な耐震性を保有する
3. 耐震診断の結果、耐震性は不十分であったが耐震補強が既に終わっている
4. 耐震診断の結果、耐震性が不十分のため耐震補強を予定している
5. 耐震診断の結果、耐震性が不十分であるが耐震補強の予定がない
6. 耐震診断は未実施

	棟名称(用途)	建物階数	建築年度	建物構造(番号)	耐震性(番号)	耐震改修年度
例	居室棟A	4	S・H 55 年度	1	3	S・H 18 年度
1			S・H 年度			S・H 年度
2			S・H 年度			S・H 年度
3			S・H 年度			S・H 年度
4			S・H 年度			S・H 年度
5			S・H 年度			S・H 年度
6			S・H 年度			S・H 年度
7			S・H 年度			S・H 年度
8			S・H 年度			S・H 年度
9			S・H 年度			S・H 年度
10			S・H 年度			S・H 年度
11			S・H 年度			S・H 年度
12			S・H 年度			S・H 年度
13			S・H 年度			S・H 年度
14			S・H 年度			S・H 年度
15			S・H 年度			S・H 年度
16			S・H 年度			S・H 年度
17			S・H 年度			S・H 年度
18			S・H 年度			S・H 年度
19			S・H 年度			S・H 年度
20			S・H 年度			S・H 年度

問4 1) 貴施設の敷地面積等および主要室の合計床面積または、室数を記入ください。
 [3. その他の設備]には表に無い設備について具体的名称を記入し、合計面積を記入ください。

※各設備の【必要度】について下記に従い数字で記入してください。

1 必要 2 どちらかといえば必要 3 どちらでもない 4 どちらかといえば不要 5 不要

※ 他の社会福祉施設と併設している場合、その部屋を共有設備として利用している場合には、【共有】欄に○を記入してください。(併設していない場合は空欄のままです。)

1: 規模	
1) 敷地面積	m ²
2) 建築面積	m ²
3) 延べ床面積	m ²
4) 敷地内の屋外遊技場	m ²

2: 最低基準に定められる設備 ¹	現に使用している居室の名称 (最低基準に規定される名称と異なる場合)	室数 (室、ヶ所)	平米数 (計m ²)	必要度	共有
記入例 〇〇室		5 室	60 m²	2	○
1) 児童用居室					
2) 浴室					
3) 便所					
4) 調理室					
5) 静養室					
6) 医務室					

¹ 5)6)は児童 30 人以上の場合のみ。30 人未満の施設で医務室を設置している場合は、「3: その他の設備」に記入してください。