　　年　　月　　日

○○消防署長　あて

所在地

施設名

代表者

施設実態調査について

本施設の入所実態調査について、以下のとおり任意提出いたします。

１　施設の種類は、○で囲んだ施設に該当します。

　（１）　生活保護法に規定する「救護施設」

　（２）　児童福祉法に規定する「障害児入所施設」

　（３）　障害者総合支援法に規定する「障害者支援施設」、「短期入所施設」、又は

「共同生活援助を行う施設」

２　施設入所者（利用者）の定員

　　　（　　　）人

３　入所する者のうち次いずれかに該当する者の数

　（１）障害支援区分４以上の者の数　　（　　　）人　　→　４へ

　（２）障害支援区分４未満の者の数　　（　　　）人

　（３）上記に該当しない者の数　　　　（　　　）人　　→　５へ

４　障害支援区分４以上の者のうち次の認定調査項目のいずれかに該当する者の数

（　　　）人

　（１）三の群「移乗」

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 右の表のうち、「3.部分的な支援が必要」  又は「4.全面的な支援が必要」に  該当する者 | 1 | 支援が不要 |
| 2 | 見守り等の支援が必要 |
| 3 | 部分的な支援が必要 |
| 4 | 全面的な支援が必要 |

（２）三の群「移動」

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 右の表のうち、「3.部分的な支援が必要」  又は「4.全面的な支援が必要」に  該当する者 | 1 | 支援が不要 |
| 2 | 見守り等の支援が必要 |
| 3 | 部分的な支援が必要 |
| 4 | 全面的な支援が必要 |

（３）六の群「危険の認識」

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 右の表のうち、「3.全面的な支援が必要」に  該当する者 | 1 | 支援が不要 |
| 2 | 部分的な支援が必要 |
| 3 | 全面的な支援が必要 |

（４）六の群「説明の理解」

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 右の表のうち、「2.理解できない」又は  「3.理解できているか判断できない」に  該当する者 | 1 | 理解できる |
| 2 | 理解できない |
| 3 | 理解できているか  判断できない |

（５）八の群「多動・行動停止」

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 右の表のうち、「2.稀に支援が必要」、  「3.月に１回以上の支援が必要」、  「4.週に１回以上の支援が必要」又は  「5.ほぼ毎日(週に5日以上の)支援が必要」に該当する者 | 1 | 支援が不要 |
| 2 | 稀に支援が必要 |
| 3 | 月に１回以上の支援が必要 |
| 4 | 週に１回以上の支援が必要 |
| 5 | ほぼ毎日(週に5日以上の)  支援が必要 |

（６）八の群「不安定な行動」

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 右の表のうち、「2.稀に支援が必要」、  「3.月に１回以上の支援が必要」、  「4.週に１回以上の支援が必要」又は  「5.ほぼ毎日(週に5日以上の)支援が必要」に該当する者 | 1 | 支援が不要 |
| 2 | 稀に支援が必要 |
| 3 | 月に１回以上の支援が必要 |
| 4 | 週に１回以上の支援が必要 |
| 5 | ほぼ毎日(週に5日以上の)  支援が必要 |

５　上記３の（３）に該当する者のうち次のいずれか該当する者の数

　（１）救護施設において、介助がなければ避難できない者の数　　（　　　）人

　（２）障害入所施設において、介助なしで通学又は日中活動支援への参加等のため

外出できない者の数　　　（　　　）人