

調査回答票の提出にあたっての留意事項

1 調査対象事業所

神奈川県が指定する居宅介護、重度訪問介護、同行援護、行動援護、療養介護、生活介護、短期入所、重度障害者等包括支援、共同生活援助、自立訓練、就労移行支援、就労継続支援、就労定着支援、自立生活援助、一般相談支援、特定相談支援、障害者支援施設。

神奈川県が指定する児童発達支援、放課後等デイサービス、居宅訪問型児童発達支援、保育所等訪問支援、障害児入所施設、障害児相談支援。

2 回答方法

- 法人単位ではなく、事業所単位（事業所番号単位）で回答ください。
 - ※1 空床・併設型短期入所については本体施設等に含める
 - ※2 就労定着支援、自立生活援助及び保育所等訪問支援は本体事業所に含める
 - ※3 障害者支援施設は昼間サービスも含めて1つの事業所として回答
 - ※4 同一敷地内の相談支援事業所は1つの事業所として回答
- マスクの令和2年4月7日時点の在庫数（枚数）と、1か月あたりの必要数（見込枚数）を記入ください。
- 消毒用アルコールの令和2年4月7日時点の在庫数（リットル）と、1か月あたりの必要数（見込リットル）を記入ください。
- その他、衛生用品で不足するものがあれば内容と不足数を記入ください。
- 調査回答票はパスワードをかけず、Excel ファイルのまま送付してください。

3 調査票掲載場所

- 「障害福祉サービス事業所等における各種衛生用品等不足状況調査回答票」掲載場所
障害福祉情報サービスかながわ
→書式ライブラリー
→1. 神奈川県からのお知らせ
→1. 神奈川県からのお知らせ

4 回答先

神奈川県福祉子どもみらい局福祉部障害サービス課事業支援グループ
メール：jigyou.select@pref.kanagawa.jp