

全国老施協 令和5年度収支状況等調査 1次調査項目

Q1	基本情報を下記回答欄にご入力ください。			
法人名		施設名		
法人名 ふりがな		全国老施協 会員番号		
法人番号		介護保険 事業所番号		
法人郵便番号		施設郵便番号		
法人所在地		施設所在地		
法人代表 電話番号		施設種別		
法人 メールアドレス		ご担当者名		
		ご担当者 メールアドレス		

Q2	貴施設の設置運営主体を回答欄から選択してください。	
回答欄	<input type="checkbox"/> 民設民営 <input type="checkbox"/> 公設民営 <input type="checkbox"/> 公設公営 <input type="checkbox"/> その他（事務組合等）	

Q3	貴施設運営法人における2024年3月末時点の独立行政法人福祉医療機構の福祉・医療貸付残高の有無を回答欄のドロップダウンリストから選択してください。	
回答欄	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<small>※貴施設で貸付が無い場合でも法人内の別施設において貸付がある場合は「あり」と回答いただくこととなります。法人本部等ございましたら、ご確認の上、ご回答ください。</small>

Q4	独立行政法人福祉医療機構に提出した（今後提出する場合も含む）2023年度事業報告「経営状況に関する資料」の情報を収支状況等調査に転用することに同意しますか。	
回答欄	<input type="checkbox"/> 同意する <input type="checkbox"/> 同意しない	

本シートは1次調査項目を確認いただくための参考資料です。回答は下記回答フォームからお願いします。

また、1次調査における調査回答フローを次ページに記載しておりますのでご参照ください。

回答フォームURL

<https://x.gd/Uf3VC>

令和5年度収支状況等調査1次調査における回答の流れと2次調査の要否に係るフローが下図のとおりとなります。回答の参考としてください。

