

都道府県・政令市 精神障害者社会適応訓練事業の実施状況調査

精神障害者社会適応訓練事業の実施状況について、以下の①～⑬の各項目に記入してください。

⑧は、支給している場合のみ、お答えください。

項目	年度	平成17年度 (実績値)	平成18年度 (予算ベース)
① 当事業の予算額		千円	千円
② 登録事業所数		事業所	事業所
③ 利用のある協力事業所数		事業所	事業所
④ 利用対象者数		人	人
⑤ 新規利用者数		人	人
⑥ 利用修了者数		人	人
⑦ 事業所への委託料 (一人一日当)		円	円
⑧ 利用者への訓練手当 (一人一日当)		円	円
⑨ 年間延べ訓練日数		日	日
⑩ 各年度の事業の開始時期		月	月
⑪ 訓練期間		ヶ月	ヶ月
⑫ 傷害保険の有無		有 ・ 無	有 ・ 無
⑬ 就職者数		人	人

記入者	都道府県・政令市名	
	主管課名	
	記入者名	
	連絡先(TEL)	