

## 千葉県障害児等療育支援事業 実態調査票

法人名	
事業所名	
担当者名	
連絡先電話番号	
連絡先電子メール	
提出実績年度	平成 年度

提出個票	実施事業	実施(提出) 有無(※1)	年齢区分 (学校等別)	平均回数台帳提 出の有無(※2)	最多回数台帳提 出の有無(※2)
	訪問療育相談支援事業		～6歳		
			～12歳		
			～15歳		
			～18歳		
			18歳～		
	訪問療育支援事業		～6歳		
			～12歳		
			～15歳		
			～18歳		
			18歳～		
	外来療育相談支援事業		～6歳		
			～12歳		
			～15歳		
			～18歳		
			18歳～		
	外来療育支援事業(個別)		～6歳		
			～12歳		
			～15歳		
			～18歳		
			18歳～		
	外来療育支援事業(集団)		～6歳		
			～12歳		
			～15歳		
			～18歳		
			18歳～		
	施設支援指導事業		保育所		
			幼稚園		
			認定こども園		

※1 事業実施し提出する個票・台帳に○

※2 契約書中の別記様式1-1～別記様式1-4