**社会福祉施設等の耐震対策及び安全点検状況のフォローアップについて（回答票）**

（指定通所介護事業所及び指定短期入所生活介護事業所向け）

１．提出期限：平成３０年１０月１２日（金曜日）　**必着**

ＦＡＸ：０３－５３８８－１４２５（送付状不要）

２．回答者について

|  |  |
| --- | --- |
| 法人名 |  |
| 事業所名 |  |
| 事業所番号 |  |
| サービス種別  （いずれかに○） | 通所介護　　　　／　　　　短期入所生活介護 |
| 物件の所有形態  （いずれかに○） | 自己所有物件　　　　／　　　　賃貸物件 |
| 連絡先（電話・直通） |  |
| 連絡先（E-mail） |  |
| 担当者名 |  |

３．安全点検の確認について（どちらかに○をしてください）

|  |  |
| --- | --- |
| ①施設においてブロック塀等（※１）がある。 | * ・　　　×   　　（②へ）　　　　　（×の場合、以下は回答不要です） |
| ②安全点検（※２・３）を実施した。 | * ・　　　×   （③へ）　　　　　（×の場合、以下は回答不要です） |
| ③安全点検を行った結果、ブロック塀に問題が見つかった。 | * ・　　　×   （④へ）　　　　　（×の場合、以下は回答不要です） |
| ④問題があったブロック塀について、安全対策を行った。 | * ・　　　× |

※１　「ブロック塀」とは、施設敷地内に設置されている、組積造又は補強コンクリートブロック造の塀を指します。

※２　各種管理規程に基づく既存の安全点検等を指します。なお、管理規程のみではブロック塀等の客観的な安全点検が困難な場合は、別紙の方法もご参照ください。

※３　回答時点の状況についてご回答ください。（各種規定に基づく安全点検の調査実施期間内において調査を実施している場合「○」としてください。）