那覇市障がい福祉課　事業所指定グループあて

那覇市社会福祉施設等(障害者支援施設等)施設整備に関する調査票

法人名	
事業所名	
事業所番号	
サービス種	
電話番号	
フリガナ 担当者	

※本調査は施設整備に関する補助等を保証するものではありません。

施設整備の予定	**□なし（以上で調査は終了です。）　□あり（以下の項目に回答ください。）**

施設概要	所有形態	□所有　□賃貸　□その他（　　）
	築年数	年
	延べ床面積（㎡）	㎡
必要な整備について	整備予定年度	□令和8年度　□令和9年度　□令和10年度以降
	定員数(施設合計)	現在：　名　（増設整備後の人数：　名）
	必要な整備区分	【　　】 ※別表1の整備区分をご記入ください。 例：防犯対策強化に係る整備
	整備の具体的内容	※詳しく記入してください。
	施設整備が必要な理由	※詳しく記入してください。
	必要経費　（円）	※見積書・パンフレット等、金額がわかる資料を別途提出してください。 ※補助額でなく、補助対象経費の総額を記載してください。

【回答方法】

① 電子メール：H-HUKU002@city.naha.lg.jp
② ＦＡＸ　：098－862－0621（鑑文不要）