

**義肢・装具・座位保持装置製作費用実態調査
調査票A：人件費・収支等について**

国立障害者リハビリテーションセンター
我澤 賢之
山崎 伸也

※本研究は、厚生労働行政推進調査事業費補助金 障害者対策総合研究事業「補装具費支給制度における種目の構造と基準額設定に関する調査研究」(研究代表者 山崎伸也)を受け行っております。

●事業所名・所在地・ご回答担当者様等について

貴事業所ならびにご回答いただく担当者様についてご記入下さい。

事業所の所在する都道府県名についてご記入下さい。	
ご回答事業者様事業所名	
担当者様ご氏名	
担当者様電話番号	
担当者様メールアドレス (メールご使用の場合)	

下記の補装具の取扱の有無について、条件に該当する項目に○、該当しない項目に×をお書き下さい。

義肢	障害者総合支援法による義肢の取扱のある事業所様	<input type="checkbox"/>
装具	障害者総合支援法による装具の取扱のある事業所様	<input type="checkbox"/>
座位保持装置	補装具費支給基準の座位保持装置の項目に基づく見積もりによる機器の製作件数(ただし、特例補装具としての座位保持装置の製作件数を含む)について、過去3年間のなかで年間20件以上製作された年が一度以上ある事業所様	<input type="checkbox"/>

※1つ以上に○がある場合 → 以下の設問にお答え下さい。

※すべて×である場合 → ご回答いただく箇所はここまでです。ご協力ありがとうございます。お手数ですが、同封の返信用封筒もしくはeメールにてご返送ください。

下記の団体に加入されている場合、○印をお書き下さい。

日本義肢協会

日本車椅子シーティング協会

●1-1【最近の労働時間と支給額】毎月支給額について1
 記入対象期間 令和元年9月1日～9月30日(法定福利費納付10月)
 ※給与計算の締め日が月末でない場合は、令和元年9月1日を含む日をご記入下さい。→
 この場合、該当する給与計算期間をご回答下さい。→

令和元年 月 日 ～ 月 日

※対象者、対象支給がない場合は該当欄を空欄にせず「0」をご記入ください。

1. 該当する 経営者・従 業員の数 ※該当する方 の人数	2. 1ヶ月間の 延べ出勤日数 ※該当する方全員の1ヶ 月間の出勤日数合計	3. 1ヶ月間の延べ実労働時間数		4. 1ヶ月間に支給される給与等金額 ※賞与等は含みません。	
		所定内労働時間 労働協約、就業規則 等で定められた正規 の始業時刻と終業時 刻の間の実労働時間 ※該当する方全員の1ヶ 月間の所定内労働時間 合計	所定外労働時間 早出、残業、臨時の 呼出、休日出勤等 の実労働時間数 ※該当する方全員の1ヶ 月間の所定外労働時間 合計	4a さまっ て支給 する給与 (税引 前)(註3)	4c 法定福利費の 事業主負担分 (註4)
単位:人	単位:日	単位:時間	単位:時間	単位:円	単位:円
1. 所定内労働時間週20時間以上の方について					
[特定種目専従の方] 義肢、装具、座位保持装置(車椅子・電動車椅子兼任を含む)のいずれか1種目に専従される方については1-1～1-3の欄にご記入ください。					
1-1. 義肢専従の方について					
1-2. 義肢の製作・営業に専従する経営者(註1)					
1-3. 義肢の製作・営業に専従する経営者ではない方					
1-4. 義肢の製作・営業に専従する経営者ではない方					
[複數種目に専従される方] 義肢、装具、座位保持装置のうち複數種目について扱っている方については1-4の欄にご記入ください。					
1-4. 上記以外で義肢・装具・座位保持装置を扱っている方について					
2. 所定内労働時間週20時間未満の方について					
[特定種目専従の方] 義肢、装具、座位保持装置(車椅子・電動車椅子兼任を含む)のいずれか1種目に専従される方については2-1～2-3の欄にご記入ください。					
2-1. 義肢専従の方について					
2-2. 義肢の製作・営業に専従する経営者(註1)					
2-3. 義肢の製作・営業に専従する経営者ではない方					
[複數種目に専従される方] 義肢、装具、座位保持装置のうち複數種目について扱っている方については2-4の欄にご記入ください。					
2-4. 上記以外で義肢・装具・座位保持装置を扱っている方について					

註1 経営・事務専従の方は含みません。
 註2 座位保持装置事業と車椅子・電動車椅子事業との間で、切り分けが困難な場合は、これら事業を含めた数値をご記入ください。
 註3 きまっで支給する給与・労働協約、就業規則等によって定められている支給条件、算定方法によって支給される給与と、いわゆる基本給、家族手当、超過労働手当を含む。
 註4 法定福利費の事業主負担分：健康保険料(介護保険料を含む)、厚生年金保険料(子ども・子育て拠出金を含む)、労災保険料、雇用保険料の事業主負担分の金額をお書きください。

●1-2【最近の労働時間と支給額】毎月の給与等支給について2
 記入対象期間 令和元年10月1日～10月31日(法定福利費納付11月)
 ※給与計算の締め日が月末でない場合は、令和元年10月1日を含む10月1日をご記入下さい。→
 この場合、該当する給与計算期間をご回答下さい。
 ※対象者、対象支給がない場合は該当欄を空欄にせず「0」をご記入ください。
 令和元年 月 日 ~ 月 日

1. 該当する 経営者・従 業員の数	2. 1ヶ月間の 延べ出勤日数		3. 1ヶ月間の延べ実労働時間数		4. 1ヶ月間に支給される給与等金額 ※賞与等は含まれません。				
	※該当する方 の人数	※該当する方全員の1ヶ 月間の出勤日数合計	※該当する方全員の1ヶ 月間の実労働時間合計	※該当する方全員の1ヶ 月間の所定外労働時間 合計	4a さまざ まに支給 する給与 (前)	4b 退職金目的 の積み立て	4c 法定福利費の 事業主負担分 (註4)	※該当する方全員の支給額の合計値	
単位:人	単位:日	単位:時間	単位:時間	単位:円	単位:円	単位:円	単位:円		単位:円
1. 所定内労働時間週20時間以上の方について									
【特定種目専従の方】義肢、装具、座位保持装置(車椅子・電動車椅子兼用)のいずれか1種目に専従される方については1-1～1-3の欄にご記入ください。									
1-1. 義肢専従の方について									
1-2. 装具専従の方について									
1-3. 座位保持装置(車椅子・電動車椅子兼用)を含む(註2)									
【種数種目に従事される方】義肢、装具、座位保持装置のうち種数種目について1-4の欄にご記入ください。									
1-4. 上記以外で義肢・装具・座位保持装置を扱っている方について									
2. 所定内労働時間週20時間未満の方について									
【特定種目専従の方】義肢、装具、座位保持装置(車椅子・電動車椅子兼用)のいずれか1種目に専従される方については2-1～2-3の欄にご記入ください。									
2-1. 義肢専従の方について									
2-2. 装具専従の方について									
2-3. 座位保持装置(車椅子・電動車椅子兼用)を含む(註2)									
【種数種目に従事される方】義肢、装具、座位保持装置のうち種数種目について2-4の欄にご記入ください。									
2-4. 上記以外で義肢・装具・座位保持装置を扱っている方について									

註1 経営・事務専従の方は含まれません。
 註2 座位保持装置事業と車椅子・電動車椅子・電動車椅子事業との間で、切り分けが困難な場合は、これら事業を含めた数値をご記入ください。
 註3 きまって支給する給与・労働協約、就業規則等によって定められている支給条件、算定方法によって支給される給与で、いわゆる基本給、家族手当、超過労働手当を含む。
 註4 法定福利費の事業主負担分：健康保険料(介護保険料を含む)、厚生年金保険料(子ども・子育て拠出金を含む)、労災保険料、雇用保険料、失業保険料の金額をお書きください。

●1-3【最近の特別給与】特別に支払われた給与(特別給与)について

記入対象期間 平成30年10月1日～平成30年12月31日 → 記入対象期間は平成30年1月1日～平成30年12月31日
 例) 会計期間が1月1日～12月31日の事業所の場合 → 記入対象期間は平成30年4月1日～平成31年3月31日
 会計期間が4月1日～3月31日の事業所の場合 → 記入対象期間は平成30年10月1日～令和元年9月30日
 会計期間が10月1日～9月30日の事業所の場合 → 記入対象期間は平成30年10月1日～令和元年9月30日
 ※対象者、対象支給がない場合は該当欄を空欄にせず「0」をご記入ください。

●各種社会保険適用の有無
 下記の社会保険のなかで事業所で保険料を支払って
 いらっしゃるものに○印を、支払っていらっしゃらないもの
 に×印をご記入ください。

健康保険(介護保険を含む)	
厚生年金保険	
労災保険	
雇用保険	

1. 支給対象に該当する 経営者・従業員の数 ※該当する方的人数	2. 支給された特別給与等金額	
	合計 (=2a+2b) ※該当する方全員の支給額の合計値	2b 特別に支払われた 給与(税引前)(註3) 主負担分(註4)
単位:人	単位:円	単位:円
1. 所定内労働時間週20時間以上の方について		
【特定種目専従の方】義肢・装具・座位保持装置(車椅子・電動車椅子兼任を含む)のいずれか1種目に専従される方については1-1-1-3の欄にご記入ください。		
1-1. 義肢専従の方について		
義肢の製作・営業に従事する経営者(註1)		
義肢の製作・営業に従事する経営者ではない方		
1-2. 装具専従の方について		
装具の製作・営業に従事する経営者(註1)		
装具の製作・営業に従事する経営者ではない方		
1-3. 座位保持装置(車椅子・電動車椅子兼任を含む)(註2)		
座位保持装置の製作・営業に従事する経営者(註1)		
座位保持装置の製作・営業に従事する経営者ではない方		
【種数種目に従事される方】義肢・装具・座位保持装置のうち複数種目について扱っている方については1-4の欄にご記入ください。		
1-4. 上記以外で義肢・装具・座位保持装置を扱っている方について		
当該補装具の製作・営業に従事する経営者(註1)		
当該補装具の製作・営業に従事する経営者ではない方		
2. 所定内労働時間週20時間未満の方について		
【特定種目専従の方】義肢・装具・座位保持装置(車椅子・電動車椅子兼任を含む)のいずれか1種目に専従される方については2-1-2-3の欄にご記入ください。		
2-1. 義肢専従の方について		
義肢の製作・営業に従事する経営者(註1)		
義肢の製作・営業に従事する経営者ではない方		
2-2. 装具専従の方について		
装具の製作・営業に従事する経営者(註1)		
装具の製作・営業に従事する経営者ではない方		
2-3. 座位保持装置(車椅子・電動車椅子兼任を含む)(註2)		
座位保持装置の製作・営業に従事する経営者(註1)		
座位保持装置の製作・営業に従事する経営者ではない方		
【種数種目に従事される方】義肢・装具・座位保持装置のうち複数種目について扱っている方については2-4の欄にご記入ください。		
2-4. 上記以外で義肢・装具・座位保持装置を扱っている方について		
当該補装具の製作・営業に従事する経営者(註1)		
当該補装具の製作・営業に従事する経営者ではない方		

註1 経営・事務専従の方は含みません。
 註2 座位保持装置事業と単いす事業との間で、切り分けが困難な場合は、単いす事業を含めた数値をご記入ください。
 註3 特別に支払われた給与: 労働協約、就業規則等によらず、一時的又は突発的事由に基づき労働者に支払われた給与又は労働協約、就業規則等によりあらかじめ支給条件、算定方法が定められている給与で以下に該当するもの。
 (1) 夏の賞与、期末手当等
 (2) 支給事由の発生が不定期なもの
 (3) 3か月を超える期間で算定される手当等(6か月分支払われる通勤手当等) (4) いわゆるペーサースアップの差額追給分
 註4 法定短利費の事業主負担分: 健康保険料(介護保険料を含む)、厚生年金保険料(子ども子育て拠出金を含む)、労災保険料、雇用保険料の事業主負担分の金額をお書きください。

●II-1【比較対象時点の労働時間と支給額】毎月の給与等支給について1

※給与計算の締め日が月末でない場合は、平成29年9月1日を含む給与計算期間(10月)

この場合、該当する給与計算期間を「○」で記入下さい。→

※対象者、対象支給がない場合は該当欄を空欄にせず「0」をご記入ください。

平成29年 月 日 ~ 平成29年 月 日

	1. 該当する経営者・従業員の数	2. 1ヶ月間の延べ出勤日数		3. 1ヶ月間の延べ実労働時間数		4. 1ヶ月間に支給される給与等金額	
		単位:人	日	単位:時間	時間	単位:円	円
1. 所定内労働時間20時間以上の方について 〔特定種目専従の方〕義肢、装具、座位保持装置(車椅子・電動車椅子兼任を含む)のいずれか1種目に専従される方については1-1~1-3の欄にご記入ください。							
1-1. 義肢専従の方について							
義肢の製作・営業に従事する経営者(註1)							
義肢の製作・営業に従事する経営者ではない方							
1-2. 装具専従の方について							
装具の製作・営業に従事する経営者(註1)							
装具の製作・営業に従事する経営者ではない方							
1-3. 座位保持装置(車椅子・電動車椅子兼任を含む)(註2)							
座位保持装置の製作・営業に従事する経営者(註1)							
座位保持装置の製作・営業に従事する経営者ではない方							
〔種数種目に従事される方〕義肢、装具、座位保持装置のうち種数種目について							
1-4. 上記以外で義肢・装具・座位保持装置を扱っている方について							
当該補装具の製作・営業に従事する経営者(註1)							
当該補装具の製作・営業に従事する経営者ではない方							
2. 所定内労働時間20時間未満の方について							
〔特定種目専従の方〕義肢、装具、座位保持装置(車椅子・電動車椅子兼任を含む)のいずれか1種目に専従される方については2-1~2-3の欄にご記入ください。							
2-1. 義肢専従の方について							
義肢の製作・営業に従事する経営者(註1)							
義肢の製作・営業に従事する経営者ではない方							
2-2. 装具専従の方について							
装具の製作・営業に従事する経営者(註1)							
装具の製作・営業に従事する経営者ではない方							
2-3. 座位保持装置(車椅子・電動車椅子兼任を含む)(註2)							
座位保持装置の製作・営業に従事する経営者(註1)							
座位保持装置の製作・営業に従事する経営者ではない方							
〔種数種目に従事される方〕義肢、装具、座位保持装置のうち種数種目について							
2-4. 上記以外で義肢・装具・座位保持装置を扱っている方について							
当該補装具の製作・営業に従事する経営者(註1)							
当該補装具の製作・営業に従事する経営者ではない方							

註1 経営・事務専従の方は含みません。

註2 座位保持装置事業と車椅子・電動車椅子事業との間で、切り分けが困難な場合は、これら事業を含めた数値をご記入ください。

註3 きまって支給する給与・労働協約、就業規則等によってあらかじめ定められている支給条件、算定方法によって支給される給与で、いわゆる基本給、家族手当、超過労働手当を含む。

註4 法定福利費の事業主負担分：健康保険料(介護保険料を含む)、厚生年金保険料(子ども・子育て拠出金を含む)、労災保険料、雇用保険料、事業主負担分の金額をお書きください。

●II-2【比較対象時点の労働時間と支給額】毎月の給与等支給について2

記入対象期間 平成29年10月1日～10月31日(法定福利費納付11月)

※給与計算の締め日が月末でない場合は、平成29年10月1日を含む給与計算期間についてご記入下さい。

この場合、該当する給与計算期間を○回答下さい。→

※対象者、対象支給がない場合は該当欄を空欄にせず「0」をご記入ください。

平成29年 月 日 ～ 月 日

1. 該当する経営者・従業員の数	2. 1ヶ月間の延べ出勤日数	3. 1ヶ月間の延べ実労働時間数	4. 1ヶ月間に支給される給与等金額	
			※賞与等は含みません。	※該当する方全員の支給額の合計値
単位:人	単位:日	単位:時間	単位:円	単位:円
1. 所定内労働時間週20時間以上の方について				
特定種目専従の方] 義肢、装具、座位保持装置(車椅子・電動車椅子兼任を含む)のいずれか1種目に専従される方については1-1~1-3の欄にご記入ください。				
1-1. 義肢専従の方について				
義肢の製作・営業に従事する経営者(註1)				
義肢の製作・営業に従事する経営者ではない方				
1-2. 装具専従の方について				
装具の製作・営業に従事する経営者(註1)				
装具の製作・営業に従事する経営者ではない方				
1-3. 座位保持装置(車椅子・電動車椅子兼任を含む)(註2)				
座位保持装置の製作・営業に従事する経営者(註1)				
座位保持装置の製作・営業に従事する経営者ではない方				
種数種目に従事される方] 義肢、装具、座位保持装置のうち複数種目について扱っている方について				
1-4. 上記以外で義肢・装具・座位保持装置を扱っている方について				
当該補装具の製作・営業に従事する経営者(註1)				
当該補装具の製作・営業に従事する経営者ではない方				
2. 所定内労働時間週20時間未満の方について				
特定種目専従の方] 義肢、装具、座位保持装置(車椅子・電動車椅子兼任を含む)のいずれか1種目に専従される方については2-1~2-3の欄にご記入ください。				
2-1. 義肢専従の方について				
義肢の製作・営業に従事する経営者(註1)				
義肢の製作・営業に従事する経営者ではない方				
2-2. 装具専従の方について				
装具の製作・営業に従事する経営者(註1)				
装具の製作・営業に従事する経営者ではない方				
2-3. 座位保持装置(車椅子・電動車椅子兼任を含む)(註2)				
座位保持装置の製作・営業に従事する経営者(註1)				
座位保持装置の製作・営業に従事する経営者ではない方				
種数種目に従事される方] 義肢、装具、座位保持装置のうち複数種目について扱っている方については2-4の欄にご記入ください。				
2-4. 上記以外で義肢・装具・座位保持装置を扱っている方について				
当該補装具の製作・営業に従事する経営者(註1)				
当該補装具の製作・営業に従事する経営者ではない方				

註1 経営・事務専従の方は含まれません。

註2 座位保持装置事業と車椅子・電動車椅子事業との間で、切り分けが困難な場合は、これら事業を含めた数値をご記入ください。

註3 きまって支給する給与・労働協約、就業規則等によってあらかじめ定められている支給条件、算定方法によって支給される給与で、いわゆる基本給、家族手当、超過労働手当を含む。

註4 法定福利費の事業主負担分：健康保険料(介護保険料を含む)、厚生年金保険料(子ども・子育て拠出金を含む)、労災保険料、雇用保険料の事業主負担分の金額をお書きください。

●H-3【比較対象時点の特別給与と特別に支払われた給与(特別給与)について】

記入対象期間 平成28年10月1日を含む事業所の会計期間
 例) 会計期間が1月1日～12月31日の事業所の場合 → 記入対象期間は平成28年1月1日～平成28年12月31日
 会計期間が4月1日～3月31日の事業所の場合 → 記入対象期間は平成28年4月1日～平成29年3月31日
 会計期間が10月1日～9月30日の事業所の場合 → 記入対象期間は平成28年10月1日～平成29年9月30日
 会計期間の開始月日 年 月 日

※対象者、対象支給がない場合は該当欄を空欄にせず「0」をご記入ください。

1. 支給対象に該当する 経営者・従業員の数 ※該当する方的人数 単位:人	2. 支給された特別給与等金額 合計(=2a+2b) 単位:円	2a 特別に支払われた 給与(税引前)(註3)	2b 法定福利費の事業 負担分(註4)
		※該当する方全員の支給額の合計値 単位:円	
1. 所定内労働時間週20時間以上の方について			
〔特定種目専従の方〕義肢・装具・座位保持装置(車椅子・電動車椅子兼任を含む)のいずれか1種目に専従される方については1-1～1-3の欄にご記入ください。			
1-1. 義肢専従の方について			
義肢の製作・営業に従事する経営者(註1)			
義肢の製作・営業に従事する経営者ではない方			
1-2. 装具専従の方について			
装具の製作・営業に従事する経営者(註1)			
装具の製作・営業に従事する経営者ではない方			
1-3. 座位保持装置(車椅子・電動車椅子を含む)(註2)			
座位保持装置の製作・営業に従事する経営者(註1)			
座位保持装置の製作・営業に従事する経営者ではない方			
〔複数種目に従事される方〕義肢・装具・座位保持装置のうち複数種目について扱っている方については1-4の欄にご記入ください。			
1-4. 上記以外で義肢・装具・座位保持装置を扱っている方について			
当該種目の製作・営業に従事する経営者(註1)			
当該種目の製作・営業に従事する経営者ではない方			
2. 所定内労働時間週20時間未満の方について			
〔特定種目専従の方〕義肢・装具・座位保持装置(車椅子・電動車椅子兼任を含む)のいずれか1種目に専従される方については2-1～2-3の欄にご記入ください。			
2-1. 義肢専従の方について			
義肢の製作・営業に従事する経営者(註1)			
義肢の製作・営業に従事する経営者ではない方			
2-2. 装具専従の方について			
装具の製作・営業に従事する経営者(註1)			
装具の製作・営業に従事する経営者ではない方			
2-3. 座位保持装置(車椅子・電動車椅子を含む)(註2)			
座位保持装置の製作・営業に従事する経営者(註1)			
座位保持装置の製作・営業に従事する経営者ではない方			
〔複数種目に従事される方〕義肢・装具・座位保持装置のうち複数種目について扱っている方については2-4の欄にご記入ください。			
2-4. 上記以外で義肢・装具・座位保持装置を扱っている方について			
当該種目の製作・営業に従事する経営者(註1)			
当該種目の製作・営業に従事する経営者ではない方			

註1 経営・事務専従の方は含みません。

註2 座位保持装置事業と重なり、事業との間で、切り分けが困難な場合は、重なり事業を含めた数値をご記入ください。

註3 特別に支払われた給与：労働協約、就業規則等によらず、一時的又は突発的事由に基づき労働者に支払われた給与又は労働協約、就業規則等によりあらかじめ支給条件、算定方法が定められている給与で以下に該当するもの。

(1) 夏の賞与、期末手当等の一時金 (2) 支給事由の発生が不定期なもの

(3) 3か月を超える期間で算定される手当等(6か月分支払われる通勤手当等) (4) いわゆるペーサアップの差額追給分

註4 法定福利費の事業主負担分：健康保険料(介護保険料を含む)、厚生年金保険料(子ども・子育て拠出金を含む)、労災保険料、雇用保険料の事業主負担分の金額をお書きください。

● Ⅲ 収支について
 < 収益 >
 過去3年(3会計年度)にかかる収益(売上等)についてご記入ください。もし可能でしたら内訳についてもご記入ください。該当する収益等が生じなかった項目については、空欄にせず「0」千円、「0」件とご記入ください。

< 収益 > ※売上についての設問です(「利益」ではなく「収益」(売上)の設問である点、ご注意ください。)		平成29年10月1日を含む会計期間	平成28年10月1日を含む会計期間
1. 営業収益			
[営業収益]: 事業での売上高の合計額(純売上高)をお書き下さい。			
1. 営業収益(合計)	千円	千円	千円
(内訳のうち、義肢・装具・座位保持装置の売り上げが分類可能な場合は、1-1をご記入ください。その他の売上がある場合、1-1の合計は上の「1. 営業収益(合計)」と一致しません)			
1-1 補装具関連福祉用具(註1・註2)			
義肢・装具・座位保持装置 製作・修理・販売	千円	千円	千円
義肢	千円	千円	千円
装具	千円	千円	千円
座位保持装置	千円	千円	千円
2. 営業外収益			
[営業外収益]: 受取利息、受取配当金、補助金など、本業以外の経営活動による収入をご記入下さい。ただし、特別利益(通常の経営活動とは直接関わりのない、特別な要因で発生した臨時的・偶発的な利益。固定資産売却益、投資有価証券売却益、関係会社株式売却益など)は除きます。			
2. 営業外収益	千円	千円	千円

註1 義肢・装具は補装具費支給制度によるものに限らず医療費等他制度によるものなど同等品を含めてください。座位保持装置については、車椅子等との区別上、補装具費取り扱い上どの種目として扱われたかに基づきご記入ください。
 註2 「1-1」で、完成用部品の製造・輸入販売にかかる営業収益については、「義肢」、「装具」、「座位保持装置」の項ではなく「その他」に算入してください(完成用部品自体は福祉用具ではなく、その構成部品であるため)。

<費用>
過去3年(3会計年度)にかかる費用についてご記入ください。もし可能でしたら内訳についてもご記入ください。
該当する費用が生じなかった項目については、空欄にせず「0」千円とご記入ください。

	平成30年10月1日を含む会計期間	平成29年10月1日を含む会計期間	平成28年10月1日を含む会計期間
<費用>			
1. 営業費用			
[営業費用]: 事業における人件費、材料費、光熱費、車両費、旅費、交通費、通信費、事務費、法定福利費、減価償却費など全費用の合計額をお書き下さい。			
1. 営業費用(合計)	千円	千円	千円
(内訳がわかる場合は内訳のうち下記についてお書きください。 ※その他の費用もありますので、1-1~1-3の合計は上の「1. 営業費用(合計)」と一致しません。)			
1-1. 人件費(法定福利費事業主負担分込み)	千円	千円	千円
1-2. 完成用部品購入費 ※補装具の自社内での製作・修理に用いる目的で購入したものを対象とします(例えば、他社への卸のための購入分は含めないでください)	千円	千円	千円
1-3. 補装具対象福祉用具製作にかかる外注費	千円	千円	千円
2. 営業外費用			
[営業外費用]: 借入金(ローン)や社債等の金融上の費用(支払利息等)、有価証券等の余資運用での損失など本業以外の経営活動で生じた費用をご記入下さい。ただし、特別損失(通常の経営活動とは直接関わりのない、特別な要因で発生した臨時的な損失。固定資産売却損、災害損失、火災損失など)を除きます。法人税の支払いも含まれません。			
2. 営業外費用合計	千円	千円	千円

● III-2 事業所の総床面積について
貴事業所の総床面積をお書きください。 平方メートル

●IV その他

補装具の価格制度について、ご意見等ございましたらご記入下さい。

(本問は自由記入形式です。)



ご回答いただく設問はここまでです。ご協力どうもありがとうございました。