様式第８号（第19第２項）

企　画　提　案　書

　　年　　月　　日

　　　長野県北信保健福祉事務所長　　様

住　　　　所

商号又は名称

代表者氏名

（個人にあっては住所、氏名）

下記の業務について、企画提案書を提出します。

記

１　対象業務名　　　　令和７年度長野県障がい児等療育支援事業

２　公告日

　　年　　月　　日

【連絡先】　担当者所属　　　　　　　　　　　　　　氏　名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電　話

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　ＦＡＸ

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　メール

（様式第８号の附表１）

令和７年度障がい児等療育支援事業企画提案書（北信圏域）

（※記入欄は適宜拡縮可とします。）

（1）事業実施圏域に所在する指定障害児相談支援事業所等及び法人の概要

|  |  |
| --- | --- |
| 事業所名 |  |
| 事業所所在地 |  |
| 法人名 |  |
| 法人所在地 |  |
| 主な運営施設等 |  |

（2）療育コーディネーターとして配置を予定する者について

　　（※配置予定者経歴書（様式第８号の附表２）を添付してください。）

|  |  |
| --- | --- |
| 氏名 |  |
| 現在の所属・職名及び従事している業務の内容 |  |
| 相談支援専門員の要件となる実務経験 | （業務内容及び従事した施設等）  （従事年数）  ※複数ある場合は、順次記載してください。 |
| 相談支援従事者研修の受講状況 |  |
| 療育コーディネーターとしての適性（自己ＰＲ等） |  |

（3）事業全体の実施計画について

　　（※事業全体の実施にあたって重視する点、その理由等を記入し、障がい児等療育支援事業経費計画書（収支予算書）＜様式第８号附表の３＞を添付してください。）

|  |
| --- |
|  |

（4）圏域の療育支援体制構築に関するこれまでの取組

　　（※法人及び療育コーディネーター配置予定者が圏域における療育支援においてこれまで取り組んできたこと、経歴等について記入してください。）

|  |
| --- |
|  |

（5）地元自治体、圏域自立支援協議会等との連携について

　　（※特に圏域内の地元自治体、保育所及び学校、自立支援協議会、障がい者総合支援センターとの連携方法及びこれまでの連携の実績について記入してください。）

|  |
| --- |
|  |

（6）圏域内（外）の施設、関係機関との連携

　　（※圏域内（外）の医療機関、障害福祉サービス及び児童福祉法上の事業所、その他(5)に記載したものを除く関係機関との連携の構築、連携方法について記入してください。）

|  |
| --- |
|  |

（7）圏域における療育支援体制の現状認識と、今後の展望

　　（※圏域における療育支援体制についての現状認識（課題等）と、今後の展望（改善方法等）について記入してください。）

|  |
| --- |
|  |

（8）支援を行うための専門職員（ＯＴ，ＰＴ，ＳＴ等）及び地域の療育資源の確保の見通し

　　（※支援にあたって必要な専門職員及び療育資源（医療機関、通所支援等事業所、学校等）の確保の見通し、確保方法（再委託による場合は予定委託先も記載）、回数等について記入してください。）

|  |
| --- |
|  |

（9） 特記事項（その他ＰＲ事項）

　　（※記載にあたって必要な資料は適宜添付してください）

|  |
| --- |
|  |