

(様式1-1)

令和6年度 千葉県障害児等療育支援事業実施協議書

令和 年 月 日

千葉県知事 熊谷俊人 様

所在地

法人名

代表者  
名

下記事業所において、令和6年度千葉県障害児等療育支援事業を実施したいので協議します。

① 法人	名称			
	代表者	(役職名)		
		(氏名)		
	所在地等	〒	電話	( )
FAX			( )	
市町村の指定管理等の場合は、その法人名称				
② 事業所	名称			
	管理者	(役職名)		
		(氏名)		
	所在地等	〒	電話	( )
FAX			( )	
③ 本事業の担当者	(氏名)	電話	( )	
	(所属)	FAX	( )	
④ 本事業(障害児等療育支援事業)において、実施協議する事業(※1)	ア 訪問療育相談支援事業	⑤ 市町村による相談支援事業(※2)	ア 受託している	
	イ 訪問療育支援事業		受託している市町村名	
	ウ 外来療育相談支援事業		( )	
	エ 外来療育支援事業		( )	
	オ 施設支援指導事業		イ 受託していない	
⑥ 本事業以外で法人が実施(予定)している事業(※3)		⑦ 事業所の設立年月日(事業開始日)	平成 年 月 日	

注:(※1)(※2) 該当する項目「ア~オ」のすべてを「○」で囲んでください。(記号部分)

注:(※3) 法人として実施している福祉サービス、地域生活支援事業、受託事業等を記入してください。

⑧ 本事業の 配置職員	④で選択した事業	氏名	年齢 (※4)	経験年数 (※5)	資格 (※6)

⑨ 事業計画等	事業名	令和6年度 実施見込み 『4月～翌年3月』		令和5年度 実績件数(※7) 『4月～12月』		実績(見込)件数 『1月～3月』		
		訪問療育相談支援事業	(※8) 別紙様式1-2 のとおり	人	件	人	件	人
	訪問療育支援事業	人		件	人	件	人	件
	外来療育相談支援事業	人		件	人	件	人	件
	外来療育支援事業 個別	人		件	人	件	人	件
	外来療育支援事業 集団	人		件	人	件	人	件
	施設支援指導事業	人		件	人	件	人	件

⑩ 実施協議内容	(1) 利用者の需要状況
	(2) 当事業所の支援方針又はアピール点

⑪ 相談室又は指導室 の見取図 (※9)
-------------------------------

←記

注:(※4)(※5) 令和6年4月15日現在で記入してください。

注:(※5) 障害児(者)の支援業務に従事した経験年数を記入してください。

注:(※6) ④の事業に必要な資格のうち、当該職員が有する資格(医師・理学療法士・保育士・相談支援専門員等)を記載してください。

注:(※7) 令和5年度に本事業を受託している事業所は、その実績を記入してください。(未受託は空欄)

注:(※8) 令和6年度の実施見込を別紙様式1-2に記入してください。

注:(※9) 相談室については利用者の「プライバシー等に配慮されている」ことが読み取れる見取図を添付してください。