

実施事業所の現状について

※様式1-1において、「施設支援指導事業」の実施協議を行う法人等のみ作成のこと

1. 実施協議をされる法人名等

法人名	
事業所名	

2. 施設支援指導事業の対象と考えている地域(市町村名・障害保健福祉圏域名等) (※1)

3. 施設支援指導を実施する予定の担当職員等の氏名

4. 貴法人以外の機関と連携して施設支援指導(保育所等へ)を行っている機関 (※2)

(※ 令和6年度に「施設支援指導事業」を受託した事業所のみ回答してください)

公的(行政)機関 (保健・教育・福祉等) (※3)

民間(事業者)等 (療育支援に関係する事業所等)

※ 公的及び民間の判断に迷う場合は、民間等へ記入してください。

※ 書ききれない場合には、別様(任意様式)へ記入してください。

注:(※1) 各事業所の決定時に、県内対象地域に空白が無いようにするための確認です。

注:(※2) 連携とは、保育所等への同行訪問等による、複数人数での支援を想定しています。

(毎回でなく、1回でも連携した機関があれば記入してください。)

注:(※3) 公的機関とは、市町村、保健所、県の機関、特別支援学校、中核地域生活支援センターなど。

(県又は市町村事業の受託機関を含みます。)