

(様式2)

令和 年 月 日

大月市障害者等相談支援事業計画書

(あて先)
大月市長

所在地
法人名称
代表者職氏名 ⑩

大月市障害者等相談支援事業に関して、次のとおり計画いたします。

1. 障害者等相談支援事業に際する運営理念・運営方針等

① 運営理念・方針	
② 応募理由	

2. 障害者等相談支援事業業務遂行能力

① 実施体制	(従事予定者数) _____人
② 専門性	(有資格者の数) _____人 (その資格 _____)
③ 運営実績	

3. 事業者について

① 事業の規模	ア. 資本金	
	イ. 従業員数	
	ウ. 事業所の数	
② 主な事業の内容		

② 貴社のPR	
③ 障害者等相談支援事業の実施場所	大月市
④ その他 (施設の特徴・関係機関との連携など)	

4. 開設までのスケジュール

--

※ 事業計画書記載にあたっての注意事項

1. 障害者等相談支援事業に際する運営理念・運営方針等について

①運営理念・方針には、利用者環境への配慮・サービス提供の向上・事業評価・個人情報・プライバシーの扱いなどについて記載すること。

②応募理由には、目的、意識及び意欲などについて記載すること。

2. 障害者等相談支援事業業務遂行能力について

③運営実績には、運営実績がある場合は記載すること。また、運営に活かせる類似業務がある場合はその実績を記載すること。なお、無い場合には「無し」と記載すること。

3. 事業者について

現在、障害福祉サービスを提供している場合については、その概要について記載すること。詳細に記載する必要はなく、パンフレット等がある場合はパンフレット等でも可

④その他については、施設の特徴・効果的な運営のための市、福祉関係事業所、医療機関との連携に対する考え方など特筆すべき点について記載すること。