

障害者就業・生活支援センター（中丹圏域）
企画提案書 兼 指定申請書

令和 年 月 日

京都府知事 西脇 隆俊 様

所在地
法人の名称
代表者の氏名

標記事業を実施したいので、下記のとおり関係書類を添えて提出します。

記

《添付書類》

- 1 定款又は寄附行為（写し可）
- 2 令和5年度収支決算書及び事業報告書
- 3 令和6年6月1日現在の障害者雇用状況報告書写し
（常用労働者40人以上の法人のみ）
- 4 パンフレット等法人の概要が分かる資料

作成担当者	所属名	
	職・氏名	
	T E L	
	F A X	
	E - m a i l	

別紙

1 法人の概要

(ふりがな) 法人名称					
所在地		(〒 -)	電話	FAX	
代表者職・氏名					
担当者	職・氏名				
	住所	(〒 -)	電話	FAX	
E-mail					
設立年月日		年 月 日			
ホームページ		有 (URL)・ 無			
法人	形態 (一般社団法人・一般財団法人・社会福祉法人・医療法人) 職員数 _____ 名 (※法人全職員) (うち障害者数 _____ 名)				
特定非営利活動法人	認定先 (内閣総理大臣認定団体・ _____ 知事認定団体) 会員数 _____ 名 職員 _____ 名 (うち障害者数 _____ 名)				
障害者雇用の状況	法定雇用障害者数の算定の基礎となる職員数	障害者の数	実雇用率	不足数	
	※ 法人における障害者雇用の状況を記載すること。(提出日現在)				
主な事業	※ 法人が実施する <u>主な事業</u> で、 <u>障害者を対象とした事業</u> を記載すること。(例：就労移行支援事業、就労継続支援事業 (A型、B型)、生活介護事業等)				
法人の事業規模 (支出ベース)	R4年度決算	_____	円		
	R5年度決算	_____	円		
	R6年度決算 (見込み)	_____	円		

2 既設のセンター及び活動を行う地域の関係機関との連携状況

※ センターが活動を行う地域にある雇用（ハローワーク、障害者職業センター等）、保健福祉（福祉事業所、医療施設、保健所、精神保健福祉センター等）、教育（特別支援学校等）、その他（当事者団体、事業主団体）の関係機関との連携状況、障害者の支援に係るネットワークの構築状況等について記載すること。（見直しを含む。）

3 支援対象となる障害者を継続して確保できる見通し

※ センターが活動する地域において、本事業による支援対象障害者を継続的に確保するために、どのように支援が必要な障害者を把握し、センターに繋いでいくかについて、法人としての考え方を記載すること。

4 支援対象障害者との信頼関係の形成、能力・特性等の把握を目的とした基礎訓練を行うための併設施設又は連携施設の有無

施設名称	施設種別	形態	現状
		併設・連携	確保・見込み

※欄が不足する場合は、継ぎ足してください。

5 職業準備訓練又は職場実習修了者の雇用の場の確保の見通し

事業所名	所在市町村名	業種	現状
			確保・見込み

※欄が不足する場合は、継ぎ足し又は別葉としてください。

6 障害者の就業支援に関する事項

ア 就業支援の実施状況及び実施計画

※ 精神障害者に対する支援の取組を必ず盛り込むこと。

(1) 人員体制

※ 障害者就業・生活支援センター事業（雇用安定等事業）を実施するに当たっての人的体制（就業支援担当者）について記載すること。

(2) 支援の実施状況

※ 障害者就業・生活支援センター事業に限らず、当法人において実施してきた障害者の就業支援の取組内容を記載すること。（実績数値や具体的な事例は下記イ、ウ、エ、オに記載）

(3) 今後の支援についての考え方

※ 精神障害者の求職者の増加等障害者雇用を取り巻く環境の変化に対応するため、今後、どのような方針等で就業支援の充実を図っていくのか、法人としての考え方を具体的に記載すること。

(3) その他参考事項

※欄に収まらない場合は任意様式により、別葉としてください。

イ 過去3年間における支援実績

年度	相談数	実習件数	就職者数	活動地域
令和6年度 (4月～8月)	名	名	名	
令和5年度	名	名	名	
令和4年度	名	名	名	
令和3年度 (9月～3月)	名	名	名	

※令和3年9月1日から令和6年8月31日までの実績を記入してください。

ウ 今後3年間における支援見込み

年度	相談数	実習件数	就職者数	活動地域
令和7年度	名	名	名	
令和8年度	名	名	名	
令和9年度	名	名	名	

エ 令和5年度における就職支援実績

No.	居住地	障害種別	事業所所在地	業種	職種	就職年月日	備考
1							
2							
3							
4							
5							
6							
7							

※欄が不足する場合は、継ぎ足し又は別葉としてください。

オ 令和5年度における職場実習実績

No.	居住地	障害種別	事業所所在地	業種	職種	実習期間	備考
1							
2							
3							
4							
5							
6							
7							

※欄が不足する場合は、継ぎ足し又は別葉としてください。

カ その他障害者に対する就業支援の活動実績

a 職場適応援助者助成金の認定を受けた第1号職場適応援助者の有無 (いずれかに○)

() あり →認定を受けた第1号職場適応援助者の人数 人 (法人全体で)

() なし

b 障害者の態様に応じた多様な委託訓練の受託実施の有無 (いずれかに○)

() あり →令和5年度の訓練実施者数 人

() なし

c 就労移行支援事業の実施の有無 (いずれかに○)

() 既に実施

() 実施を予定 →実施予定時期 年 月から

() 実施予定なし →実施しない理由 ()

7 障害者の生活支援に関する事項

ア 生活支援の実施状況及び実施計画

※ 精神障害者に対する支援の取組内容を必ず盛り込むこと。

(1) 人員体制

※ 障害者就業・生活支援センター事業（生活支援等事業）を実施するに当たっての人的体制（生活支援担当者）について記載すること。

(2) 支援の実績

※ 障害者就業・生活支援センター事業に限らず、当法人において実施してきた障害者の生活支援の取組内容を記載すること。（実績数値は下記イに記載）

(3) 今後の支援についての考え方

※ 精神障害者の求職者の増加等障害者雇用を取り巻く環境の変化に対応するため、今後、どのような方針等で生活支援の充実を図っていくのか、法人としての考え方を具体的に記載すること。

(4) その他参考事項

※欄に収まらない場合は任意様式により、別葉としてください。

イ 過去3年間における支援件数

年度	電話相談数	面接相談数	訪問数	活動地域
令和6年度 (4月～12月)	名	名	名	
令和5年度	名	名	名	
令和4年度	名	名	名	
令和3年度 (1月～3月)	名	名	名	

ウ 今後3年間における支援見込み

年度	相談数	実習件数	就職者数	活動地域
令和7年度	名	名	名	
令和8年度	名	名	名	
令和9年度	名	名	名	

8 地元自治体の関与の状況

※ 地元自治体（都道府県又は市町村の障害者福祉主管課、障害者雇用対策主管課）との連携の下に事業が展開できる見通しについて記載すること。（地元自治体の障害福祉計画又は障害者プラン等にセンターが位置づけられていること、地元自治体から障害者関係事業の委託・補助を受けていること、センターの連絡会議等に地元自治体が参加していること等、法人と地元自治体との間に良好な関係があること等。）

9 その他

ア 法人運営の事業に関し、主務官庁、所轄庁等から改善命令等特段の処分、その他労働関係法令等の違反による処分等の有無（いずれかに○）

（ ）あり →具体的な処分等の内容及び時期を下記に記入

（ ）なし

--

イ 特記事項

A large, empty rectangular box with a thin black border, intended for special notes or remarks. The box is currently blank.