

(様式5)

障害福祉サービス等の実施状況

(法人名：)

令和7年8月1日時点において、貴法人が実施している障害福祉サービス事業等をチェックしてください。

1 障害福祉サービス等

(1) 訪問系サービス

居宅介護 重度訪問介護 行動援護 同行援護 重度障害者等包括支援

(2) 日中活動系サービス

生活介護 自立訓練（機能訓練、生活訓練、宿泊型） 就労移行支援
就労継続支援（A型・B型） 就労定着支援 療養介護

(3) 居住系サービス

共同生活援助 施設入所支援 自立生活援助

(4) その他のサービス

短期入所 計画相談支援 地域移行支援 地域定着支援

2 地域生活支援事業

障害者相談支援事業（市町村からの委託により実施）
基幹相談支援センター（市町村からの委託により実施）
地域活動支援センター 移動支援事業 生活サポート事業 日中一時支援事業
福祉ホーム
その他（)

3 児童福祉法に基づくサービス

障害児相談支援 児童発達支援センター 児童発達支援 放課後等デイサービス
保育所等訪問支援 医療型児童発達支援 居宅訪問型児童発達支援
障害児入所施設（福祉型・医療型）

(様式6)

企画提案書

特に指定がない場合は、令和7年8月1日時点について記載してください。

年月日は和暦表記（令和）としてください。□には、当てはまるものにチェックしてください。

法人の概要

ふりがな 法人名	
代表者氏名	
主たる事務所の所在地	
設立年月日	
従業員数	名 (内訳) 常勤 名 非常勤 名 (再掲) 相談支援専門員資格所持者 名
基本理念	
関連法人・機関等	

1 相談支援事業の実績

	実施している市町村名	運営年数
<input type="checkbox"/> 指定特定相談支援事業所		年 か月
<input type="checkbox"/> 障害者相談支援事業（地域相談支援センター） ※市町村からの委託により実施		年 か月
<input type="checkbox"/> 基幹相談支援センター ※市町村からの委託により実施		年 か月

3 地域相談支援センターの業務実施方針（運営方針）

業務内容	実施方針
<p>(1) 障害種別及び年齢等を問わない総合相談</p> <p>(2) 支援に繋がっていない障害者等への支援</p> <p>(3) 福祉サービスの利用支援</p> <p>(4) 社会資源を活用するための支援</p> <p>(5) 社会生活力を高めるための支援</p>	
<p>(6) 地域の関係者・関係機関等とのネットワークづくり</p>	
<p>(7) 障害者支援施設及び精神科病院等からの地域移行及び地域定着のための支援</p>	

<p>(8) 権利擁護のために必要な支援</p>	
<p>(9) その他の取組 (災害時における障害者の避難等に関する支援、地域自立支援協議会への参画等)</p>	

4 関係機関との連携・地域のネットワークづくりの実績、実施計画

(1) 障害者の相談支援体制（障害福祉サービス事業所等・指定特定相談支援事業所・地域相談支援センター・基幹相談支援センター・地域リハビリテーションセンター等）における連携の実績

※実施地域は問いません。

(2) 高齢者や児童等の分野横断的な相談支援、包括的相談支援に関する地域の関係機関との連携、地域のネットワークづくりの実績

※実施地域は問いません。

(3) 事業実施を希望する区における取組計画

5 個人情報保護の取組と苦情解決体制

(1) 個人情報保護について（適正な管理への取組・体制など）

ア これまでの取組

イ 受託後の予定

(2) 苦情解決の体制について

ア これまでの取組

イ 受託後の予定

6 公平性・中立性確保のための方策

7 職員配置等

(1) 地域相談支援センターに配置する職員（予定）

	氏名	保有資格 (該当するもの全てにチェック)	相談支援専門員としての実務経験
1 人 目		<input type="checkbox"/> 相談支援専門員 <input type="checkbox"/> 川崎市認定相談支援リーダー <input type="checkbox"/> 主任相談支援専門員(国) <input type="checkbox"/> 社会福祉士 <input type="checkbox"/> 精神保健福祉士 <input type="checkbox"/> 介護支援専門員 <input type="checkbox"/> 保健師 <input type="checkbox"/> 看護師 <input type="checkbox"/> 理学療法士 <input type="checkbox"/> 作業療法士 <input type="checkbox"/> 言語聴覚士 <input type="checkbox"/> 公認心理師 <input type="checkbox"/> 臨床心理士 <input type="checkbox"/> その他医療系資格()	年 月 日 ()
2 人 目		<input type="checkbox"/> 相談支援専門員 <input type="checkbox"/> 川崎市認定相談支援リーダー <input type="checkbox"/> 主任相談支援専門員(国) <input type="checkbox"/> 社会福祉士 <input type="checkbox"/> 精神保健福祉士 <input type="checkbox"/> 介護支援専門員 <input type="checkbox"/> 保健師 <input type="checkbox"/> 看護師 <input type="checkbox"/> 理学療法士 <input type="checkbox"/> 作業療法士 <input type="checkbox"/> 言語聴覚士 <input type="checkbox"/> 公認心理師 <input type="checkbox"/> 臨床心理士 <input type="checkbox"/> その他医療系資格()	年 月 日 ()
3 人 目		<input type="checkbox"/> 相談支援専門員 <input type="checkbox"/> 川崎市認定相談支援リーダー <input type="checkbox"/> 主任相談支援専門員(国) <input type="checkbox"/> 社会福祉士 <input type="checkbox"/> 精神保健福祉士 <input type="checkbox"/> 介護支援専門員 <input type="checkbox"/> 保健師 <input type="checkbox"/> 看護師 <input type="checkbox"/> 理学療法士 <input type="checkbox"/> 作業療法士 <input type="checkbox"/> 言語聴覚士 <input type="checkbox"/> 公認心理師 <input type="checkbox"/> 臨床心理士 <input type="checkbox"/> その他医療系資格()	年 月 日 ()

※「相談支援専門員としての実務経験」欄には、令和7年10月1日時点における相談支援専門員としての実務経験期間及び従事日数を記載してください。

※「氏名」欄には、応募時点での予定で構いませんので、できる限り配置予定者の氏名を記載してください。新規採用する予定の場合は、「新規採用予定」と記載してください。

(2) 新規採用職員の採用方法について（新規採用を予定している場合のみ）

(3) 欠員が生じた際の対応策

8 人材育成、職員の質の確保について

(1) 法人内での人材育成、質の確保に関する取組

ア これまでの取組

イ 受託後の予定

(2) 法人としての地域相談支援センター業務に関するフォロー体制等

受託後の予定

(様式7)

見積書

(法人名：)

見積額 円

(積算根拠)

項目	金額	内訳
開設準備費		
人件費	円	
事業費	円	
事務所運営費	円	
合計	円	

※見積額については、「川崎市地域相談支援センター運營業務委託公募型プロポーザル実施要項」
4 契約方法等 (3) 委託料概算額以下となるようにしてください。