

様式2-1

提出日:平成29年6月19日(月)

整理番号	
市町名	
氏 名	

※神戸市は区まで記入

1、街の特徴(人口、歴史、特産物など)

--

2、手帳交付者数(平成29年3月末現在)

手帳種別	18歳未満	18歳以上
身体障害者手帳		
療育手帳		
精神保健福祉手帳		

3、計画相談支援給付費及び障害児相談支援給付費の支給決定者数(平成29年3月末現在)

給付別	支給決定者数
計画相談支援給付費	
障害児相談支援給付費	

4、地域移行支援及び地域定着支援の支給決定者数(平成29年3月末現在)

給付別	支給決定者数
地域移行支援	
地域定着支援	

5、障害福祉サービス事業者等(市区町内)

※特徴の欄には、所属している事業所がある市区町の相談支援体制、障害福祉サービスの現状について、その強みや弱みを社会資源の観点から客観的に評価し記入

※(2)～(4)の関係性の欄には、日常の業務の中で、各事業所とよく関わっている方は○、あまり関わりがない方は△、関わりがない方は×を記入

(1)我が街の相談支援体制(基幹相談、委託相談、指定一般、指定特定、指定障害児)

特 徴

(2)我が街の介護給付費関係

給付別事業者	特 徴	関係性
居宅介護事業者		
重度訪問介護事業者		
同行援護事業者		
行動援護事業者		
重度障害者包括支援事業者		
短期入所事業者		
生活介護事業者		
療養介護事業者		
施設入所支援事業者		

(3) 我が街の訓練等給付費関係

給付別事業者	特 徴	関係性
自立訓練事業者		
就労移行支援事業者		
就労継続支援B型事業者		
就労継続支援A型事業者		
共同生活援助事業者		

(4) 我が街の障害児通所支援給付費

給付部事業者	特 徴	関係性
児童発達支援事業者		
放課後等デイサービス事業者		
保育所等訪問支援事業者		

(5) 我が街の地域生活支援事業関係

実施事業	特 徴	関係性
地域活動支援センター		
移動支援事業者		
日中一時支援事業者		
その他事業者		

(6) 我が街の医療機関(精神科病院、診療所、訪問看護ステーション等)

特 徴

7、障害福祉サービス事業者以外の社会資源

(1) フォーマル資源(具体的に市が実施している独自のサービス等)

例) 通所施設の交通費助成

(2) インフォーマル資源(民間事業所やボランティア団体等が実施しているサービス)

例) サロン
