福井県内社会福祉法人経営者　各位

「福井県内社会福祉法人連携事業推進協議会」入会のお願いについて

平成28年の社会福祉法の改正により、社会福祉法人はその公益性・非営利性を踏まえ、本来の役割を明確化するため「地域における公益的な取組」の実施に係る責務が明記されました。

この責務を果たすため、本県では、県内の法人が連携しながら地域社会に貢献していく仕組みを推進する「福井県内社会福祉法人連携事業推進協議会」（以下、「法人連携協」と言う）が平成29年11月29日に設立され、令和６年４月１日現在、16市町の38法人が加入しております。

法人連携協では、加入法人において生活困難者に対する総合相談・生活支援を行う「ふく福くらしサポート事業」を実施しており、令和５年度までに延べ729件の相談対応と660万円を超える経済的援助を行ってきました。

このように既存の制度や他の経営主体では対応できない多様化、複雑化する福祉ニーズに法人が連携して取り組むことで、ニーズに応じた専門的、総合的な対応や、法人の役割等に対する県民の理解の促進など多くの成果が期待されます。また県域での連携により、スケールメリットを活かした継続性、安定性のある事業を実施するとともに、市町域での連携により各地域の福祉ニーズに応じた事業も実施可能としています。

つきましては、県内の全ての社会福祉法人が県民から信頼され、それぞれの地域における身近な相談拠点として必要不可欠な存在となるよう、本協議会の趣旨にご賛同賜り、積極的にご入会くださるよう、心よりお願い申し上げます。

記

１ 法人連携協の活動について

（１）生活困難者に対する総合相談・生活支援事業（ふく福くらしサポート事業）

法人連携協にご加入いただいたすべての法人で①～③に取り組んでいただきます。

①制度の狭間にある生活課題を抱える人に対し、関係機関と連携しながら相談に応じる。

②緊急・一時的な経済的支援（現物給付）を行う。（支援した費用は法人連携協から後日補填）

③地域相談員が上記①、②に取組むために必要な知識・技術を身につける研修に参加する。

（２）地域の縁側づくり推進モデル事業

　　　市町域の法人が参画するネットワークを組織化し、地域の特性や福祉課題を踏まえた連携事業（居場所づくり等）に取り組む場合に、法人連携協から助成します。

（３）能登半島地震被災地支援活動（令和６年度からの新規事業）

能登半島地震被災地の社会福祉施設を支援している「能登福祉救援ボランティアネットワーク」に協力し、社会福祉施設での炊き出しや被災地の復興のための取組みを行う。

２ 入会申込みについて

添付の入会申込書（別紙１－１、１－２）に記入・押印の上、事務局まで郵送して下さい。

３ 会費について

本協議会の活動は、社会福祉法人による自主的な取組みであるため、会員から拠出していただく会費を活動の財源とします。入会申込書をご提出いただいた法人に会費を請求させていただきます。（年度途中の加入であっても、年会費に割引はありません。）

【年会費】（会則(案)）

|  |  |
| --- | --- |
| 区分 | 年会費 |
| 前年度の事業活動収入額が10億円以上 | ２００，０００円 |  |
| 前年度の事業活動収入額が４億円以上10億円未満 | １００，０００円 |  |
| 前年度の事業活動収入額が４億円未満 | ５０，０００円 |  |

（注）但し、本県外に所在する社会福祉法人が経営する県内の社会福祉施設については、本県内に所在する社会福祉施設の拠点区分における事業収入の合計額が該当する区分とする。

４ 事務局　 社会福祉法人福井県社会福祉協議会　地域福祉課内

〒910-8516 福井市光陽2丁目3-22　TEL　0776-24-2433　FAX　0776-24-0041

E-mail chiiki@f-shakyo.or.jp

（別紙１－１）

福井県内社会福祉法人連携事業推進協議会入会申込書

年　　月　　日

福井県内社会福祉法人連携事業推進協議会　会長 様

貴会の趣旨に賛同し、入会を申し込みます。

|  |  |
| --- | --- |
| 社会福祉法人名 |  |
| 代表者氏名 | 印　　 |
| 資料等送付先 | （〒　　　　　　） |
| TEL |  |
| FAX |  |
| Eメール（必須） |  |
| 連絡担当者職・氏名 |  |

* 「資料等送付先」は、本会事業の案内等、書面の送付先となります。（法人本部以外の施設所在地でも構いません。）
* Eメールは必ずご登録願います。また、各種案内等、重要なお知らせをお送りすることがありますので、適宜確認をお願いします。

|  |
| --- |
| （福井県内社会福祉法人連携事業推進協議会 使用欄）上記法人の入会を承認します。福井県内社会福祉法人連携事業推進協議会　会長　（印）　 |

（別紙１－２）

福井県内社会福祉法人連携事業推進協議会

生活困難者に対する相談支援事業　対応施設・事業所の概要

会員社会福祉法人名

|  |  |
| --- | --- |
| 名称 |  |
| 種類 |  |
| 所在地 | （〒　　　　　　） |
| 施設長名 |  |
| TEL |  |
| FAX |  |
| Eメール（必須） |  |

１　担当地域相談員（予定を含む）

　・１施設・事業所につき１人以上配置してください。

　・４人以上在籍する場合は行を追加してください。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| № | ふりがな氏　名 | 役　職 | 保有資格（関連するもの） | 相談支援業務経験期間（申込時点） |
| １ |  |  |  | 　　　年　　月 |
| ２ |  |  |  | 　　　年　　月 |
| ３ |  |  |  | 　　　年　　月 |

（注意）本票は参加する施設・事業所ごとに作成してください。