

## 上三川町地域自立支援協議会委員募集要項

町では、障がい者の自立生活や社会参加の支援に必要なサービスの調整等についての協議の場として、上三川町地域自立支援協議会を設置しています。

協議に住民の皆様のご意見を反映させるため、委員を次のとおり公募いたします。

- 1 協議会の内容 協議会でご意見をいただく事項については、次のとおりです。
  - ・障がい福祉計画、障がい児福祉計画の策定に関すること。
  - ・障がい福祉施策の具体化方策に関すること。
  - ・障がい者の就労支援に関すること。
  - ・その他※会議は原則公開とします。
- 2 応募資格 次の要件を満たしており、協議会で積極的に意見を出していただける方。
  - ・町内在住又は在勤の18歳以上の方で、障がい福祉に関心のある方。
  - ・協議会（年3回程度、平日）に出席できる方。
  - ・常勤の公務員や国及び地方公共団体の議員でない方。※任期中に応募資格を満たさなくなった場合、委員の委嘱を解くことがあります。
- 3 報酬 町規定による
- 4 任期 3年（令和6年4月～令和9年3月）
- 5 募集人員 2名
- 6 募集期間 令和6年3月5日（火）から3月22日（金）まで
- 7 応募方法 健康福祉課にある応募用紙または町ホームページからダウンロードした応募用紙に必要事項を記入し、直接健康福祉課にご持参いただくか、郵送（令和6年3月22日必着）により提出してください。  
応募先：〒329-0696 上三川町しらさぎ一丁目1番地  
上三川町役場 健康福祉課 福祉人権係  
※応募いただいた書類はお返しできませんので、あらかじめご了承ください。
- 8 選考方法 提出された応募用紙をもとに選考を行い、結果を後日通知いたします。なお、定員に満たない場合も選考を行います。
- 9 問い合わせ先 上三川町役場 健康福祉課 福祉人権係  
電話 0285-56-9128  
FAX 0285-56-6868  
メール fukushi01@town.kaminokawa.lg.jp