社会福祉法人 健翔会
地域生活応援事業

なぜ　こんなことするの？私たちが
社会福祉法人　　だからです。

みんなの「生きる」を
社会福祉法人

ご　挨　拶　　みんなと一緒に地域で生活する！を応援する。

私たち健翔会は、行田市内において計 6 ヶ所「生活介護　麦の穂」「生活介護　大地」「生活介護　森の木」「共同生活援助　花」「放課後等デイサービス・児童発達支援　にじいろ」「放課後等デイサービス　にじいろプラス」を運営し、多くの障害者・障害児の方々に利用していただいております。特に私たち健翔会は多くの支援が必要な障害者に利用してもらいたいと考え、そのような施設を運営しています。それが使命と考えているからです。

社会福祉法人は、昭和 26 年の社会福祉事業法の制定により創設されて以来、社会福祉事業の担い手として、我が国の社会福祉の充実、発展に大きく寄与してきました。

しかしながら、介護保険制度の導入を契機に社会福祉法等の改正が行われ、規制緩和により株式会社などの民間営利企業や NPO 法人等が社会福祉事業へ参入しました。こうした運営主体の多様化が進む中、社会福祉法人の公益性やその取り組みに対する様々な指摘が数多く出されるようになりました。

こうした社会情勢の中、少子化、高齢化等の大きな変化により、地域からの孤立の問題、児童・障害・高齢者の虐待、若年層の雇用に関する問題など福祉の課題は多様化、複雑化しており、従来の制度では対応できない「隙間」が見えるようになりました。

もともと、社会福祉法人が制度化させる以前は、篤志家と呼ばれる方々が、私財を投げ打って困っている人たちに手を差し伸べ、生活困窮者や社会的弱者の救済を行ってきたことが、今の社会福祉法人の源流であると言えます。その姿勢や考え方は現代でも受け継がれていなければなりません。

私たち健翔会は、今こうした問題に対応できるほど大きな法人ではありませんが、地域の中でともに生きる社会を目指すため、微力ではありますが、社会福祉法人としての役割を積極的に担いたい、そして社会福祉法人の存在意義を示したい、そんな気持ちを持っています。

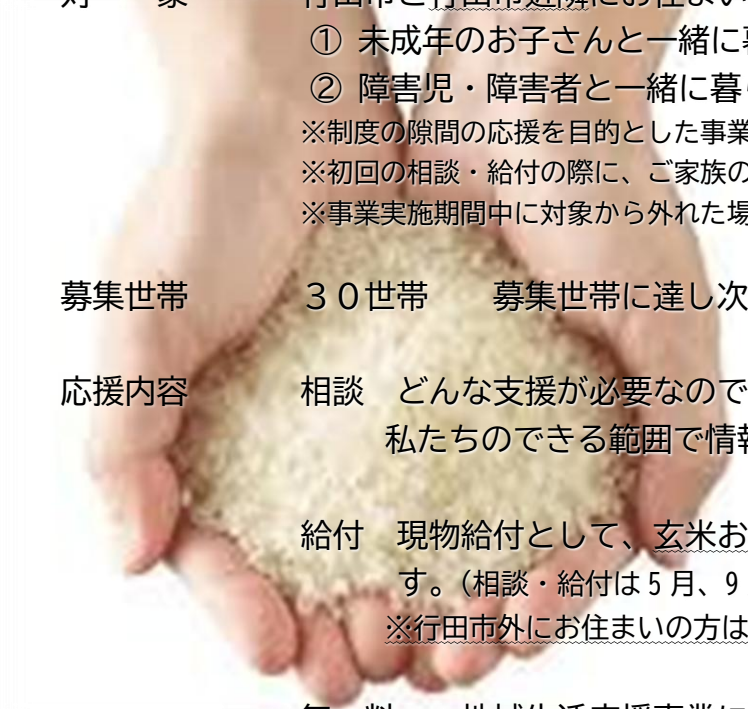
私たちの行う「地域生活応援事業」が少しでも皆様のお役にたてれば良いと願っております。そのためにも相談、訪問活動等により地域の各機関と連携しつつ、私たち社会福祉法人健翔会のオリジナル事業のお米の給付も併せて展開して参りたいと存じます。

私たち社会福祉法人健翔会の「気持ちや考え、思い」をご察しいただき、是非、この事業にお申込みいただきたく、ご案内いたしますのでよろしくお願い申し上げます。

2026 年 6 月 1 日（改正）
社会福祉法人健翔会
理事長　渡辺　弘

なぜこんなことするの？　　私たちが　**社会福祉法人**　だからです。

地域生活応援事業の内容



対　　象　行田市と行田市近隣にお住まいの①、②に該当している（世帯）

① 未成年のお子さんと一緒に暮らしている一人親世帯

② 障害児・障害者と一緒に暮らしている一人親世帯

※制度の隙間の応援を目的とした事業の為、生活保護受給世帯は除きます。

※初回の相談・給付の際に、ご家族の状況など必要事項にご記入いただきます。

※事業実施期間中に対象から外れた場合は速やかにご連絡ください。

募集世帯　３０世帯　　募集世帯に達し次第、受付は終了します。

応援内容　相談　どんな支援が必要なのでしょうか？

私たちのできる範囲で情報収集し、使える制度とつなぎます。

給付　現物給付として、玄米およそ 10ｋｇを最大年 4 回お届けいたします。（相談・給付は 5 月、9 月、11 月、2 月の予定です。）

※行田市外にお住まいの方は担当事業所（申込後に決定）までお越しください。

料　　金　無　料　　地域生活応援事業に係る料金は一切いただきません。

お申込方法　電話　　048-555-6177

書類　　以下の申込書に欄王事項をご記入の上ご提出（郵送可）下さい。

運転免許証など住所が確認できる書類を同封してください。

その他

・個人情報保護につきましては、社会福祉法人健翔会の個人情報保護に関する基本方針に則り対応いたします。ご提出いただきました個人情報は地域生活応援事業の実施の目的以外には使用いたしません。

・この活動は平成 28 年度（2016 年）より開始しました。

お問い合わせ　社会福祉法人　健翔会

事業主体　健翔会本部　　048-554-8815

郵送先　地域生活応援事業　担当　　048-555-6177

社会福祉法人健翔会　　埼玉県行田市小見 1141 番地 1

法人ホームページ　URL　https://kenshokai.net

キリトリ

社会福祉法人健翔会　　地域生活応援事業への申込み

申込日　　年　　月　　日

（ふりがな） 氏　名		生年月日	年　　月　　日
〒 住　所			

連絡先	地域生活応援事業の対象（〇を記入）		未成年との同居のひとり親
			障害者児との同居のひとり親

※住所と生年月日を確認するため運転免許証などのコピーの提出をお願いします。また対象となる障害者児の手帳のご提示も合わせてお願いいたします。