

重 要 事 項 説 明 書 利用契約書

放課後等デイサービス ひまわり大垣
株式会社 ひまわり

1. 事業者の概要

名 称	株式会社ひまわり
法 人 所 在 地	岐阜県岐阜市西改田村前104-1
電 話 番 号	058-372-2328
代 表 者 氏 名	田原 正史
設 立 年 月	平成 23年 10 月 28日

2. 事業所の概要

事業所の種類	放課後等デイサービス
事業所の名称	放課後等デイサービスひまわり大垣
事業所の所在地	岐阜県岐阜県大垣市三塚町丹瀬463-1 イオンタウン大垣East2F
連 絡 先	電話 : 0584-84-2075 FAX : 058-203-0228
管 理 者 氏 名	太田 聡
児童発達支援 管理責任者	太田 聡
定 員	10名
指 定 年 月 日	令和3年1月1日
事 業 所 番 号	2152100406

3. 通常の事業の実施地域

大垣市、岐阜市、瑞穂市、北方町、本巣市、神戸町、大野町、海津町、養老町

4. 営業時間とサービス提供時間

営業日 及び 営業時間	月曜日から金曜日までとする。 ただし、12月31日から1月3日までを除く。 平日：午前10時～午後7時 長期休暇：午前9時～午後6時
サービス提供日 及び サービス提供時間	月曜から金曜 : 午後2時～午後5時半 ただし国民の休日を除く。 祝日及び長期休暇、(春3.4月、夏7.8月、冬12.1月) 平日の学校休業日：午前10時～午後4時半 ただし12月31日から1月3日までを除く。

5. 職員の体制

職種	業務内容
管 理 者	常勤 1 名 管理者は、職員の管理、放課後等デイサービスの申込みに係る調整、業務の実施状況の把握その他の管理を一元的に行うとともに、法令等において規定されている児童発達支援の実施に関し、事業所の職員に対し遵守させるために必要な指揮命令を行います。
児童発達支援管理責任者	常勤 1 名 児童発達支援管理責任者は、個別支援計画を作成し、少なくとも 6 ヶ月に 1 回以上見直しを行います。サービスを利用する障害児に対する継続的なサービス管理や評価を行うとともに、障害児及び障害児の保護者並びにその家族に対し、その内容等について説明を行います。
児童指導員	常勤 2 名、非常勤 2 名 個別支援計画に基づき障害児及び障害児の保護者に対し適切に指導等を行います。

当事業所では、厚生労働省の定める指定基準を遵守し、指定障害児通所支援を提供する職員として、上記の職種の職員を配置しています。

6. 設備の概要（実際に設置されている設備の種類を記載すること）

設備の種類	室数	備考
指導訓練室	1 室	日常・集団生活訓練活動、創作的活動、学習活動等をする。
ト イ レ	1 室	洋式トイレ（イオンタウン共有トイレ）
相 談 室	1 室	相談スペース（生活介護ひまわり大垣内）

7. サービスの内容（実際に行なうサービスの名称及び概要を記載し運営規程及び事業計画等との整合性を図ること）

- (1) 個別支援計画の作成
- (2) 機能訓練
- (3) 送迎
- (4) 余暇活動
- (5) 利用者又は家族に対する相談及び助言
- (6) 創作的活動
- (7) 健康管理

8. 利用料金

- (1) 障害児通所給付費によるサービスを提供した場合は、サービス利用料金（厚生労働大臣の定める額）から家計の負担能力その他の事情を斟酌して政令で定める額を引いた額が介護給付費の給付対象となります。事業者が障害児通所給付費の給付を市町村から直接受け取る（代理受領する）場合、利用者負担分として、家計の負担能力その他の事情を斟酌して政令で定める額を事業者にお支払いいただきます（利用者負担額といいます）。
なお、利用者負担額の軽減等が適用される場合は、この限りではありません。
- (2) 上記（1）の代理受領を行わない場合、事業者は通所給付決定保護者からサービス利用料金の全額を受けるものとします。
- (3) 事業者は、上記（1）及び（2）の利用者負担額の支払いを受けた場合は、通所給付決定保護者に対して当該費用に係る領収証を発行するものとし、障害児通所給付費の代理受領を受けた場合は、通所給付決定保護者に対してその金額及び内訳を通知するものとします。
- (4) 次に定める費用については、利用者から徴収するものとします。

- (ア) 創作活動に係る材料費
(イ) 送迎サービスの提供に係る費用

送迎加算 (1回につき 5 4 単位×10. 16円)

- (ウ) おやつ代 5 0 円

- (エ) その他の日常生活において通常必要となるものに係る経費であって利用者に負担させることが適当とみられるものの実費

※上記費用の額に係るサービスの提供に当たっては、あらかじめ、通所給付決定保護者に対し、当該サービスの内容及び費用について説明を行い、その同意を得るものとします。

- (5) キャンセル料について

急なキャンセルの場合は、下記の料金をいただきます。

- ・ ご利用の前日までに、キャンセルのご連絡をいただいた場合 欠席時対応加算

※利用者の体調不良等やむをえない事由がある場合は、キャンセル料はいただきません。

※(1) から(5)までの費用の支払いを受けた場合は、当該費用に係る領収証を、当該費用を支払った通所給付決定保護者に対し交付するものとします。

9. 支払方法

上記利用料金の支払いは、1 ヶ月ごとに計算し翌月 2 7 日に指定の口座より引き落としさせていただきます。

10. サービスの利用方法について

1. サービスの支給決定を受けた方で、当事業者のサービス利用を希望される方は、電話等でご連絡ください。当事業者のサービス提供にかかる重要事項についてご説明します。
2. サービス利用が決定した場合は、契約を締結し、個別支援計画を作成して、サービスの提供を開始します。契約の有効期間は受給者証記載の支給期間と同じです。
3. サービスの提供にあたっては、適切なサービスを提供するために、利用者の心身の状況や生活環境、他の保健医療サービス又は福祉サービスの利用状況等を把握させていただきます。

11. 緊急時の対応

現にサービス提供中に利用者の病状の急変、その他緊急事態が生じた時は、速やかに主治医及び家族に連絡する等の措置を講ずるとともに、管理者に報告するものとします。また、主治医への連絡等が困難な場合は、医療機関への緊急搬送等必要な措置を講ずるものとします。

- (1) 障害児のかかりつけ医療機関

医療機関名		診 療 科	
所 在 地			
主 治 医		電 話 番 号	

- (2) 緊急連絡先

連絡先①	氏 名 :	続 柄 :
	所 在 地 :	
	電 話 番 号 :	

- (3) 事業所の協力医療機関

医療機関名	田辺内科医院	診 療 科	消化器科、内科、小児科、皮膚科
所 在 地	大垣市上面2-92-2		
代 表 者	若原 恵美子	電 話 番 号	0584-81-1511

13. 秘密の保持

職員は、業務上知りえた障害児又はその家族の秘密を保持します。
また、事業者は、職員であった者に業務上知りえた利用者又はその家族の秘密を保持させるため、職員でなくなった後においてもこれらの秘密を保持すべき旨を職員との雇用契約の内容とします。

14. 苦情・要望の受付について

(1) 当事業所の苦情・要望の受付窓口

受付窓口	窓口担当者	島田 真帆
	苦情解決責任者	管理者 太田 聡
	受付日	月曜日から金曜日。ただし、国民の祝日、12月30日から1月3日までを除く。
	受付時間	午前10時から午後6時
	電話番号	0584-84-2075
	FAX番号	058-203-0228
	管轄市町の自治体でも受け付けております。	

(2) 行政機関その他苦情受付機関

本事業所では解決できない苦情や虐待等の相談は、岐阜県社会福祉協議会に設置された運営適正化委員会に申し立てることができます。

岐阜県社会福祉協議会 運営適正化委員会	所在地	岐阜市下奈良2丁目2番1号 岐阜県福祉農業会館2階 岐阜県社会福祉会館内
	受付日	月曜日から金曜日
	受付時間	午前10時から午後5時(祝日、年末年始は除く)
	電話番号	058-278-5136
	FAX番号	058-278-5137
	メールアドレス	tekisei@winc.or.jp

放課後等デイサービスの提供及び利用の開始に際し、本書面に基づき重要事項の説明を行いました。

事業所名称： 放課後等デイサービスひまわり大垣

管理者名： 太田 聡

説明者名： 印

私は、本書面に基づいて事業者から放課後等デイサービスの提供及び利用について重要事項の説明を受け、同意しました。

令和 年 月 日

利用者氏名：

通所給付決定保護者住所：

通所給付決定保護者氏名： 印

続 柄：