

石巻市障害者地域活動支援センターみどり園重要事項説明書

当事業所は、ご契約者に対して石巻市障害者地域活動支援センターに係るサービスを提供します。事業所の概要、提供されるサービスの内容並びに契約上ご注意することを次のとおり説明します。

また、当サービスの利用は、原則として石巻市の認定結果によりサービスが必要と認定された方が対象となります。

1. 事業者

- 法 人 名：社会福祉法人 石巻市社会福祉協議会
- 所 在 地：宮城県石巻市穀町15番2号
- 代表者氏名：会長 林 久 善
- 電 話 番 号：0225-96-5290

2. 事業所の概要

- 事業の種類：石巻市障害者地域活動支援センター【平成19年4月1日指定】
- 事業の目的：障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律等関係法令の理念に則り、利用者の自立と社会経済活動への参加を促進するために、契約者に対して必要なサービスを適切に行うことを目的とします。
- 事業所名
 - ・名 称：石巻市障害者地域活動支援センターみどり園
 - ・所 在 地：石巻市不動町一丁目13番27号
 - ・電話番号：0225-93-5494
- 実施地域：原則として、石巻市とします。
- 営業日：月曜日から金曜日（ただし、祝日及び12月29日から1月3日までを除く。）
- 営業時間：午前8時30分から午後5時15分までとします。
※サービス提供時間は、午前9時30分から午後3時30分まで

3. 職員体制

当事業所では、ご契約者に対して、サービスを提供する職員として、別紙1のとおり職員を配置しています。

なお、職員配置に変更が生じた場合については、新たに掲示します。

4. サービス内容

- (1) 創作的活動等
 - ・ご契約者の心身の状況に応じ、自立の支援と日常生活充実に資するよう適切なサービスの提供をします。

(2) 生産活動

- ・ご契約者の能力の状況に応じ、就労への基礎的訓練・作業に従事できるよう適切なサービスの提供をします。

(3) 送 迎

- ・訓練の一環として自主的通所が原則となりますが、特別な事情、公共交通機関の利用が困難な場合、石巻市の決定により、送迎サービスを受けることができます。

5. 利用料金等

石巻市障害者地域活動支援センターを利用される場合には、原則として基本料金の1割の利用負担となります。ただし国が定める月額負担上限額の範囲以内とします。

(1) 【料金表】基準額

料金表については別紙1のとおりです。

(2) キャンセル料

利用予定日の前日までに申し出がなく、当日になって利用を中止される場合キャンセル料をお支払いいただく場合があります。

ただし、ご契約者の体調不良等正当な理由がある場合または事前に利用中止の申し出があった場合には、この限りではありません。

(3) 利用料金のお支払方法

前記の料金・費用は1ヶ月ごとに計算し、ご請求しますので当事業所の定める期日までに以下のいずれかの方法でお支払ください。

① 現金納付

② 下記の指定口座への振込

(振り込み手数料はご契約者のご負担となります。)

- ・指定口座⇒ **七十七銀行 石巻支店**
- ・口座番号⇒ **普通預金 9 2 1 2 5 2 3**
- ・口座名義⇒ **社会福祉法人石巻市社会福祉協議会**
会長 林 久 善

6. 緊急時・災害時並びに虐待防止における対応方法

○緊急時

サービスの提供中にご契約者の症状の急変、サービス提供による事故その他の緊急事態が生じたときは、直ちに主治医及び家族に連絡の上、必要な措置を講じるとともに、施設長は、事業者に報告します。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じます。

○災害時

非常災害に際して必要な具体的計画を策定するとともに、ご契約者等の避難、救出訓練の実施等、万全の対策を講じます。

○虐待防止

ご契約者等の人権の擁護、虐待の防止等のため、虐待防止責任者を設置し、必要な体制の整備を行うとともに、職員に対する研修を実施します。

7. サービスの利用に関する留意事項

○サービス利用の変更・追加

サービス利用の変更・追加の申し出があった場合、事業者はご契約者またはご家族等と協議の上サービス提供を行うものとします。

8. 苦情等の受付について

別紙1のとおりです。

令和 年 月 日

○石巻市障害者地域活動支援センターのサービス提供開始に際し、本書面に基づき
重要事項の説明を行いました。

石巻市障害者地域活動支援センターみどり園

説明者職名：_____

氏 名：_____ ⑩

○私は、本書面に基づいて事業者から重要事項の説明を受け、石巻市障害者地域活動支援センターのサービス提供開始に同意しました。また、サービスの提供開始及びサービス担当者会議等において、私及び私の家族等の個人情報を用いることに同意します。

契約者住所：_____

契約者氏名：_____ ⑩

代理人

住 所：_____

氏 名：_____ ⑩