|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 就労継続支援Ｂ型事業重要事項説明書 | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | |  |  | |  | |  | |  |  | |  | |  |
| この重要事項説明書は、社会福祉法第７６条及び第７７条の規定に基づき、文章により説明を行うものです。 | | | | | | | | | | | | | | | | |
|
| ご利用者に対して就労継続支援Ｂ型事業を提供致します。 | | | | | | | | | | | | | | | |  |
| 施設・設備の概要や提供されるサービスの内容、契約上ご注意いただきたいことを次のとおり説明致します。 | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | |  |  | |  | |  | |  |  | |  | |  |
| １．事業者の概要 | | | |  |  | |  | |  | |  |  | |  | |  |
| 経営事業者の名称 | | | |  | 特定非営利活動法人　ホサナ | | | | | | | | | | |  |
| 法人所在地 | | | |  | 東京都練馬区桜台1-12-5-203 | | | | | | | | | | |  |
| 代表者氏名 | | | |  | 理事長　泉田　昭 | | | | | | | | | | |  |
| 電話番号 | | | |  | 03-3991-7931 | | | | | | | | | | |  |
| ＦＡＸ番号 | | | |  | 03-3991-7941 | | | | | | | | | | |  |
| 認可年月日 | | | |  | 平成5年4月1日 | | | | | | | | | | |  |
|  | | | |  |  | |  | |  | |  |  | |  | |  |
| ２．事業の目的と運営の方針 | | | | |  | |  | |  | |  |  | |  | |  |
| 事業の種類 | | | |  | 就労継続支援Ｂ型事業所・平成20年10月1日指定 | | | | | | | | | | |  |
| 事業の目的 | | | |  | 利用される方お一人お一人の能力と特性に応じた支援を行い、福祉的就労の場、日中活動の場として地域社会で生活できるようにすることを目的とします。 | | | | | | | | | | |  |
| 事業所の名称 | | | |  | 共同作業所　ホサナショップ | | | | | | | | | | |  |
| 管理責任者名 | | | |  | 小島　敏 | | | | | | | | | | |  |
| サービス管理責任者名 | | | |  | 小島　敏 | | | | | | | | | | |  |
| 事業所の所在地 | | | |  | 東京都練馬区桜台1-12-5-203 | | | | | | | | | | |  |
| 主たる対象者 | | | |  | 精神障害者 | | | | | | | | | | |  |
| 事業所の運営方針 | | | |  | 利用される方が持っている力に気づき、発揮して行けるよう支援します。また、利用している方が互いに助け合ってゆけるよう支援します。 | | | | | | | | | | |  |
| 電話番号 | | | |  | 03-3991-7931 | | | | | | | | | | |  |
| ＦＡＸ番号 | | | |  | 03-3991-7941 | | | | | | | | | | |  |
| 開設年月日 | | | |  | 平成5年4月1日 | | | | | | | | | | |  |
| 入所定員 | | | |  | 25名 | | | | | | | | | | |  |
|  | | | |  |  | |  | |  | |  |  | |  | |  |
| ３．事業所の概要 | | | |  |  | |  | |  | |  |  | |  | |  |
| （１）　事業所 | | | |  |  | |  | |  | |  |  | |  | |  |
| 構造 | | | |  | 鉄筋コンクリート造り5階建ての内2階部分203号室 | | | | | | | | |  | |  |
| 敷地面積 | | | |  | 808.29㎡ | |  | |  | |  |  | |  | |  |
| 延床面積 | | | |  | 136.12㎡ | |  | |  | |  |  | |  | |  |
|  | | | |  |  | |  | |  | |  |  | |  | |  |
| （２）　主な設備　（136.12㎡） | | | | | | |  | |  | |  |  | |  | |  |
| 設備の種類 | | | | 室数 | | | 面積 | | | | 一人当たり面積 | | | 備考 | | |
| 作業室 | | | |  | 1 | | 75.89 | | ㎡ | | 3.04 | ㎡ | |  | |  |
| 台所 | | | |  | 1 | | 5.46 | | ㎡ | | 0.22 | ㎡ | |  | |  |
| 相談室 | | | |  | 1 | | 2.61 | | ㎡ | | 0.10 | ㎡ | |  | |  |
| 男子休憩室 | | | |  | 1 | | 6.19 | | ㎡ | | 0.25 | ㎡ | |  | |  |
| 女子休憩室 | | | |  | 1 | | 5.88 | | ㎡ | | 0.24 | ㎡ | |  | |  |
| 喫煙室 | | | |  | 1 | | 3.95 | | ㎡ | | 0.16 | ㎡ | |  | |  |
| 男子トイレ | | | |  | 1 | | 2.24 | | ㎡ | | 0.09 | ㎡ | |  | |  |
| 女子トイレ | | | |  | 1 | | 4.44 | | ㎡ | | 0.18 | ㎡ | |  | |  |
| 納戸 | | | |  | 1 | | 5.57 | | ㎡ | | 0.22 | ㎡ | |  | |  |
| 事務室 | | | |  | 1 | | 18.36 | | ㎡ | | 0.73 | ㎡ | |  | |  |
| 玄関 | | | |  | 1 | | 5.53 | | ㎡ | | 0.22 | ㎡ | |  | |  |
| １階合計 | | | |  | 11 | | 136.12 | | ㎡ | | 5.44 | ㎡ | |  | |  |
|  | | | |  |  | |  | |  | |  |  | |  | |  |
|  | | | |  |  | |  | |  | |  |  | |  | |  |
| （４）　職員体制 | | | |  |  | |  | |  | |  |  | |  | |  |
| 職種 | | | | 員数 | | | 区分 | | | | | | | 常勤換算後の職員 | | |
| 常勤 | | | | 非常勤 | | |
| 管理責任者 | | | | 1（兼務） | | | （１） | |  | |  |  | | （１） | | |
| サービス管理責任者 | | | | 1 | | | 1 | |  | |  |  | | 1 | | |
| 作業指導員 | | | | 2 | | | 1 | |  | |  | 1 | | 1.2 | | |
| 生活支援員 | | | | 2 | | |  | | 1 | |  | 1 | | 1.6 | | |
|  | | | |  |  | |  | |  | |  |  | |  | |  |
| ４．職員の勤務体制 | | | |  |  | |  | |  | |  |  | |  | |  |
| 職種 | | | |  | 勤務時間 | | | | | | | | | | |  |
| 管理責任者 | | | |  | 正規の勤務時間・常勤で勤務（9：15～18：00）します | | | | | | | | | | |  |
| サービス管理責任者 | | | |  | 正規の勤務時間・常勤で勤務（9：15～18：00）します | | | | | | | | | | |  |
| 職業指導員 | | | |  | 正規の勤務時間・常勤で勤務（9：15～18：00）します | | | | | | | | | | |  |
| 生活支援員 | | | |  | 正規の勤務時間・常勤で勤務（9：15～18：00）します | | | | | | | | | | |  |
| ※　職員の有資格者 | | | |  |  | |  | |  | |  |  | |  | |  |
| 社会福祉士（2名） | | | |  |  | |  | |  | |  |  | |  | |  |
| 精神保健福祉士（2名） | | | |  |  | |  | |  | |  |  | |  | |  |
| |  | | --- | | 就労継続支援Ｂ型事業個人利用説明書 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  |  |  | | |  | |  | |  | | |  | |  | | |  |
| この個人利用サービス説明書は、契約書第７条及び第８条に基づき、ご利用者に対して実施する具体的なサービス内容及びお支払いいただく料金等について定めたものです。 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|
|  |  |  | | |  | |  | |  | | |  | |  | | |  |
| 作成日：　　　年　　月　　日 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ＜利用者＞ | |  | | |  | |  | |  | | |  | |  | | |  |
| □利用者氏名： | |  | | | | | 様　大正・昭和 　　年　　月　　日生　　　歳 | | | | | | | | | | |
| □利用者住所： | |  | | |  | |  | |  | | |  | |  | | |  |
|  | | 電　　話 | | |  | |  | | ＦＡＸ | | |  | |  | | |  |
| □契約期間： | | 年　　月　　日から　　　　年　　月　　日まで | | | | | | | | | | | | | | |  |
| □緊急連絡先： | |  | | | | | 様 | | （　利用者との続柄　　　　　　） | | | | | | | | |
|  |  | 住　　所 | | |  | |  | |  | | |  | |  | | |  |
|  |  | 電　　話 | | |  | |  | | ＦＡＸ | | |  | |  | | |  |
|  |  |  | | |  | |  | |  | | |  | |  | | |  |
| ＜サ－ビス提供事業所＞ | | | | |  | |  | |  | | |  | |  | | |  |
| □事業所名　：　○○（事業種別／就労継続支援Ｂ型事業所） | | | | | | | | | | | | | |  | | |  |
| □責任者名： | |  | | |  | |  | |  | | |  | |  | | |  |
| □事業所在地： | | | | | | | | | | | | | | | | |  |
|  |  | 電　　話 | | | | |  | | ＦＡＸ | | |  | |  | | |  |
| □個別支援計画作成担当者： | | | | | | |  | |  | | | （職種：サービス管理責任者） | | | | | |
| □個別支援計画作成年月日：　初回／　　　年　　月　　日 | | | | | | | | | | | | | |  | | |  |
|  | | | | | | | | | | | | | |  | | |  |
|  |  |  | | |  | |  | |  | | |  | |  | | |  |
|  |  |  | | |  | |  | |  | | |  | |  | | |  |
|  |  |  | | |  | |  | |  | | |  | |  | | |  |
|  |  |  | | |  | |  | |  | | |  | |  | | |  |
|  |  |  | | |  | |  | |  | | |  | |  | | |  |
| ＜利用料金＞ | |  | | |  | |  | |  | | |  | |  | | |  |
| □訓練等給付費支給対象サービスに関する利用料金 | | | | | | | | | | | |  | |  | | |  |
| 内　　　容 | | | | | | | | | | | | 金　　額 | | | | | |
| Ａ．訓練等給付費支給額 | | | | | | | | | | | | 円 | | | | | |
| Ｂ．代理受領額 | | | | | | | | | | | | 円 | | | | | |
| 負　担　額（Ａ－Ｂ） | | | | | | | | | | | | 円 | | | | | |
| うち　利用者負担額 | | | | | | | | | | | | 円 | | | | | |
| 扶養義務者負担額 | | | | | | | | | | | | 円 | | | | | |
| 扶養義務者氏名：　　　　　　　　　 　　　　　　　　　　　　　　様 | | | | | | | | | | | | （利用者との続柄　　　　　） | | | | | |
| 住所： | | | | | | | | | | | |  | | | | | |
| 電話： | | | | | | |  | | ＦＡＸ： | | |  | |  | | |  |
|  |  |  | | |  | |  | |  | | |  | |  | | |  |
| □訓練等給付費支給対象外サービスに関する利用料金 | | | | | | | | | | | |  | |  | | |  |
| （１）　１ヶ月毎に料金をお支払いいただくサービス | | | | | | | | | | | |  | |  | | |  |
| 利用サービス | | | | | | | 利用料金 | | | | | 利用の有無 | | | | | |
| １． | | | | | | | ／月 | | | | | 有　・　無 | | | | | |
| ２． | | | | | | | ／月 | | | | | 有　・　無 | | | | | |
|  |  |  | | |  | |  | |  | | |  | |  | | |  |
| （２）　その他 | |  | | |  | |  | |  | | |  | |  | | |  |
| 利用サービス | | | | | | | 利用料金 | | | | | 利用の有無 | | | | | |
| １． | | | | | | | ／月 | | | | | 有　・　無 | | | | | |
| ２． | | | | | | | ／月 | | | | | 有　・　無 | | | | | |
|  |  |  | | |  | |  | |  | | |  | |  | | |  |
| □　利用料金の支払い方法 | | | | |  | |  | |  | | |  | |  | | |  |
| 料金、費用は、１ヶ月ごとに計算し、利用の翌月○○日までにご請求いたしますので、○○日までにお支払いください。入所時や退所時など１ヶ月に満たない期間のサービスについては日割り計算にてご請求いたします。 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|
|