

児童発達支援「チェリーヒル」重要事項説明書

あなたに対する児童発達支援の提供開始に当たり、当事業所があなたに説明すべき重要事項は次のとおりです。

1 事業者の概要は、次のとおりです。

事業者	名称	有限会社 チェリッシュ企画
	所在地	〒468-0051 名古屋市天白区植田 202-2 2F
	法人種別	営利法人
	代表者名	石川千壽子
	電話番号	052-804-0755
事業所	名称	チェリーヒル
	所在地	名古屋市天白区元植田二丁目 1904 2F
	電話番号	052-848-8521
事業の目的	有限会社チェリッシュ企画が開設するチェリーヒル（以下「事業所」という。）が行う児童福祉法に規定する指定児童発達支援事業の適正な運営を確保するために人員及び管理運営に関する事項を定め、事業所の指導員及び保育士（以下「指導員等」という。）が給付決定にかかる障害児（以下「児童」という。）に対し、適正な児童発達支援事業を提供することを目的とする。	
運営の方針	<p>1 事業所の指導員等は、児童が日常生活における基本的動作及び知識を取得し、並びに集団生活に適應することが出来るよう、その児童の身体及び精神の状況並びにその置かれている環境に応じて、適切かつ効果的な指導及び訓練を行うものとする。</p> <p>2 事業所の指導員等は、利用する児童の意思及び人格を尊重し、常に利用する児童の立場に立ってサービスの提供を行う。</p> <p>3 事業の実施に当たっては、地域との結びつきを重視し、関係市町村、他の児童福祉サービス事業者、障害福祉サービス事業者、地域の保健・医療・福祉サービスとの綿密な連携を図り、総合的なサービスの提供に努めるものとする。</p>	
虐待の防止	事業者は、障害者の人権の擁護・虐待の防止のため、責任者を設置する等必要な体制の整備を行うとともに、その従業者に対し研修を実施する等の措置を講ずるよう努めるものとする。	

2 事業実施地域

通常の事業の実施地域は、天白区、名東区、緑区、日進市西部、豊明市北部、東郷町西部とする。

3 営業時間

営業日	月曜日から日曜日 12月29日から1月3日まで休業
営業時間	月～日 09時～18時
サービス提供時間	平日は 14:00～18:00 まで 土曜日・日曜日・祝日・休校日は 10:00～16:00 まで

4 事業所の職員体制は次のとおりです。

職種	従事するサービスの種類	人員
管理者	統括管理	1名
児童発達支援管理責任者	個別支援計画の作成、継続的なサービス管理及び評価	1名
指導員	放課後等デイサービスの提供。 保育士（常勤2名・非常勤3名）指導員（常勤0名、非常勤9名）	14名
事務職員	運用上必要な事務処理	若干名

5 児童発達支援の内容は次のとおりです。

サービス内容	日常生活における基本的動作の訓練
	集団生活適応訓練
	個別指導
	レクリエーション
	送迎

6 児童福祉法外のサービスの内容は、次のとおりです。

食事サービス	日曜日・祭日・休校日等の昼食
各種イベント	旅行・見学等の各種イベント

7 児童発達支援管理責任者は、次のとおりです。

(1) 氏名 門田 明子

連絡先 チェリッシュ企画 電話番号 052-804-0755 FAX052-800-9872

8 利用者負担金については、次のとおりです。

(1) 児童発達支援を利用した場合の利用料の額は告示上の額とし当該障害児通所支援が法定代理受領サービスであるときは、市町村が定める利用者負担額の支払いを受けるものとする。ただし、当該サービス提供を行った月に他の事業所による障害児通所支援の提供があった場合には、各事業所が受け取る利用者負担額の合計が市町村の定める利用者負担額をこえないよう調整した額の支払いを受けるものとする。

(2) 児童福祉法以外のサービスに係る費用

	ご負担額
食事の提供に要する費用	1食あたり500円
各種イベント等の参加費	旅行・見学等の参加費及び旅費宿泊費など
オムツ・教材費等の消耗品費	実費
事業実施地域外の送迎に対する交通費	通常の実施区域を超える地点から、片道20キロメートル未満 400円、片道20キロメートル以上 600円

(3) 上記支払い方法は、サービスを提供した翌月の20日に、郵便局の口座から引き落としとなりますので宜しくお願いします。

9 サービスの中止、キャンセル料について

(1) 利用者が、サービス利用の中止（キャンセル）をする際には、速やかに次の連絡先までご連絡ください。

連絡先 チェリーヒル 電話番号・FAX 052-807-5307

(2) 4日前～当日のキャンセルの場合「欠席時対応加算」を取らせていただきます。なお、その際にご利用日数が1日とカウントされます。

10 緊急時の対応

サービスの提供にあたり、事故・体調の急変が生じた場合は、事前の打ち合わせに基づき、家族・主治医・救急機関等に連絡します。

医療機関等	名称： 主治医の氏名： 連絡先：
緊急連絡先	氏名： 連絡先：

1 1 相談窓口、苦情対応

(1) サービス等に対する苦情やご相談については、当事業者は、以下の専用窓口で受け付けます。

当時業者相談・苦情 窓口	チェリッシュ企画	電話番号： 052-804-0755
		FAX : 052-800-9872
		: 石川千壽子

(2) 行政機関その他相談・苦情受付機関

愛知県運営適正化委員会	名古屋市東区白壁一丁目50番地 電話番号： 052-212-5515 FAX : 052-212-5514
名古屋こども福祉課	名古屋市中区三の丸三丁目1番1号 電話番号：052-972-3187 FAX : 052-972-4438
天白区区役所 天白区保健所	名古屋市天白区島田二丁目201番地 電話番号：052-803-1111

1 2 加算の状況

- ・送迎加算
- ・児童発達支援管理責任者専任加算
- ・指導員加配加算
- ・福祉職員処遇改善加算 I
- ・上限管理加算
- ・欠席時対応加算

児童発達支援の提供に際し、本書面に基づき、事業者は重要事項の説明を行い、利用者は確認しました。

平成 年 月 日

事業者 468-0051 名古屋市天白区植田 2-202 2F

(有) チェリッシュ企画

代表者 石川千壽子 印

利用者 住所 〒 _____

氏名 _____ 印

成年後見人 補助人 保佐人 後見人 氏名 _____