

日中一時支援事業所みとう温泉

重要事項説明書

令和6年12月改正

社会福祉法人優輝福社会

重要事項説明書
日中一時支援事業所 みとう温泉

あなたに対するサービスの提供開始にあたり、当事業者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	社会福祉法人 優輝福社会
所在地	〒729-4211 広島県三次市吉舎町吉舎 606 番地
法人種別	社会福祉法人
代表者名	理事長 森重 利夫
電話番号	0824-43-3121

２．利用施設

事業所の名称	日中一時支援事業所 みとう温泉
所在地	〒727-0007 広島県庄原市宮内町 6353 番地 2
電話番号	0824-75-0310
事業者番号	3461800058

３．日中一時支援事業サービスの内容は、次のとおりです。

- (１) 相談・助言
- (２) 適切な技術による訓練
- (３) 食事
- (４) レクリエーション
- (５) 健康管理

４．サービス提供の曜日・時間帯

- (１) 土曜日及び日曜日を除く祝祭日（８時３０分～１７時００分）
- (２) 平日の放課後、学校の長期休暇期間
- (３) 年末年始は開設していません

５．利用者負担金については、次のとおりです。

① サービスに要する費用

サービス類型	負担額（標準額）	
日中一時支援 (F型 区分３)	4時間未満（0.5日）	362円 (3,620円)
	4時間以上 6時間未満（0.75日）	604円 (6,040円)
	6時間以上（1.0日）	785円 (7,850円)
日中一時支援 (F型 区分２)	4時間未満（0.5日）	334円 (3,340円)
	4時間以上 6時間未満（0.75日）	559円 (5,590円)
	6時間以上（1.0日）	727円 (7,270円)
日中一時支援 (F型 区分１)	4時間未満（0.5日）	309円 (3,090円)
	4時間以上 6時間未満（0.75日）	515円 (5,150円)
	6時間以上（1.0日）	669円 (6,690円)
特例加算１（送迎）	片道につき	54円 (540円)
特例加算２（入浴）	1回につき	40円 (400円)
特例加算３（低所得食事）	1回につき	180円 (600円)

② 加算

加算の種類	利用者負担額	給付基準額
上限管理加算	150円	1,500円

③ 施設サービス代

サービス略称	負担額	備考
食費	600円	低所得単価参照
洗濯代	100円	
紙おむつ代	120円	
紙パンツ代	120円	
尿取りパット代	50円	

④ サービス利用の取り消し料金

利用者がサービス利用を取り消しされる場合は、利用予定日の５日前までに当事業所までお申し出ください。

尚、サービス利用日の５日前までに申出のない場合は、キャンセル料を頂く場合があります。

キャンセル料（食費の実費相当額）１日あたり	６００円
-----------------------	------

⑤ 利用料金のお支払方法

前記の料金は１ヶ月ごとに計算し、ご請求しますので、翌月２０日までに以下の金融機関からの口座振替にてお支払い下さい。

※ご利用できる金融機関：ゆうちょ銀行、ＪＡ庄原、広島みどり信用金庫

６．サービスの中止について

(Ⅰ) 利用者がサービス利用を中止される場合には、利用日の前日までに次の 連絡先までご連絡下さい。

連絡先（電話）：０８２４－７５－０３１０

７．苦情申し立てについて

当施設のご利用相談室	ご利用時間	平日	午前８時３０分～午後５時
		土日	午前８時３０分～午後５時
	ご利用方法	電話	０８２４－７５－０３１０
	担当窓口	課長	山上 千鶴子
法人指定第三者委員	解決責任者	管理者	森重 利夫
	上杉千恵美	電話番号	０８２４－７３－０５５９ 歌手
	奥 易之	電話番号	０８２４－８８－２５４８ 無職
	宮崎 文隆	電話番号	０８２４－６６－２３１７ 団体役員
広島県社会福祉協議会 （運営適正化委員会）	ご利用時間	平日	午前８時３０分～１７時
	ご利用方法	電話	０８２－２５４－３４１９
庄原市福祉保健部 社会福祉課障害者福祉係	ご利用時間	平日	午前８時３０分～１７時１５分
	ご利用方法	電話	０８２４－７３－１２１０

* 苦情があった場合の対応手順

苦情があった場合は、担当者がご利用者及びサービス事業者や関係機関と調整し、速やかに対応します。

8 緊急時の対応方法

利用者の主治医又は事業者の協力医療機関への連絡を行い、医師の指示に従います。 また緊急連絡先に連絡いたします。		
利用者の主治医	医療機関名	
	医師名	
	所在地	
	電話番号	
緊急連絡先①	氏名	
	住所	
	電話番号	
	携帯電話番号	
	その他連絡先	
緊急連絡先②	氏名	
	住所	
	電話番号	
	携帯電話番号	
	その他連絡先	

令和 年 月 日

指定日中一時支援事業所みとう温泉の提供及び利用の開始に際し、本書面にに基づき重要事項の説明を行いました。

事業者名 : 社会福祉法人 優輝福社会
事業者住所 : 広島県三次市吉舎町吉舎 6 0 6 番地
事業所名 : 日中一時支援事業所 みとう温泉
代表者氏名 : 理事長 森重 利夫

説明者職名 : _____ 氏名 _____

私は、本書面に基づいて事業者から指定日中一時支援事業所みとう温泉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。

(利用者)

住所 : _____

氏名 : _____

(代筆者)

住所 : _____

氏名 : _____

続柄 : _____

(代筆理由 : _____)

(代理人又は立会人)

住所 : _____

氏名 : _____

続柄 : _____