

## 指定特定相談支援（計画相談支援）

### 重要事項説明書

サービスの提供開始にあたり、当事業者が説明すべき重要事項は、次のとおりです。

#### 1. 事業者（法人）の概要

事業者（法人の名称）	社会福祉法人田上町社会福祉協議会
主たる事業所の所在地	〒959-1503 新潟県南蒲原郡田上町大字原ヶ崎新田 3071 番地
代表者（職名・氏名）	会長 高橋 勝之
設立年月日	昭和56年7月8日
電話番号	0256-57-5877

#### 2. 事業所の概要

事業所の名称	社会福祉法人田上町社会福祉協議会	町指定 年月日	平成25年7月1日
サービスの種類	指定特定相談支援（計画相談支援）		1535300014
事業所の所在地	〒959-1503 新潟県南蒲原郡田上町大字原ヶ崎新田3071番地		
電話番号	0256-57-6280	管理者	長谷川 朋代
営業日	月曜日から金曜日		
営業時間	午前8時30分～午後5時30分		
通常の事業の実施地域	田上町全域		

#### 3. 事業の目的と運営の方針

事業の目的 運営方針	<ol style="list-style-type: none"><li>1. 指定特定相談支援（計画相談支援）の事業は、利用者の意思及び人格を尊重し、常に利用者の立場に立ちながら、利用者が自立した日常生活又は社会生活を営むことができるように配慮するとともに、利用者の心身の状況、その置かれている環境等に応じて、利用者又はその家族の選択に基づき適切な保健、医療、福祉、就労支援等のサービスが多様な事業者から、総合的かつ効率的に提供されるよう配慮して行います。</li><li>2. 指定特定相談支援（計画相談支援）の事業は、利用者に提供される福祉サービス等が特定の種類又は特定の障害福祉サービス事業を行う者に不当に偏ることのないよう、公正中立に行います。</li><li>3. 市町村及び多様な事業者との連携を図り、地域において必要な社会資源の改善及び開発に努めます。</li><li>4. 自ら提供する指定特定相談支援（計画相談支援）の評価を行い、常にその改善を図ります。</li><li>5. 関係法令を遵守します。</li></ol>
---------------	---

#### 4. 従事者の勤務体制

職 種	員 数
管 理 者	1 人
相談支援専門員	1人以上

#### 5. 担当の相談支援専門員

利用者へのサービス提供を担当する相談支援専門員は、次のとおりです。

氏 名：

連絡先：0256-57-6280

## 6. 担当の相談支援専門員の交替

事業者の都合により、相談支援専門員を交替することがあります。相談支援専門員を交替する場合は、利用者に対してサービス利用上の不利益が生じないように十分に配慮するものとします。

## 7. サービス利用料金

指定特定相談支援（計画相談支援）に関する利用料金について、事業所が法律の規定に基づいて、市町村から計画相談支援費を受領する場合（法定代理受領）、利用者の自己負担はありません。事業者が計画相談支援費の代理受領を行わない場合、利用者に「サービス提供証明書」及び「領収書」を発行します。この「サービス提供証明書」及び「領収書」を市町村担当窓口へ提出した場合、全額払い戻しを受けられます。

計画相談支援費の詳細につきましては、計画相談支援給付費代理受領のお知らせに記載いたしますのでご確認ください。

障害福祉サービス等報酬改定における報酬体系の見直し等があった場合には、その都度変更点を文書にてお知らせいたします。

## 8. サービスの終了

利用者の都合によりサービスの利用を終了する場合は、速やかに次の連絡先（相談支援専門員）までご連絡ください。

連絡先：0256-57-6280

## 9. 事故発生時の対応

サービス提供により事故が発生した場合には、速やかに利用者の家族、利用者に係るサービス事業者、市町村等に連絡を行うとともに、必要な措置を講じます。

## 10. 苦情相談窓口

(1) サービス提供に関する苦情や相談は、当事業所の次の窓口でお受けします。

窓口設置場所	田上町社会福祉協議会	苦情解決責任者	富樫敏文
連絡先(電話番号)	0256-57-6280	苦情受付担当者	長谷川朋代 曾根美賀子

(2) サービス提供に関する苦情や相談は、次の機関にも申し立てることができます。

苦情受付機関	田上町役場 保健福祉課	電話番号	0256-57-6112
	新潟県社会福祉協議会 福祉サービス運営適正委員会	電話番号	025-281-5609

令和 年 月 日

サービス提供開始にあたり、上記のとおり説明しました。

事業者 所在地 新潟県南蒲原郡田上町大字原ヶ崎新田3071番地

事業者名 社会福祉法人田上町社会福祉協議会

代表者職・氏名 会長 高橋勝之 印

説明者職・氏名 \_\_\_\_\_

私は、事業者より上記の内容について説明を受け、同意しました。  
また、この文書が契約書の一部となることについても同意します。

利用者 住所 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_ 印

家族（又は法定代理人）

住所 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_ 印