

## 指定就労定着支援事業

# 重要事項説明書

この重要事項説明書は〇〇法人〇〇が提供する指定就労定着支援事業について利用契約の締結を希望される方に対して、社会福祉法第76条及び第77条並びに障害者総合支援法に基づく指定障害福祉サービス事業所の人員、設備及び運営に関する基準に基づき、サービスの内容や利用料金等について説明するものです。

### 1. 事業者の概要

経営事業者の名称	〇〇法人〇〇
法人所在地	〇〇
法人種別	〇〇法人
代表者氏名	理事長 〇〇
電話番号	098-〇〇-〇〇

### 2. 事業の目的と運営の方針

事業所の種類	指定就労定着支援
事業の目的	指定就労定着支援 障害福祉サービスを利用して通常の事業所へ雇用された利用者に対して、当該雇用に伴い生じる日常生活又は社会生活を営む上での各般の問題に関する相談等の実施、また、雇用先の事業主や障害福祉サービス事業者等との連絡調整及び連携を行い、利用者の職場への定着及び就労の継続を図る。
事業所の名称	〇〇
管理者の名称	〇〇
事業所の所在地	〇〇
電話番号・FAX番号	電話番号：098-〇〇-〇〇 FAX番号：098-〇〇-〇〇
運営方針	1) 当事業所は、利用者に対して、通常の事業所での就労の継続を図るために必要な当該通常の事業所の事業主、障害福祉サービス事業者等、医療機関その他の者との連絡調整その他の支援を適切かつ効果的に行う。 2) 当事業所は、利用者の意志及び人格を尊重し、常にその立場に立って支援を提供する。 3) 当事業所は、出来る限り居宅に近い環境の中で、地域や家庭との結びつきを重視した運営を行い、関係市町村、その他知的障害者援護施設、地域の保健医療サービス又は福祉サービスを提供するものとの連携に努める。

開設年月	平成〇年〇月〇日
通常の事業の実施地域	〇〇市、〇〇町、〇〇村
営業日及び営業時間	営業日：〇曜日～〇曜日（国民の祝日、〇月〇日から〇月〇日までを除く） 営業時間：午前〇時～午後〇時
サービス提供日及びサービス提供時間	サービス提供日：〇曜日～〇曜日（国民の祝日、〇月〇日から〇月〇日までを除く） サービス提供時間：午前〇時～午後〇時
主たる対象者	（１）身体障害者（18歳未満の者を除く） （２）知的障害者（18歳未満の者を除く） （３）精神障害者（18歳未満の者を除く） （４）難病対象者

### 3. 主な設備

設備の種類	室数	面積等
相談室	〇	〇〇㎡
多目的室	〇	〇〇㎡
〇〇	〇	〇〇㎡
男子トイレ	〇	〇〇㎡
女子トイレ	〇	〇〇㎡

### 4. 職員の配置状況

（１）職員体制 【注意】職員の配置状況は、付表、運営規程、勤務体制一覧表、事業計画書と一致するように記載して下さい。

職種	員数	区分				常勤換算後の職員
		常勤		非常勤		
		専従	兼任	専従	兼任	
管理者	1名					
サービス管理責任者	〇名					
就労定着支援員	〇名					
事務員	〇名					

当事業所では、障害者総合支援法で定められた人員基準を遵守し、上記の職種の職員を配置しています。

## (2) 勤務体制

職種	勤務体制	
管理者	勤務時間帯 (9:00～18:00)	常勤 1 名
サービス管理責任者	勤務時間帯 (9:00～18:00)	常勤〇名
就労定着支援員	勤務時間帯 (9:00～18:00)	常勤〇名、非常勤〇名
事務員	勤務時間帯 (9:00～18:00)	常勤〇名、非常勤〇名

## 5. サービスの内容

### (1) 訓練等給付費対象サービス

サービスの種類	サービスの内容
対面による相談支援、指導及び助言	月に 1 回以上、雇用に伴い生じる日常生活又は社会生活を営む上での各般の問題に関する相談、指導及び助言を対面により行います。
雇用先の事業主等、関係機関との連絡調整	月に 1 回以上、雇用先の事業所の事業主を訪問することにより、職場での状況を把握するよう努めます。
サービス利用中に離職する者への支援	サービス提供期間中に雇用された通常の事業所を離職する利用者が他の通常の事業所への就職等を希望した場合、特定相談支援事業者その他の関係者と連携し、他の障害福祉サービス事業者その他の関係者との連絡調整その他の便宜の提供を行います。
その他	〇〇〇〇〇〇

### (2) 訓練等給付費対象外サービス

サービスの種類	サービスの内容	金額
就労支援の必要な諸経費	就労や実習に取り組む際に係わる費用で、交通費等諸経費が発生した場合、負担して頂く事が適当であるもの。	実費負担
日常生活上必要となる諸経費	利用者個別の日用生活品の購入代金や病院受診費用や健康診断等に係わる費用	実費負担
その他	サービス提供記録等の複写料金 A4 サイズ 1 枚 その他証明書類 1 件	〇〇円 〇〇円

#### 【サービスの概要】

サービスは、「個別支援計画」に基づいて行われます。当事業所のサービス管理責任者が作成し、利用者の同意を頂きます。なお、「個別支援計画」は利用者に交付いたします。

## 6. 利用料金

(1) 訓練等給付費対象サービスの料金

訓練等給付費によるサービスを提供した際は、事業者が訓練等給付費の給付を市町村から直接受け取る（代理受領する）場合、サービス利用料金（厚生労働大臣の定める基準により算出した額）のうち利用者負担分（サービス利用料金全体の1割を上限）を事業者にお支払い頂きます。

なお、利用者負担額の軽減等が適用される場合は、この限りではありません。障害福祉サービス受給者証をご確認ください。

(2) 訓練等給付費等対象外サービス内容の料金

上記「5. サービスの内容、(2) 訓練等給付費対象外サービス」の項目が発生した場合はお支払い頂きます。

(3) 利用者負担金の支払方法

上記(1)、(2)の料金は1ヶ月毎に計算し、ご請求しますので以下の方法でお支払いください。

①金融機関口座からの口座引き落とし（引き落とし日 ○○日）

利用できる金融機関 ○○銀行、○○銀行

7. 利用者の記録及び情報の管理

(1) 事業者は法令に基づいて利用者の記録及び情報を適切に管理し、利用者の求めに応じてその内容を開示します。また、記録及び情報については契約の終了後5年間保管します。

※閲覧、複写が出来る窓口業務は平日の○○時～○○時までです。

複写については、料金が必要となります。

(2) 利用者の個人情報については、個人情報保護法にそった対応を行います。

但し、サービス提供を行う上での他事業所及び医療機関等との連絡調整や市町村及び関連機関に情報提供を要請された場合は利用者の同意（「個人情報の使用に係る同意書」による）に基づき情報提供を致します。

8. 事故発生時の対応

事業者は、事故が発生した場合は、県、市町村及び利用者の家族等に連絡を行なうとともに必要な措置を講じ、事故の状況及び事故に際して取った処置について記録するものとします。

また、万一の事故に備え、下記の損害保険に加入するものとし、賠償すべき事故が発生した場合は、損害賠償を適切かつ速やかに行うものとします。

(1) 損害保険会社名 ○○○○

(2) 損害保険の種類 ○○○○

(3) 損害保険の内容

① 死亡保険金○○○○

② 後遺症保険金○○○○

9. 要望・苦情等及び虐待防止に関する相談窓口

(1) 要望・苦情等

当事業所 ご利用相談窓口	窓口担当者 ○○ 解決責任者 ○○ ご利用時間 ○○時～○○時 (土・日・祝祭日・旧正月・旧盆・年始を除く) 電話番号 098-○○-○○ 担当者が不在の場合は、事務所・支援員までお申し出下さい。
市町村窓口 【注意】 市町村窓口については、通常の事業の実施地域に記載されている市町村窓口を全て記載して下さい。	○○市役所 ○○部 ○○課 所在地：○○ 電話番号：098-○○-○○
	○○市役所 ○○部 ○○課 所在地：○○ 電話番号：098-○○-○○
沖縄県福祉サービス運営適正化委員会	所在地：那覇市首里石嶺町4-373-1 (沖縄県総合福祉センター内) 電話番号：098-882-5704

10. 当事業所ご利用に際に留意いただく事項

○○○	○○○ 【注意】運営規程に記載があればその内容と一致するようにしてください。
○○○	○○○

指定就労定着支援の提供に関し、本書面に基づき重要事項の説明を致しました。

平成 年 月 日

事業所名：○○

説明者：職名

氏名

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、指定就労定着支援の提供開始に同意しました。

平成 年 月 日

利用者 住 所  
氏 名 印

身元保証人 住 所  
氏 名 印  
続 柄 (利用者との関係)  
電 話

利用者は、身体の状態等により署名ができないため、利用者本人の意思を確認のうえ、私が利用者に代わって、その署名を代筆しました。

署名代筆者 住 所  
氏 名 印  
続 柄 (利用者との関係)