

ふれあい総合相談支援センター
「指定障害児相談支援」重要事項説明書

当事業所は愛知県の指定を受けています。
愛知県指定 第2377700055号

本重要事項説明書は、当事業所と指定障害児相談支援サービスに関する利用契約の締結を希望される方に対して、事業所の概要や提供される相談支援の内容、契約上ご注意いただきたいことを説明するものです。

※ 本事業所では、利用者に対して障害者総合支援法及び児童福祉法に基づく指定障害児相談支援サービスを提供します。指定障害児相談支援サービスの利用は、原則として介護給付費等の支給決定を受けた方が対象となります。

◇◆目次◆◇

| | |
|-----------------------|----|
| 1. 事業者 | 2 |
| 2. 事業所の概要 | 2 |
| 3. 事業実施地域 | 3 |
| 4. 営業日及び営業時間 | 3 |
| 5. 職員の体制 | 3 |
| 6. 当事業所が提供するサービスと利用料金 | 3 |
| 7. サービスの利用に関する留意事項 | 10 |
| 8. 事故発生時の対応について | 11 |
| 9. 苦情等の受付について | 11 |
| 10. 虐待防止について | 12 |
| 11. 第三者評価について | 13 |

1. 事業者

| | |
|--------------------|--|
| 法人名 | 社会福祉法人 小牧市社会福祉協議会 |
| 設立年月日 | 昭和46年9月3日 |
| 代表者 | 吉田 友仁 |
| 所在地 | 小牧市小牧五丁目407番地 小牧市総合福祉施設ふれあいセンター内 |
| 電話 | (0568) 77-0123 |
| F A X | (0568) 75-2666 |
| 障害者総合支援法 関係の事業所 | 【居宅介護等サービス】 ふれあいヘルパーステーション 【地域活動支援センター】 ふれあい障害者デイサービスセンター |

2. 事業所の概要

| | |
|--------|---|
| 事業所の種類 | 指定障害児相談支援（愛知県指定237770005 5号・平成24年3月30日指定） |
| 事業所の名称 | ふれあい総合相談支援センター |
| 所在地 | 小牧市小牧五丁目407番地 小牧市総合福祉施設ふれあいセンター内 |
| 電話 | (0568) 65-7050 ※緊急携帯電話 090-9178-8038 |
| F A X | (0568) 75-2666 |
| 管理者氏名 | 長江 章 |
| 事業の目的 | <p><基本理念> 当事業所は、地域住民の公的な福祉協議体として永年にわたり、地域福祉活動、在宅福祉活動に取り組んでまいりました。ご利用者や保護者が住み慣れたこの小牧のまちで安心して暮らしただけを願って、最善の努力をしてみたいと存じます。</p> <p><運営の三原則></p> <p>① 地域の公的な社会福祉法人として、公正中立を原則として、営利にとられない事業運営に取り組みます。</p> <p>② 住み慣れた地域で快適に生活していただくために、ご利用者本位を原則としてサービス提供に取り組みます。</p> <p>③ 常に専門的な知識と技術の向上を図るとともに、広く新しい情報の収集に努め、質の高いサービス提供に取り組みます。</p> |

3. 事業実施地域

| |
|------|
| 小牧市内 |
|------|

4. 営業日及び営業時間

| | |
|----------|---|
| 営業日 | 月～金 ※休業日：土・日曜日、祝祭日、12/29～1/3 |
| 営業時間 | 午前8時30分～午後5時15分 |
| サービス提供時間 | 月～金 午前8時30分～午後5時15分 ※休業日：土・日曜日、祝祭日、12/29～1/3 |

5. 職員の体制

当事業所は、ご契約者に対して相談支援を提供する職員として、以下の職種の職員を配置しています。職員の配置については、指定基準を遵守していません。

| 職種 | 人数 | 資格 | 内容 |
|--------------------------|--------|----------------|--|
| 管理者 | 常勤1人以上 | | ・事業所の運営管理 |
| 主任相談支援専門員 | 常勤1人以上 | 社会福祉士 | ・障害児支援計画の作成 ・サービス機関の連絡調整 ・サービス実施状況の把握 ・新たなニーズへの対応 |
| 相談支援専門員（指定障害児相談支援を行う相談員） | 常勤3人以上 | 社会福祉士 介護福祉士 | |

6. 当事業所が提供するサービスと利用料金（契約書第4条参照）

（1）障害児支援計画作成の流れ

| |
|---|
| <p>① 当事業所との契約手続き</p> <ul style="list-style-type: none"> ・当事業所をご利用いただくために契約を結んでいただきます。 <p style="text-align: center;">↓</p> <p>② 状況確認</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ご自宅に訪問しご契約者のお身体の状況、置かれている環境等を把握します。 <p style="text-align: center;">↓</p> <p>③ 障害児支援計画原案の作成</p> <ul style="list-style-type: none"> ・確認された生活ニーズをもとに、ご契約者とサービス担当者等（以下「サービス担当者」という。）双方に対してサービスの方向性と目標を明確に |
|---|

することを目的に障害児支援計画原案を作成し、ご契約者及びその保護者に対して説明し、同意を得た上で決定します。



④ 小牧市役所障がい福祉課に障害児支援計画案を提出



⑤ 障害児通所支援の支給決定



⑥ サービス担当者会議の開催

- ・ 障害児支援計画案の内容をご契約者、保護者、実際にサービスの提供を行う障害児通所支援事業者等の担当者との間で共有します。



⑦ 支給決定に基づく障害児支援計画作成



⑧ 障害児支援計画実施

- ・ 障害児支援計画をご契約者等及び障害児通所支援事業者等の担当者に交付するとともに、市障がい福祉課へ計画書の写しを提出します。
- ・ 障害児支援計画に基づき、サービスが提供されます。



⑨ 状況確認・経過観察（モニタリング）

相談員は期間を定めてご契約者のご自宅を訪問し経過を把握します。このことを“モニタリング”といいます。なお、モニタリング期間は小牧市が定めます。

・ 初期モニタリング

計画されたサービスがマッチしているか、サービスが適切に提供されているかを早い時期に観察します。

・ 継続モニタリング

質の高いサービスを確保し続けるために、継続的なモニタリングを実施します。

・ 目標達成時期（終結）に向けたモニタリング

目標達成時期が近づいてきた場合、計画された目標が達成されているか、されていない場合は、その原因についてチェックし、必要があれば障害福祉サービス受給者証の内容の変更について協議を行います。



⑨ 終結

- ・ 障害児支援計画の達成時期に、安定的な生活の確保が確認された場合、障害児支援計画の終結となります。
- ・ 終結後も継続的な相談支援を提供していきます。

(2) 利用料金

自己負担はありません。

障害児支援計画を作成する費用は、障害児支援計画費（下表）として、介護給付費から当事業所へ全額給付されます。

| 基本部分 | 報酬単価 |
|-----------------------------|----------|
| (1) 機能強化型障害児支援利用援助費 (I) | 2,201 単位 |
| (2) 機能強化型障害児支援利用援助費 (II) | 2,101 単位 |
| (3) 機能強化型障害児支援利用援助費 (III) | 2,016 単位 |
| (4) 機能強化型障害児支援利用援助費 (IV) | 1,866 単位 |
| (5) 障害児支援利用援助費 (I) | 1,766 単位 |
| (6) 障害児支援利用援助費 (II) | 815 単位 |
| 基本部分 | 報酬単価 |
| (1) 機能強化型継続障害児支援利用援助費 (I) | 1,896 単位 |
| (2) 機能強化型継続障害児支援利用援助費 (II) | 1,796 単位 |
| (3) 機能強化型継続障害児支援利用援助費 (III) | 1,699 単位 |
| (4) 機能強化型継続障害児支援利用援助費 (IV) | 1,548 単位 |
| (5) 継続障害児支援利用援助費 (I) | 1,448 単位 |
| (6) 継続障害児支援利用援助費 (II) | 662 単位 |

| 加算 | 報酬単価 | 算定要件 |
|----------------------|--------------|---|
| 利用者負担 上限額管理 加算 | 150 単位 /月 | 指定障害児相談支援事業所が、指定基準 13 条に規定する利用者負担額合計額の管理を行った場合。 |
| 初回加算 | 500 単位 /月 | 障害児通所支援サービス等の利用を希望する利用者の心身の状況及び置かれている環境について、利用者との面接や関係者への聞き取りによる詳細なアセスメントを行う 利用に係る契約をした日の属する月から障害児計画案を利用者に交付した日の属する月までの期間が3か月を超える場合で、4か月目以降に月2回以上、居宅に訪問し利用者及びそのご家族と面談を行った場合は、要件を満たす月について、その月分の初回加算に相当する額を加えた額を算定 |
| 主任相談支援 専門員配 | 300 単位 /月 | 相談支援従事者主任研修を終了した常勤かつ専従の主任相談支援専門員を事業所に配置した上で、 |

| | | |
|-----------------|------------------------|---|
| 置加算（Ⅰ） | | 当該事業所又は当該事業所以外の事業所の従業者に対し当該主任相談支援がその資質の向上のために研修を実施した場合。 |
| 入院時情報連携加算（Ⅰ） | 300単位/月 | 医療機関を訪問しての情報提供（1月に1回を限度） |
| 入院時情報連携加算（Ⅱ） | 150単位/月 | 医療機関への訪問以外の方法での情報提供（1月に1回を限度） ※（Ⅰ）（Ⅱ）の同時算定不可 |
| 退院・退所加算 | 300単位/月 | 退院・退所時に相談支援専門員が医療機関等の多職種から情報収集することや、医療機関における退院・退所時のカンファレンスに参加して情報収集を行った上で障害児支援計画を作成 ※入院・入所中に3回を限度とし、初回加算を算定する場合を除く。 |
| 保育・教育等移行支援加算 | 300単位/月 | 当該月に2回以上、利用者の居宅に訪問し利用者及びそのご家族と面談を行った場合。 他機関の主催する利用者の支援内容の検討に関する会議に参加した場合。 |
| | 150単位/月 | 他機関との連携に当たり、利用者の心身の状況等に関する情報提供を文章により実施した場合（この目的のために作成した文章） |
| 医療・保育・教育機関等連携加算 | 200単位/月 面談（計画作成月） | 指定サービス利用支援等の実施時において、障害福祉サービス以外の医療機関、保育機関、教育機関等の職員と面談等を行い、必要な情報提供を受け協議等を行った上で、サービス等利用計画等を作成（1月に1回を限度） |
| | 300単位/月 面談（モニタリング月） | 継続サービス利用支援を実施する月において、障害福祉サービス以外の医療機関、保育機関、教育機関等の職員と面談等を行い、必要な情報提供を受け協議等を行った場合 |
| | 300単位/月 通院同行 | 指定・継続サービス利用支援等の実施時において、病院等に同行し、病院等の職員に対して、利用者の心身の状況、生活環境等の利用者に係る必要な情報を提供した場合（月3回、同一の病院等については月1回を限度） |

| | | |
|--|---|--|
| | 150単位 /月 情報提供 | 指定・継続サービス利用支援等の実施時において、障害福祉サービス以外の医療機関、保育機関、教育機関等の職員と面談等を行い、必要な情報提供を受け協議等を行った上で、サービス等利用計画等を作成（1月に1回を限度） |
| 集中支援加算 ※会議参加については入院時情報連携加算（I）及び退院・退所加算と選択することとし、併給不可。 | サービス利用中であって、計画決定月及びモニタリング対象月以外の月に①～⑤のいずれかの要件を満たす支援を行った場合。 要件①～④ 300単位 /月 要件⑤ 150単位 /月 | ① 障害福祉サービス等の利用に関して、利用者等の求めに応じ、月2回以上、利用者の居宅等を訪問し、利用者及び家族に面接する場合（テレビ電話装置等を活用して面談した場合を含む。ただし、月に1回は利用者の居宅等を訪問し、面接する事を要する） ② 利用者本人及び障害福祉サービス事業者等が参加するサービス担当者会議を開催した場合。 ③ 障害福祉サービスの利用に関連して、病院、企業、保育所、特別支援学校又は地方自治体等からの求めに応じ、当該機関の主催する会議へ参加した場合。 ④ 利用者が病院等に通院するに当たり、病院等を訪問し、当該病院の職員に対して、利用者の心身の状況、生活環境等の利用者に係る必要な情報を提供した場合（算定回数は月3回、同一の病院等については月1回を限度とする） ⑤ 福祉サービス等提供機関からの求めに応じて、福祉サービス等提供機関に対して利用者に関する必要な情報を提供した場合（病院及び訪問看護の事業所又はそれ以外の福祉サービス等提供機関の区分ごとに、それぞれ月1回を限度とする） |
| サービス担当者会議実施加算 | 300単位 /月 通院同行 | 継続サービス利用支援等の実施時において、利用者の居宅等を訪問し利用者面接することに加え、障害児支援計画に位置付けた福祉サービス等の担当者を招集して、利用者の心身の状況等やサービスの提供状況について確認するとともに、計画の変更その他必要な便宜の提供について検討を行う（1月に1回を限度） |

| | | |
|-----------------|-----------------------|--|
| サービス提供時モニタリング加算 | 150単位/月 情報提供 | 継続サービス利用支援等の実施時又はそれ以外の機会において、障害児支援計画等に位置付けた福祉サービス事業所等を訪問し、サービス提供場면을直接確認することにより、サービスの提供状況について詳細に把握し、確認結果の記録を作成(1月に1回を限度、かつ、相談支援専門員1人当たり1月39人を限度) |
| 行動障害支援体制加算(I) | 要件①②を満たす場合 60単位/月 | ① 強度行動障害支援者養成研修(実践研修)を修了した相談支援専門員を1名以上常勤で配置し、公表している。 |
| 行動障害支援体制加算(II) | 要件①満たす場合 30単位/月 | ② ①の相談支援により、強度行動障害児者(障害支援区分3かつ行動関連項目等の合計点数が10点以上である者)に対して現に指定計画相談支援を行っている場合。 |
| 要医療児者支援体制加算(I) | 60単位/月 | ① 医療的ケア児等コーディネーター養成研修を修了した相談支援専門員を事業所に配置すること。 ② ①の内容を公表していること。 ③ ①の相談支援専門員により、医療的ケア児者に対して現に計画相談支援を行っていること。 |
| 要医療児者支援体制加算(II) | 30単位/月 | ・ 障害児相談支援事業所の相談支援専門員のうち、地域生活支援事業として行われる研修又はこれに準ずる者として都道府県知事が認める研修の過程を終了し、当該研修事業を行ったものから当該研修課程を終了した旨の証明書を受けた者を1名以上配置していること。 ・ 上記に規定する者を配置している旨を公表していること。 |
| 精神障害者支援体制加算(I) | 要件①~④を満たす場合 60単位/月 | ① 精神障害者の障害特性や支援技法に関する研修を終了している相談支援専門員を1名以上配置していること。 ② 上記の相談支援専門員を配置していることを公表していること。 ③ 利用者が通院する病院等における看護師(精神障害者の支援に関する一定の研修を修了した |
| 精神障害者 | 要件①、② | |

| | | |
|-------------------|-----------------------|--|
| 支援体制加算(Ⅱ) | を満たす場合 30単位/月 | 者に限る)又は精神保健福祉士と連携する体制が構築されていること。 ④ 相談支援専門員により、精神障害者に対して現に指定計画相談支援を行っている場合。 |
| 高次脳機能障害者支援体制加算(Ⅰ) | 要件①～③を満たす場合 60単位/日 | ① 高次脳機能障害支援者養成研修を修了していること。 ② ①の旨を公表していること。 ③ 当該相談支援専門員により、高次脳機能障害を有する利用者に対して現に指定計画相談支援を行っている場合。 |
| 高次脳機能障害者支援体制加算(Ⅱ) | 要件①～②を満たす場合 30単位/日 | |
| ピアサポート体制加算 | 100単位/月 | ピアサポートの専門性について、障害児と同じ目線に立って相談・助言等を行うことにより、本人の自立に向けた意欲の向上や地域生活を続ける上での不安の解消などに効果があることを踏まえ、一定の要件を設けた上で評価するもの。 |
| 地域生活支援拠点等相談強化加算 | 700単位/回 | ・相談支援事業所が、障害の特性に起因して生じた緊急事態その他の緊急に支援が必要な事態が生じた障害児が短期入所を利用する場合において、短期入所事業所に対して、障害児に関する必要な情報提供や利用のための調整を行った場合。 |
| 地域体制強化共同支援加算 | 2000単位/月 | 市町村により地域生活支援拠点等として位置づけられていることを定めていること又は地域生活支援拠点等に係る関係機関との連携体制を確保するとともに、協議会に定期的に参加している場合 |

※令和6年4月1日給付改正

(3) 交通費

| 項 目 | 自己負担額 | 摘 要 |
|-------|--------|----------------------------|
| ①小牧市内 | 無料 | |
| ②小牧市外 | 100円 | 通常の事業の実施地域を越える地点から片道10km以下 |
| | 100円加算 | 10kmを越す場合は、5km増すごとに |

(4) 利用料金のお支払い方法

* 料金が発生する場合は、1ヶ月ごとに計算しご請求しますので、翌月15日までに以下のいずれかの方法でお支払いください。

| |
|---|
| ア. ふれあいセンター窓口での現金支払い |
| イ. 下記指定口座への振り込み |
| ①三菱UFJ銀行 小牧支店 普通預金 40095 名義 社会福祉法人 小牧市社会福祉協議会 会長 吉田友仁 |
| ②郵便局 記号 12150 番号 88718521 名義 小牧市社会福祉協議会 |
| ウ. 金融機関口座からの自動引き落とし |
| 〔収納業者〕SMBCファイナンスサービス(株) |
| 〔手数料〕無料(当事業所が負担します) |
| 〔手続き〕ご希望の方はお申し出ください。所定の用紙をお渡しします。 |

7. サービスの利用に関する留意事項

(1) サービス提供を行う相談員

サービス提供時に、担当の相談員を決定します。担当の相談員が交替する場合は、予めご契約者に説明するとともに、ご契約者及びその保護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します。

ご契約者から特定の相談員を指名することはできませんが、相談員についてお気づきの点やご要望がありましたら、苦情受付窓口等にご遠慮なく相談ください。

(2) ご契約者の記録や情報の管理、開示について(契約書第7条参照)

本事業所では、サービス提供に関する記録を整備し、サービス提供開始日、または契約締結日から5年間保存します。事業所の窓口業務時間(月～金午前8時30分～午後5時15分)に自分の記録をみることができますし、

実費を負担してコピーすることができます。

※本事業における記録の項目は次のとおりです。

- (1) サービス等利用計画
- (2) アセスメントの記録
- (3) サービス担当者会議等の記録
- (4) モニタリング結果の記録
- (5) ご契約者の障害の状態ならびに給付等の受給状況について、厚生労働省令で義務付けられた市町村への通知事項
- (6) ご契約者からの苦情の内容等の記録
- (7) 事故の状況の及び事故に際しての対応の記録

8. 事故発生時の対応について

- (1) 利用者に対する指定計画相談支援の提供により事故が発生した場合は、小牧市、利用者の家族等に連絡を行うとともに、必要な措置を講じます。また、利用者に対する指定計画相談支援の提供により賠償すべき事故が発生した場合は、損害賠償を速やかに行います。

| | |
|--------|--------------|
| 市町村名 | 小牧市 |
| 担当部・課名 | 福祉部 障がい福祉課 |
| 電話番号 | 0568-76-1127 |

- (2) 損害賠償保険への加入（契約書第8条参照）

本事業者は、下記の損害賠償保険に加入しています。

保険会社名 あいおい損害保険株式会社

保険名 社会福祉・介護保険施設総合保険

補償の概要 身体にかかる賠償・・・最大500,000,000円

財物にかかる賠償・・・・・・・・・・最大 50,000,000円

9. 苦情等の受付について（契約書第13条参照）

- (1) 当事業所における苦情の受付及びサービス利用等のご相談

サービスに対する苦情やご意見、利用料のお支払や手続きなどサービス利用に関するご相談、利用者の記録の情報開示の請求は以下の専用窓口で受け付けます。

○苦情受付担当者 ふれあい総合相談支援センター係長 伊藤 凡子

○苦情解決責任者 相談支援課長 長江 章

○連絡先 0568-65-7050

○受付時間 毎週月曜日～金曜日 午前8時30分～午後5時
(祝日・年末年始を除く)

(2) 第三者委員

当事業所では、地域にお住まいの以下の方を第三者委員に選任し、地域住民の立場から本事業所のサービスに対するご意見などをいただいています。利用者は、当事業所への苦情やご意見を「第三者委員」に相談することができます。

第三者委員へ相談をご希望の場合は、当事業所の苦情受付担当者へお申し出いただければ、第三者委員から連絡を入れさせていただきます。

<第三者委員一覧>

| 名 前 | 所 属 |
|--------|--------------------------|
| 尾関 龍彦 | 社会福祉法人小牧市社会福祉協議会 監事 |
| 倉知 正人 | 民生委員・児童委員 |
| 稲垣 ヒロ子 | 人権擁護委員・小牧市社会福祉協議会心配ごと相談員 |

(3) 行政機関その他苦情受付機関窓口

| | |
|------------------------|--|
| 小牧市役所 福祉部 障がい福祉課 | 所在地 小牧市堀の内三丁目1番地 電話番号 (0568) 76-1127 (直通) FAX (0568) 76-4595 受付時間 午前9時～午後4時 |
| 愛知県社会福祉協議会 運営適正化委員会 | 所在地 名古屋市東区白壁一丁目50番地 愛知県社会福祉会館内 電話番号 (052) 212-5515 FAX (052) 212-5514 受付時間 午前9時～午後5時 |

10. 虐待防止について

利用者等の人権の擁護・虐待の防止等のために、次に掲げるとおり必要な措置を講じるとともに、サービス提供中に当該事業所従業者または養護者（利用者の家族等障がい者・障がい児等を現に養護する者）による虐待を受けたと思われる利用者を発見した場合は、速やかに小牧市子育て世代包括支援センターまたは春日井児童相談センターに通報します。

- ① 虐待防止に関する責任者の選定
- ② 成年後見制度の利用支援
- ③ 苦情解決体制の整備
- ④ 従業者に対する虐待防止のための定期的な研修の実施

11. 第三者評価について

(1) 提供するサービスの評価の実施状況

| | | |
|----------|---|-----|
| 第三者評価の実施 | 有 | 無 |
| 実施年月日 | 年 | 月 日 |
| 実施評価機関 | | |
| 評価結果 | | |

<重要事項説明書付属文書>

1. サービス提供における事業者の義務

当事業所では、ご契約者に対してサービスを提供するにあたり次のことを守ります。

①安全配慮義務

事業者は、サービスの提供にあたって、ご契約者の生命、身体、財産の安全・確保に配慮します。

②説明義務

事業者は、本契約に基づく内容について、ご契約者の質問等に対して適切に説明します。

③守秘義務

私たち相談員は、指定障害児相談支援サービスの提供に際して、ご契約者の個別性に配慮し、人間としての尊厳を守ります。同時に、ご契約者及び保護者のプライバシーを保護するために、職務上知り得る個人情報及び個人の秘密を守り、これを他の目的には使用しません。なお、秘密は相談員の職を辞した後にもこれを守ります。

④身体拘束の禁止

事業者は、ご契約者又は他の利用者等の生命又は身体を保護するため緊急やむを得ない場合を除いて、身体的拘束その他ご契約者の行動を制限する行為を行わないという視点を大切にします。

⑤個人情報の取り扱い

ご契約者及び保護者の個人情報は、個人情報保護法を厳格に遵守し、それぞれの同意のもと、障害福祉サービス等の利用を目的として適正に取り扱います。

2. サービス利用をやめる場合（契約の終了について）

契約の有効期間は、契約締結日からご契約者の支給決定期間の有効期間満了日までですが、契約期間満了日の7日前までにご契約者から契約終了の申し出がない場合には、契約は更に新たな認定の有効期間満了日まで同じ条件で更

新され、以後も同様となります。但し、以下のような事項に該当するに至った場合は、当事業所との契約は終了します。

(1) 自動で契約終了する場合

- ① ご契約者が死亡した場合
- ② ご契約者が障害者施設に入所した場合
- ③ 事業者が解散した場合、破産した場合又はやむを得ない事由により事業所を閉鎖した場合
- ④ 当事業所が事業所の指定を取り消された場合又は指定を辞退した場合
- ⑤ ご契約者から解約又は契約解除の申し出があった場合（詳細は以下をご参照ください。）
- ⑥ 事業者から契約解除を申し出た場合（詳細は以下をご参照ください。）

(2) ご契約者からの解約、又は契約解除の申し出

契約の有効期間であっても、ご契約者から利用契約を解約することができます。この場合には、契約者は契約終了を希望する日の7日前までに解約届出書をご提出ください。

但し、以下の場合には、即時に契約を解約・解除することができます。

- ① 事業者が作成したサービス等利用計画に同意できない場合
- ② 事業者が正当な理由なく本契約に定める指定相談支援を実施しない場合
- ③ 事業者が守秘義務に違反した場合
- ④ 事業者が故意又は過失によりご契約者もしくはその保護者の身体・財産・信用等を傷つけ、又は著しい不信行為、その他本契約を継続しがたい重大な事情が認められる場合

(3) 事業者からの契約解除の申し出

以下の事項に該当する場合には、本契約を解除させていただくことがあります。

- ① ご契約者またはその身元引受人およびご家族が、契約締結時にその心身の状況及び病歴等の重要事項について、故意にこれを告げず、又は不実の告知などを行い、その結果、本契約を継続しがたい重大な事情を生じさせた場合
- ② ご契約者またはその身元引受人およびご家族が、故意又は重大な過失により事業者又はサービス従事者もしくは他の利用者等の生命・身体・財産・信用等を傷つけ、又は著しい不信行為（叩くなどの身体暴力、大声を発することや怒鳴る等を含む精神的圧力、体を触る・性的な言動等のセクシャルハラスメント等）を行うことなどによって、本契約を継続しがたい重大な事情を生じさせた場合

令和 年 月 日

指定障害児相談支援サービスの提供の開始に際し、本書面に基づき重要事項の説明を行いました。

管理者 所在地 小牧市小牧五丁目 407 番地
小牧市総合福祉施設ふれあいセンター内
名称 社会福祉法人 小牧市社会福祉協議会
ふれあい総合相談支援センター
説明者 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、指定障害児相談支援サービスの提供開始に同意しました。

利用者 住 所 _____
氏 名 _____

家族・代理人（当てはまる方に○印をつけてください。）

住 所 _____
氏 名 _____