

| | | | | | | | |
|------------------|--|--------------|--------------|------|--------------|-------|---|
| 法人名 | NPO法人KIHON | | | | | | |
| <放課後等デイ> 定員: 10名 | | | | | | | |
| 事業所名 | HIROキッズ | | | | | | |
| | 令和3年2月15日現在 | | | | | | |
| 住所 | 〒834-0113 八女郡広川町川上57-6 | | | | | | |
| TEL | 0943-24-9368 | | FAX | | 0943-24-9374 | | |
| 事業内容 | <p>私たちはコミュニケーションが苦手なお子様を対象に、福祉の活動を行っています。お子様の健全育成、社会参加、自立のお手伝いを行います。平日は学校から来所して学習をします。終わったら好きな活動を行います。できるだけ外で遊ぶ活動も取り入れています。週に2~3回、学習の先生に来てもらって、本人のペースに合わせた学習指導をしています。作業療法士も週に3回来て、手指や運動の感覚を注視しながら関わっています。学習の先生、作業療法士はお陰様で好評です。</p> | | | | | | |
| 利用者構成 | ※主な対象障害に「◎」、対応可能な障害に「○」を記入してください。 | | | | | | |
| | 障害種別 | 身体障害 | 知的障害 | 精神障害 | 発達障害 | 重症心身 | |
| | | | ◎ | ○ | ◎ | | |
| | ※年齢構成は該当者があれば「○」を記入してください。 | | | | | | |
| | 年齢/性別 | 小学生 (低学年) | 小学生 (高学年) | 中学生 | 高校生 | | |
| | 男児 | ○ | ○ | ○ | ○ | | |
| | 女児 | ○ | ○ | ○ | ○ | | |
| | ○補足があればお書きください | | | | | | |
| 職員構成 | 職員数 | | 男性 | 女性 | | | |
| | | | 7名 | 4名 | | | |
| | ※専門職について(記載がないものは追記してください) | | | | | | |
| | 理学療法士 | 言語聴覚士 | 作業療法士 | 保育士 | 看護師 | 社会福祉士 | |
| | 名 | 名 | 1名 | 名 | 名 | 1名 | 名 |
| 食事・必要経費 | ※必要経費について記入してください | | | | | | |
| | <p>・おやつ代: 無し ・1日利用の際の食事提供: 有 (昼食代: 250円) ・ ・ ・</p> | | | | | | |
| 利用日時 | <p>学校営業日 平日: 15時 ~17時30分 土日祝日: 10時 ~17時 お盆、正月は休みます</p> | | | | | | |
| 送迎の有無 | <p>有・無 <送迎エリア・費用・土日祝も送迎可能かなど> 広川町・八女市・久留米市・筑後市など(片道25分が目安です) 費用無し 土日祝日も送迎します</p> | | | | | | |

| | | |
|---------------|--|--|
| 1日の流れ 年間行事 | (平日) 放課後 送迎 15時 学習、おやつ 個別活動または集団活動 17時 帰りの会 順次送迎 閉室 | (土日祝日・学校休業日) 送迎 10時 朝の会、静かな時間(学習) 11時 自由時間 12時 昼食 13時 体験活動など 15時 個別活動または集団活動 16時半 帰りの会 順次送迎 |
|---------------|--|--|

アピールポイント

家庭的な柔らかい雰囲気です。お子様の自主性を大切にします。守るべきルールやマナーはくり返し伝えて習慣にするように促します。コミュニケーションを大切にしています。学習の先生、作業療法士の職員の関わりはお陰様で好評です。HIROキッズは令和3年3月に6年目を迎えます。

＜児童発達支援＞ 定員： 名

事業所名

平成 年 月 日現在

住所

TEL

FAX

事業内容

※主な対象障害に「◎」、対応可能な障害に「○」を記入してください。

| | | | | | | | |
|------|------|------|------|------|------|--|--|
| 障害種別 | 身体障害 | 知的障害 | 精神障害 | 発達障害 | 重症心身 | | |
| | | | | | | | |

○補足があればお書きください

職員構成

| | | |
|-----|----|----|
| 職員数 | 男性 | 女性 |
| | 名 | 名 |

※専門職について(記載がないものは追記してください)

| | | | | | | | |
|-------|-------|-------|-----|-----|---|---|---|
| 理学療法士 | 言語聴覚士 | 作業療法士 | 保育士 | 看護師 | | | |
| 名 | 名 | 名 | 名 | 名 | 名 | 名 | 名 |

食事・必要経費

※必要経費について記入してください

・おやつ代： 円
 ・1日利用の際の食事提供： 有 or 無 (昼食代： 円)

| | | |
|---------------|-------|---|
| 利用日時 | | |
| 送迎の有無 | 有 ・ 無 | <送迎エリア・費用・土日祝も送迎可能など> |
| 1日の流れ 年間行事 | | |
| アピールポイント | | |
| 日中一時支援 | 有 | <備考> 日中一時支援のみの契約は受け付けておりません。 |
| 車いす対応の有無 | 無 | <備考> 車両・居住スペースの確保が難しく、現在は受け付けておりません。 |
| 医療ケア | 不可 | <備考> |

《写真》