

浜松市ソーシャルクラブ活動実施要綱

(趣旨)

第1条 浜松市は、精神障害者の社会的自立を図るため、事業の一環としてソーシャルクラブ活動を実施するものとし、その実施について必要な事項はこの要綱の定めるところによる。

(ソーシャルクラブ活動)

第2条 浜松市が実施するソーシャルクラブ活動(以下「クラブ活動」という。)は、精神障害者の社会性及び自主性を養い自発的に社会参加できるようになることを目的として次の活動を行うものとする。

(1) 創作活動に関するもの

(2) スポーツ、レクリエーション活動に関するもの

(3) 調理に関するもの

(4) 前3号に掲げるもののほか、精神障害者の社会復帰のために市長が必要と認める活動

2 クラブ活動の実施日時、実施場所、実施内容に関することは、市長が別に定める。

(参加資格)

第3条 クラブ活動に参加できる者は次の各号に該当する者でクラブ活動上支障がないと認められる者とする。

(1) 北区、天竜区、浜北区に居住している者。

(2) 現に精神科医療機関に通院しており、主治医の承諾のある者。

(3) 介護保険に該当しない者。

(参加手続き)

第4条 前条に規定する参加資格を有するものがクラブ活動に参加しようとするときは、浜松市ソーシャルクラブ利用申込書(第1号様式)と主治医の意見書(第2号様式)を市長に提出しなければならない。

2 市長は、前項の申込書の提出を受けたときは、その内容を審査し、かつ、当該申込者と面接をしたうえ適当と認められたものに対しクラブ活動への参加を決定するものとする。

(雑則)

第5条 この要綱に定めるもののほか、クラブ活動の実施について必要な事項は、市長が別に定める。

附則

この要綱は、平成24年4月1日から施行する。

第1号様式

浜松市ソーシャルクラブ 利用申込書

平成 年 月 日

(あて先)
浜松市長 鈴木康友

浜松市ソーシャルクラブ(精神障害者デイケア)への参加を希望しますので、申し込みます。

なお、参加にあたっては裏面の事項について了承します。

ふりがな

申込者氏名 :

住 所 : 浜松市

電話番号 :

生年月日 : 昭和 年 月 日 ()歳

受診医療機関 :

主治医氏名:

ふりがな

家族氏名 :

住 所 :

電話番号 :

今年度 参加目標

(具体的に記入して下さい。)

*** 浜松市ソーシャルクラブ(精神障害者デイケア)参加にあたっては
以下の事項について了承します。**

- ・ 参加するにあたり、精神・身体面等の注意点について浜松市より主治医に確認をすることがあります。
- ・ 緊急の場合、スタッフの判断により主治医に連絡をします。

浜松市ソーシャルクラブ参加にあたっては、以下の注意を守ります。

1. 浜松市ソーシャルクラブに必要なものは持ち込みません。
2. 他の参加者へ迷惑や危険を及ぼす行為等集団を乱すことはいたしません。
3. 政治・宗教・その他勧誘活動等の個人又は組織の利益となるような行為はいたしません。
4. 浜松市ソーシャルクラブ実施中は、事故をおこさないように充分注意します。万一、スタッフの指示に従わず、発生した事故については責任を問いません。
この場合には、自己で加入している保険又はスポーツ安全保険にて対応します。
5. 体調の悪いときの参加は見合わせます。
6. 持ち物は自己の責任で管理します。

以上の点について同意します。

氏名(自筆)

スポーツ安全保険
(どちらかに 印をつけて下さい。)

スポーツ保険に 1. 加入します。(保険料1600円)

*ただし、申込者が5名に満たない場合は、個人的に保険会社と契約していただくことになります。ご了承下さい。

2. 加入しません。 自分で保険会社と契約します。

どこの会社の保険にも加入しません。
私が一切の責任を負うことを誓約します。

第2号様式

主治医の意見書

浜松市ソーシャルクラブの利用を希望する者	住所	浜松市		
	氏名		生年 月日	S H 年 月 日
診断名	①主たる精神障害 () ②従たる精神障害 () ③身体合併症 ()			
病歴	過去入院 回数 程度 通算 年位 前回入院期間 年 月～ 年 月 病院名 通院 1月あたり 日位通院 (直近について記載)			
現在の症状				
浜松市ソーシャルクラブ参加の可否と理由	可・否 ()			
浜松市ソーシャルクラブ利用時の留意点	(症状悪化の兆候など、指導上参考となることについて記載願います)			
その他参考となる意見				

※この意見書は、診療情報提供料（A）に該当します。

平成 年 月 日

医療機関名
所在地
電話番号
医師氏名

㊞