**通所型サービスＣ重要事項説明書**

　あなたに対するサービスの提供開始にあたり、当事業者があなたに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　○○会 |
| 主たる事務所の所在地 | 函館市○○町○番○号 |
| 代表者（職名・氏名） | 理事長　○○　○○ |
| 電話番号 | ○○○○‐○○‐○○○○ |
| ファックス番号 | ○○○○‐○○‐○○○○ |

２　ご利用事業所の概要

|  |  |
| --- | --- |
| ご利用事業所の名称 | ○○介護サービス事業所　**←　今の事業所名と同一で可** |
| 事業所の所在地 | 函館市○○町○番○号 |
| 電話番号 | ○○○○‐○○‐○○○○ |
| ファックス番号 | ○○○○‐○○‐○○○○ |
| 管理者の氏名 | ○○　○○ |
| 通常の事業の実施地域 | 函館市（○○町を除く） |

３　運営方針

当事業所は、利用者の方へ、その心身の状況、置かれている環境等に応じて、通所の方法により、３か月から６か月までの期間に、保健・医療の専門職が、運動器の機能向上のプログラムまたは口腔機能向上のプログラムを実施することによって、要介護状態となることの予防または要支援状態等の軽減もしくは悪化の防止および地域における自立した日常生活の支援を行うほか、利用者の方自らが介護予防に資する取組みの動機付け等を行うことによって、利用者の方が、サービスの終了後においても、継続的に生活機能を維持していくことを目指します。

４　提供するサービスの内容

　　事業者が設置する事業所に通っていただき、生活に関する相談や助言、健康状態の確認や機能訓練等を行うことにより、利用者の心身機能の維持・改善を図るサービスです。

５　営業日時

|  |  |
| --- | --- |
| 営業日 | ○曜日から○曜日まで  ただし、祝日、○月○日から○月○日までを除く。 |
| 営業時間 | 午前○時から午後○時まで  （サービス提供時間　午前○時から午後○時まで） |

６　事業所の職員体制

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 従業者の職種 | 人数 | 勤務の形態 |
| 管理者 | １人 | 常勤１人 |
| 従業者①（アセスメント・プログラム作成等） | ○人 | 常勤○人、非常勤　○人 |
| うち理学療法士 | ○人 | 常勤○人、非常勤　○人 |
| うち看護師 | ○人 | 常勤○人、非常勤　○人 |
| 従業者②（従業者①と協働しての機能訓練等） | ○人 | 常勤○人、非常勤　○人 |

７　利用料

あなたがサービスを利用した場合の「基本利用料」は以下のとおりであり、お支払いいただく「利用者負担金」は、原則として負担割合証に応じた基本利用料の１割または２割の額です。ただし、支給限度額を超えてサービスを利用する場合、超えた額の全額をご負担いただきます。

（１）通所型サービスＣの利用料

①基本部分

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| サービス名称 | 基本利用料  （１時間あたり） | 利用者負担金  （１割） | 利用者負担金  （２割） |
| 通所型サービスＣ | １，４００円 | １４０円 | ２８０円 |

②基本部分の加算・減算

以下の要件を満たす場合は、①の基本部分は下記のとおり算定します。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 加算・減算の種類 | 加算・減算の要件 | 加算・減算による算定額 |
| 送迎加算（片道） | 利用者の送迎を行った場合 | 基本利用料＋４７０円 |
| 人員基準減算 | 従業者の配置数が人員基準上必要とされる員数を下回った場合 | 基本部分の７０％ |
| 定員超過減算 | 利用者数が定員を超過している場合 | 基本部分の７０％ |

③加算部分

以下の要件を満たす場合は、①の基本部分に下記の料金が加算されます。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 加算の種類 | 加算の要件 | 加算額 |
| 中山間地域等に居住する者へのサービス提供加算 | 中山間地域において、通常の事業の実施地域以外に居住する利用者へサービス提供した場合 | 基本部分の５％ |

８　キャンセル料

　　利用予定日の直前にサービス提供をキャンセルした場合は、以下のとおりキャンセル料をいただきます。ただし、あなたの体調や容体の急変など、やむを得ない事情がある場合は、キャンセル料は不要とします。

|  |  |
| --- | --- |
| キャンセルの時期 | キャンセル料 |
| 利用予定日の前日 | 利用者負担金の○○％の額 |
| 利用予定日の当日 | 利用者負担金の○○％の額 |

　（注）利用予定日の前々日までのキャンセルの場合は、キャンセル料は不要です。

９　利用料の支払い方法

利用料（利用者負担分の金額）は、１か月ごとにまとめて請求しますので、次のいずれかの方法によりお支払いください。

|  |  |
| --- | --- |
| 支払方法 | 支払要件等 |
| 口座引き落とし | サービスを利用した月の翌月の○日（祝休日の場合は直前の平日）に、あなたが指定する下記の口座から引き落とします。  ○○銀行　○○支店　普通口座 ○○○○○○○ |
| 銀行振り込み | サービスを利用した月の翌月の○日（祝休日の場合は直前の平日）までに、事業者が指定する下記の口座にお振り込みください。  ○○銀行　○○支店　普通口座 ○○○○○○○ |
| 現金払い | サービスを利用した月の翌月の○日（休業日の場合は直前の営業日）までに、現金でお支払いください。 |

10　苦情申立窓口

|  |  |
| --- | --- |
| 事業所相談窓口 | 窓口担当者　○○　○○  電話　○○－○○○○　　ＦＡＸ　○○－○○○○ |
| 函館市保健福祉部  高齢福祉課 | 住所　函館市東雲町４番１３号  電話　２１－３０２５　　ＦＡＸ　２６－５９３６ |
| 北海道国民健康  保険団体連合会 | 住所　札幌市中央区南２条西１４丁目  電話　０１１－２３１－５１７５ |

11　サービスの利用にあたっての留意事項

　　サービスのご利用にあたってご留意いただきたいことは、以下のとおりです。

（１）サービスの利用中に気分が悪くなったときは、すぐに職員にお申し出ください。

（２）複数の利用者の方々が同時にサービスを利用するため、周りの方のご迷惑にならないようお願いします。

（３）体調や容体の急変などによりサービスを利用できなくなったときは、できる限り早めに担当のケアマネジャーまたは当事業所の担当者へご連絡ください。

　平成 　 年 月 日

事業者は、利用者へのサービス提供開始にあたり、上記のとおり重要事項を説明しました。

事　業　者　　事業者(法人)名

　　　　　　　事　業　所　名

職　・　氏　名　　　　　　　　　　　　印

私は、事業者より上記の重要事項について説明を受け、同意しました。

　　　　　　 利　用　者　　住　所

氏　名　　　　　　　　 　　　　　印

代　筆　者　　住　所

本人との続柄

氏　名　　　　　　　　　 　　　　 　　印