**訪問型サービスＡ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、利用者が可能な限りその居宅において、要支援状態等の維持もしくは改善を図り、または要介護状態となることを予防し、自立した日常生活を営むことができるよう、調理、洗濯、掃除等の生活援助を行うことにより、利用者の生活機能の維持または向上を目指します。

４　提供するサービスの内容

　　訪問介護員等がお宅を訪問し、日常生活に必要な調理、洗濯、掃除等の家事を行います。サービスの提供に当たっては、利用者ができることは利用者が行うことを基本とします。

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 |
| サービス提供責任者 | ○人 | 常勤○人 |
| 従事者 | ○人 | 常勤○人、非常勤　○人 |
| 　うち介護福祉士 | ○人 | 常勤○人、非常勤　○人 |
| 　うち介護職員初任者研修等修了者 | ○人 | 常勤○人、非常勤　○人 |
| 　うち訪問型サービスＡ従事者養成研修修了者 | ○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）訪問型サービスＡの利用料

①基本部分

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| サービス名称 | 基本利用料（１回あたり） | 利用者負担金（１割） | 利用者負担金（２割） |
| 訪問型サービスＡ | ２，２２０円 | ２２２円 | ４４４円 |

②基本部分の減算

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。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 減算の種類 | 減算の要件 | 減算による算定額 |
| 同一建物減算 | 当事業所と同一建物に居住する利用者に対してサービス提供する場合  | 基本部分の９０％ |

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 |
| 特別地域加算 | 当事業所が特別地域に所在する場合  | 基本部分の１５％ |
| 中山間地域等における小規模事業所加算 | 当事業所が中山間地域に所在し、１月あたりの実利用者数が５人以下の小規模事業所である場合  | 基本部分の１０％ |
| 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）サービス提供の際、従事者は以下の業務を行うことができませんので、あらかじめご了解ください。

　　①医療行為及び医療補助行為

　　②各種支払いや年金等の管理、金銭の貸借など、金銭に関する取扱い

　　③他の家族の方に対する食事の準備 など

（２）従事者に対し、贈り物や飲食物の提供などはお断りいたします。

（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