

## 介護予防通所型サービス事業 通所型サービスA（短時間型）契約書兼重要事項説明書

あなた（利用者）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	社会福祉法人伊豆の国市社会福祉協議会
主たる事務所の所在地	〒410-2123 伊豆の国市四日町302-1
代表者（職名・氏名）	会 長 高 田 幸 久
設 立 年 月 日	平成17年 4月 1日
電 話 番 号	055-949-5818

### 2. ご利用事業所の概要

ご利用事業所の名称	伊豆の国市社協デイサービスセンターにらやま	
サービスの種類	通所型サービスA（短時間型）	
事業所の所在地	〒410-2123 伊豆の国市四日町302-1	
電 話 番 号	055-949-9216	
指定年月日・事業所番号	平成17年 4月 1日指定	2270800028
利 用 定 員	定員30人	
事業の実施地域	伊豆の国市	
第三者評価事業	実施なし	

### 3. 事業の目的と運営の方針

事業の目的	要支援状態にある利用者が、その有する能力に応じ、可能な限り居宅において自立した日常生活を営むことができるよう、生活の質の確保及び向上を図るとともに、安心して日常生活を過ごすことができるよう、介護予防サービスを提供することを目的とします。
運営の方針	事業者は、利用者の心身の状況や家庭環境等を踏まえ、介護保険法その他関係法令及びこの契約の定めに基づき、関係する市町村や事業者、地域の保健・医療・福祉サービス等と綿密な連携を図りながら、利用者の要支援状態の軽減や悪化の防止、もしくは要介護状態となることの予防のため、適切なサービスの提供に努めます。

### 4. 提供するサービスの内容

通所型サービスA（短時間型）は、事業者が設置する事業所（デイサービスセンター）に通っていただき、生活等に関する相談及び助言、健康状態の確認やその他利用者に必要な日常生活上の世話及び機能訓練を行うことにより、利用者の心身機能の維持を図るサービスです。

## 5. 営業日時

営業日	水曜日と金曜日。 ただし、祝日、12月29日から1月3日及び事業所が指定した日を除く。
営業時間	午前8時30分から午後5時15分まで
サービス提供時間	午後1時00分から午後2時30分まで

## 6. 事業所の職員体制

従業者の職種	勤務の形態・人数
管理者	1人（他業務と兼務）
従業者	3人以上
事務職員	必要に応じて

## 7. サービス提供の責任者

あなたへのサービス提供の管理責任者（管理者）は下記のとおりです。

サービス利用にあたって、ご不明な点やご要望などありましたら、何でもお申し出ください。

管理責任者の氏名	管理者 横山 知美
----------	-----------

## 8. 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、あなたからお支払いいただく「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です。ただし、介護保険の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) 利用料

認定区分	基本料金（1割負担）	介護職員処遇改善加算 （IV）（1割負担）	合計料金（1割負担）
事業対象者	1,079円/月	69円/月	1,148円/月
要支援1	1,079円/月	69円/月	1,148円/月
要支援2（週2回利用）	2,173円/月	139円/月	2,312円/月
要支援2（週1回利用）	1,087円/月	70円/月	1,157円/月

※2割、3割負担の利用者は、合計金額に負担割合を乗じた金額となります。

## (2) 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	無 料
利用予定日の当日	1, 0 0 0 円

(注) 利用予定日の前々日までのキャンセルの場合は、キャンセル料不要です。

## (3) 支払い方法

上記(1)から(2)までの利用料(利用者負担分の金額)は、1ヶ月ごとにまとめて請求しますので、下記の方法によりお支払いください。

支払い方法	支払い要件等
口座引き落とし	サービスを利用した月の翌月(祝休日の場合は直前の平日)に、あなたが指定する口座より引き落とします。

## 9. 緊急時における対応方法

サービス提供中に利用者の体調や容体の急変、その他の緊急事態が生じたときは、速やかに下記の主治医及び家族等へ連絡を行う等、必要な措置を講じます。

利用者の主治医	医 療 機 関 の 名 称	
	氏 名	
	所 在 地	
	電 話 番 号	
緊急連絡先 (家族等)	氏名(利用者との続柄)	続柄:
	電 話 番 号	

## 10. 事故発生時の対応

サービスの提供により事故が発生した場合は、速やかに利用者の家族、担当の地域包括支援センター及び伊豆の国市等へ連絡を行うとともに、必要な措置を講じます。

## 11. 苦情相談窓口

(1) サービス提供に関する苦情や相談は、当事業所の下記の窓口でお受けします。

事業所相談窓口	電話番号 055-949-9216 面接場所 当事業所の相談室
---------	------------------------------------

(2) サービス提供に関する苦情や相談は、下記の機関にも申し立てることができます。

苦情受付機関	伊豆の国市健康福祉部長寿介護課	電話番号 0558-76-8009
	静岡県国民健康保険団体連合会	電話番号 054-253-5590

## 12. 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地域包括支援センター又は当事業所の担当者へご連絡ください。

令和 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 所在地 伊豆の国市四日町302番地の1  
事業者(法人)名 (福)伊豆の国市社会福祉協議会  
代表者職・氏名 会長 高田幸久 印  
説明者職・氏名 従業者 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。  
また、この文書が契約書の別紙(一部)となることについても同意します。

利用者 住所  
氏名 印

署名代行者(又は法定代理人)  
住所  
本人との続柄  
氏名 印

立会人 住所  
氏名 印