

訪問型サービス B（住民主体等）重要事項説明書

1 事業者

名称	△△△△△
所在地	佐野市
電話番号	0 2 8 3 - -
代表者氏名	
管理者氏名	
設立年月日	平成 年 月 日

2 事業実施区域

佐野市〇〇地域・△△地域・□□地域

3 営業時間

営業日	毎週 曜日 （ただし、1 2 月 2 9 日から 1 月 3 日までを除く）
サービス提供時間	午前 時 から 午後 時

4 従業員体制

管理者、担い手を配置し、サービスを提供します。

5 サービス内容

利用者の居宅に担い手を派遣し、生活援助及びその他日常生活上の援助を行うものです。

6 事業の目的と運営方針

利用者が可能な限りその居宅において、自立した日常生活を営むことができるよう、利用者の状態を踏まえながら生活援助等の支援を行うことにより、利用者の生活機能の維持又は向上をめざします。

7 利用料について

（1）利用料

- ・ 訪問：1 回 45 分～60 分程度 〇〇〇円
- ・ 20 分未満の生活援助等：1 回 〇〇円
- ・ 食事代や、利用者の希望による作業や行事の材料代は、実費負担となります。

（2）利用料お支払い方法

- ① 利用料は請求書によりお支払いください。
- ② 口座引き落としを利用できる場合があります。希望される方はご相談ください。

8 サービスの利用に関する留意事項

(1) 従業員について

サービスの提供時にあたっては、複数の従業員が交替してサービス提供させていただくことになります。

(2) サービス提供について

- ① サービスは「介護予防ケアマネジメント」にもとづいて行ないます。
- ② サービス実施のために必要な備品等（水道・ガス・電気を含む）は無償で使用させていただきます。また、従業員が事業所に連絡する場合、電話を使用させていただくことがあります。

(3) 利用の中止、変更、追加

- ① 利用予定日の前に、利用者の都合により、サービスの利用を中止又は変更を希望される場合は、サービス提供の24時間前までに申し出てください。
- ② サービス利用の変更・追加については、ご相談に応じます。

(4) サービス内容の変更

訪問時に、利用者の都合等で、「介護予防ケアマネジメント」で予定されていたサービスの実施ができない場合には、利用者の同意を得て、サービスの内容を変更します。その場合、事業者は変更したサービスの内容と時間に応じたサービス利用料を請求します。

(5) 従業員の禁止行為

従業員は、サービスの提供にあたって、次に該当する行為は行ないません。

- ① 日常的な家事の範囲を超えるもの
- ② 利用者もしくはそのご家族等からの金銭又は物品、飲食の授受
- ③ ご契約者の家族に対するサービスの提供
- ④ その他利用者もしくはその家族等に対して行う宗教活動、政治活動、営利活動及びその他迷惑行為

9 サービス実施の記録について

事業者は、サービス提供ごとに、実施日時及び実施したサービス内容などを記録し、利用者にその内容のご確認をいただきます。内容に間違いやご意見があればいつでもお申し出ください。

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、ご家族に連絡をおこなうと共に、必要な処置を行ないます。

1 1 情報提供について

事業者は、サービス提供をする上で知り得た利用者及びその家族に関する秘密を正当な理由なく第三者に漏らしません。ただし、サービス事業者間で行われるサービス担当者会議等においては、必要な情報のみ提供させていただく場合があります。

1 2 苦情等の受付について

(1) サービスに対する苦情やご意見、利用料のお支払いや手続きなどサービス利用に関するご相談は以下の窓口で受付けます。

○ △△△△△

電話番号 0 2 8 3 - -

○ 受付期間 毎週 曜日 ～ 曜日 時 分～ 時 分

(2) その他苦情受付機関

佐野市 いきいき高齢課	佐野市高砂町1番地
地域包括支援センター	電話番号 0 2 8 3 - 2 0 - 3 0 2 1
	F A X 0 2 8 3 - 2 1 - 3 2 5 4
	受付時間 8時30分～17時00分

訪問型サービスの開始にあたり、平成 年 月 日に利用者又は代理人に対して、本書面に基づいて重要事項の説明をします。

(説明者)

住 所 ○○○

名 称 △△△△△

氏 名 □□ □□

私は、本書面により、平成 年 月 日に説明者から訪問型サービス事業について、重要事項の説明を受けたことを認めます。

(利用者)

住 所

氏 名

印

(利用者代理人)

住 所

氏 名

印