○○法人○○

**【参考例となりますので、各事業者様において十分精査のうえ利用して下さい】**

○○○事業所

**光市介護予防・日常生活支援総合事業における**

**（　　　　　　　）　重要事項説明書**

　当事業所は、光市介護予防・日常生活支援総合事業における（　　　　　　　　）の提供の開始にあたり、事業所の概要、提供されるサービス内容及び契約上ご注意頂きたいこと等を次のとおり説明します。

実施するサービスに応じて（総合事業訪問介護）または（訪問型サービスＡ）と記載。以下、同様。

**１．事業者（法人）の概要**

|  |  |
| --- | --- |
| 事業者（法人）の名称 | ○○法人 ○○○○ |
| 主たる事務所の所在地 | 〒000-0000　○○市○○○ |
| 代表者（職名・氏名） | 理事長　○○ ○○ |
| 設立年月日 | 平成○○年○○月○○日 |
| 電話番号 | ○○○－○○○－○○○○ |

**２．ご利用事業所の概要**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ご利用事業所の名称 | ○○○事業所 | |
| サービスの種類 | 光市介護予防・日常生活支援総合事業における  （　　　　　　　） | |
| 事業所の所在地 | 〒000-0000　光市○○○ | |
| 事業所の管理者 | ○○　○○ | |
| 電話番号 | ○○○－○○○－○○○○ | |
| 指定年月日・事業所番号 | 平成○○年○○月○○日 | ○○○○○○○○ |
| 通常の事業の実施地域 | 光市 | |
| 損害賠償責任保険 | ○○○○○○○○保険 | |

**３．事業の目的と運営の方針**

（１）事業の目的

要支援状態等の利用者に対しその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若しくは改善を図り、又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、生活全般にわたる支援を行うことにより、利用者の心身機能の維持回復を図り、もって利用者の生活機能の維持又は向上を目指すことを目的とします。

（２）運営の方針

・利用者の意思及び人格を尊重し、常に利用者の立場に立ったサービスの提供に努めます。

・事業の実施に当たっては、地域との結びつきを重視し、光市、地域包括支援セ　ンター、他のサービス事業者、保健医療サービス及び福祉サービスを提供する者との連携に努めます。

・（　　　　　　　）の提供の終了に際しては、利用者又はその家族に対して適切な指導を行うとともに、関係機関への情報の提供を行います。

・上記のほか、光市が定める基準及びその他の関係法令等の内容を遵守し、事業を実施します。

**４．提供するサービスの内容**

（　　　　　　　）の内容は、次のとおりとします。

|  |  |
| --- | --- |
| 身体介護に関する内容 | 【内容】 |
| 生活援助に関する内容 |  |

※身体介護は現行相当のみとなります。

**５．営業日時**

|  |  |
| --- | --- |
| 営業日 | ○曜日から○曜日まで  ただし、年末年始（12月31日から1月3日）及びお盆（8月13日から8月15日）を除きます。 |
| 営業時間 | 午前○時○○分から午後○時○○分まで  ※電話等により２４時間常時連絡が可能な体制とします。 |

**６．従業者の職種、員数及び職務の内容**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 従業者の職種 | 常勤 | 非常勤 | 職務の内容 |
| 管理者 |  |  |  |
| サービス提供責任者 |  |  |  |
| 訪問介護員等 |  |  |  |

**７．利用料等**

（１）（　　　　　　　）の利用料

**【基本部分】**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| サービス名称 | 基本利用料 | 利用者負担  （１割） | 利用者負担  （２割） |
| 訪問型サービスＡ  （１回につき） | １，８６０円／回 | １８６円 | ３７２円 |

※例は、訪問型サービスＡの場合を記載しています。

（注１）○○○

（注２）○○○

**【加算】**

　以下の要件を満たす場合、上記の基本部分に以下の料金が加算されます。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 加算の種類 | 加算の要件（概要） | 加算額（利用者負担） | |
| １割負担  の場合 | ２割負担  の場合 |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

（注１）○○○○

（注２）○○○○

**【減算】**

　以下の要件を満たす場合、上記の基本部分から以下の料金が減算されます。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 減算の種類 | 減算の要件（概要） | 減算額（利用者負担） | |
| １割負担  の場合 | ２割負担  の場合 |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

（注１）○○○○

（注２）○○○○

（２）その他の費用

|  |  |
| --- | --- |
| ○○ | 【内容】 |
| ○○ |  |
| ○○ |  |

（３）支払い方法

　上記（１）及び（２）の利用料金、その他の費用は、１ヶ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。

　なお、利用者負担金の受領に関わる領収書等については、利用者負担金の支払いを受けた後、○○日以内に発行します。

|  |  |
| --- | --- |
| 支払い方法 | 支払い要件等 |
| 口座引き落とし |  |
| 銀行振り込み |  |
| 現金払い |  |

**８．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が生じた場合、その他必要な場合は、速やかに主治医及び家族等に連絡する等の措置を講じます。

・病状等の状況によっては、事業者の判断により救急車による搬送を要請する場合があります。

**９．事故発生時の対応**

　　・（　　　　　　　）の提供により事故が発生した場合は、速やかに光市、家族等に連絡を行うとともに、必要な措置を講じます。

・（　　　　　　　）の提供により賠償すべき事故が発生した場合には、速やかに損害賠償を行います。

**１０．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 | 担当者：○○　○○  ご利用時間：○○～○○  電話番号： ○○○－○○○－○○○○ |

（２）行政機関その他の苦情相談窓口

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 苦情受付機関 | 所在地 | 電話番号 |
| 光市福祉保健部高齢者支援課 | 光市光井二丁目2番1号 | 0833-74-3003 |
|  |  |  |

**１１．秘密保持**

|  |  |
| --- | --- |
| 利用者及びその家族に関する秘密の保持について |  |
| 従業者に対する秘密の保持について |  |

**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。

・サービス提供の際、訪問介護員等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 ○○○○○

　　② ○○○○○

　　③ ○○○○○

・体調不良等によりサービスを利用できなくなった際は、できる限り早めに当事業所へご連絡ください。

事業者は、利用者へのサービス提供開始にあたり、本書面に基づき重要事項を説明しました。

平成○○年○月○日

事　業　者　　所在地

事業者（法人）名

代表者職・氏名　　　　　　　　　　　　印

説明者職・氏名　　　　　　　　　　　　印

私は、事業者より本書面に基づき重要事項の説明を受け、サービスの提供を受けることに同意しました。

　○年○月○日

　　　　　　 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