

まごの手介護保険外サービス 重要事項説明書 20161201改定

1 事業所概要

①事業所情報

事業所名	まごの手サービス
本社所在地	稲沢市北島5丁目55番地
連絡先	0587-36-0707
管理者名	鈴木 沙織
サービス種類	介護保険給付 適用外サービス
サービス提供地域	稲沢市

※サービス提供地域に関して、提供地域外の方はご相談ください。

②営業時間

平日	午前9:00 ~ 午後5:30
定休日	年末年始 夏季 土日祝日

③職員体制

	資格	常勤	非常勤	合計
管理者	介護福祉士 介護支援専門員	1名	0名	1名
サービス提供責任者	介護福祉士 介護支援専門員	1名	0名	1名
訪問介護員	介護職員初任者研修修了者 または 訪問介護員養成研修2級修了者	名	1名	1名

2 当事業所連絡窓口(相談・苦情・キャンセル連絡等)

電話番号	0587-36-0707
担当部署	事務部
担当者	鈴木 寛明
受付時間	午前9:00 ~ 午後5:30

※ご不明な点はお尋ねください。ご相談については各市町村でも受け付けております。

3 利用料金

①利用料金については、契約書別紙記載のとおりです。

②キャンセル料金

- ご利用日の前営業日の13時までにご連絡いただいた場合は無料
- ご利用日の前営業日の17時までにご連絡がなかった場合、当該基本料金の 30 %
ご利用者様のご都合でサービスを中止する場合は、上記のキャンセル料金を頂戴いたします。
キャンセルをされる場合は、至急事業所までご連絡ください。

③利用料金などのお支払い方法

毎月月末締めとし、当該月分のご利用料金を翌月10日までに請求しますので、20日までに、振込み・ご持参しお支払いください。グループホームみどり入居者は預り金より支払いが行われます。

5 サービス利用方法

①サービス利用開始

初回訪問時、来所時にご希望サービスをお聞きし、契約を結んだ後、サービス提供を開始いたします。
サービスの提供内容に追加変更がある場合都度、契約書別紙のサービス内容欄に追記いたします。

②サービス利用終了

1.ご利用者様のご都合でサービスを終了する場合

サービスの終了を希望する日の2週間前までに、文書でお申し出ください。

2.当事業所の都合でサービスを終了する場合

やむを得ない事情により、当事業所からのサービス提供を終了させていただく場合があります。その場合は、終了日の1ヶ月までに、文書で通知いたします。

3.自動終了(以下に該当する場合は、通知が無い場合でも自動的にサービスが終了します)

・ご利用者様が亡くなられた場合

③契約解除

・当事業所が、正当な理由なくサービスを提供しない場合・守秘義務に反した場合・ご利用者様やご家族様などに対して、社会通念を逸脱する行為を行った場合や、当事業所が破産した場合は、文書で通知することで、ご利用者様は即座に契約を解約することができます。

・ご利用者様が、サービス利用料金の支払いを2ヶ月以上遅延し、料金を支払うように催告したにもかかわらず10日以内に支払われない場合や、当事業所や当事業所のサービス従事者に対して、本契約を継続し難いほどの背信行為を行った場合は、文書で通知することで、当事業所におけるサービス提供を即座に終了させていただく場合があります。

④その他

・ご利用者様が、病気・怪我などで健康上に問題がある場合や、サービス当日の健康チェックの結果、体調が悪い場合は、サービスの変更または中止する場合があります。

・当該サービスご利用中に体調が悪くなった場合は、サービスを中止する場合があります。その場合は、ご家族様または緊急連絡先に連絡するとともに、必要な措置を適切に行います。

・ご利用者様に、他のご利用者様の健康に影響を与える可能性のある疾患(感染症)が明らかになった場合は、速やかに事業所に申告してください。治癒するまで、サービスのご利用はお断りする場合があります。

⑤緊急時の対応

当事業所におけるサービスの提供中に、ご利用者様に容体の変化などがあった場合は、事前の打ち合わせによる、主治医・救急隊・親族・居宅介護支援事業者など、関係各位へ連絡します。

主治医	病院名	正翔会クリニック一宮・()
	主治医氏名	秋山 登・()
	連絡先	0586-82-8126・()
ご家族	氏名	(続柄:)
	連絡先	
緊急連絡先	氏名	(続柄:)
	連絡先	
主治医・ご家族などへの連絡基準		スタッフが容体急変したと確認し、バイタル等が通常時の数値を逸脱した時

重要事項説明書の説明年月日	令和 年 月 日
---------------	----------

説明者氏名	鈴木 寛明
-------	-------

上記事業者より本書の説明を受け、同意しました。

【ご利用者様】	住所	
	氏名	
【ご家族様】	住所	
	氏名	印 (続柄:)
	署名代行理由:	