介護サポートサービス重要事項説明書

〈令和7年　　　1月　　　1日現在〉

介護事業者（法人）の概要

|  |  |
| --- | --- |
| 名称・法人種別 | 特定非営利活動法人　心 |
| 代表者名 | 理事長　小林　安子 |
| 所在地・連絡先 | （住所）〒648-0052和歌山県橋本市紀見79番地の14（TEL）0736-37-0214（FAX）0736-37-0214 |

事業所の概要

1. 事業所名称及び事業所番号

|  |  |
| --- | --- |
| 事業所名 | 夢　心 |
| 所在地・連絡先 | （住所）〒649-7174和歌山県伊都郡かつらぎ町佐野347番（TEL）0736-20-1157（FAX）0736-20-4626 |
| 管理者の氏名 | 西本　敏 |

営業日

|  |  |
| --- | --- |
| 営業日 | 年中無休で対応 |
| 営業時間 | 24時間対応 |

サービスの内容及び費用

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 名　称 | 内　容 | 費　用 |
| 時間外サービス | 介護保険サービス提供時間（17:00～翌朝9：00）前後の時間帯にサービスを提供させていただきます。 | 500円／時間（60分経過後に発生） |
| 朝食・夕食サービス | 昼食だけでなく朝食及び夕食もご提供します。一人暮らしの在宅生活でも３食栄養バランスの取れた温かい食事を摂っていただきます。 | 朝食　500円／食夕食　500円／食 |
| 夜間サポートサービス | お泊まりを利用される方の、夜17:01から翌朝8:59までの夜間介護サービスを責任持って提供させていただきます。※対応に時間を要する場合、別料金となります。 | 1000円／泊※デイサービスご利用中の方に限る |
| 洗濯サービス | お泊りを利用される方の衣類の洗濯をさせていただきます。（大物別料金） | 150円／回 |
| 保険外通所介護サービス | 介護保険外、実費での通所介護サービスです。1回あたり9:00～17:00のご利用が可能です。サービス提供時間（9:00～17:00）前後の利用を希望される場合は、時間外サービス利用料が別途必要となります。※対応に時間を要する場合、別料金となります。 | 要介護13000円／回要介護2～54000円／回 |
| 保険外昼食サービス | 保険外通所介護サービスを利用中の昼食提供。栄養バランスの取れた温かい食事を摂っていただけます。 | 500円／食 |
| 雑　費 | 生活必需品全般 | 200円/日 |
| 保険外オムツ | 介護保険サービス提供時間（9:00~17:00）外に事業所のオムツを使用した場合に算定されます。 | 150円／枚～ |

利用料等のお支払方法

　　　　原則として、手渡しとなっております。その他のお支払方法に関してはご相談ください。

サービス内容に関する苦情等相談窓口

|  |  |
| --- | --- |
| 当事業所お客様相談窓口 | 窓口責任者　小林　安子　　　　　　小林　由和ご利用方法　電話　0736-20-1157当事業所（相談室） |

緊急時等における対応方法

　サービス提供中に病状の急変などがあった場合は、速やかにお客様の主治医、救急隊、緊急時連絡先（ご家族等）、居宅サービス計画を作成した居宅介護支援事業者等へ連絡をします。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 主治医 | 病院名及び所在地 |  |
| 氏名 |  |
| 電話番号 |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 緊急時連絡先（家族等） | 氏名（続柄） |  |
| 住所 |  |
| 電話番号 |  |

サービス利用に当たっての留意事項

* サービス利用の際には、介護保険被保険者証を提示してください。
* 施設内の設備や器具は本来の用法に従ってご利用ください。これに反したご利用により破損等が生じた場合、弁償いただく場合があります。
* 他の利用者の迷惑になる行為はご遠慮ください。
* 所持金品は、自己の責任で管理してください。
* 施設内での他の利用者に対する執拗な宗教活動及び政治活動はご遠慮ください。

当事業者は、サービス内容説明書及び重要事項説明書に基づいて、介護サポートサービスのサービス内容及び重要事項の説明をしました。

令和　　年　　　　月　　　　日

　　　　　　事業者　　　　　　　　　　住所　和歌山県橋本市紀見79番地の14

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　事業者名　特定非営利活動法人　心

　　　事業所　　　　　　　　　　住所　和歌山県伊都郡かつらぎ町佐野347番地

事業所名　デイサービス　夢　心　　　　　印

説明者　　　　　　　　　　氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　印

私は、サービス内容説明書及び重要事項説明書に基づいて、介護サポートサービスのサービス内容及び重要事項の説明を受け、同意しました。

　令和　　　年　　　　月　　　　日

　　　　　　利用者　　　　　　　　　　住所

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　印

　　　　　　代理人（選任した場合）　　住所

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　印

重要事項説明書

（介護サポートサービス）

特定非営利活動法人　心

夢　心

令和 　　年　　月　　日

氏名　　　　　　　　様

デイサービス　夢　心

和歌山県伊都郡かつらぎ町佐野347番地

電話　0736-20-1157