

居宅介護支援重要事項説明書

1. 事業所の概要

事業所名 ケアサポートセンターウェルネス

所在地・連絡先 (住 所) 豊川市国府町流霞116番地

(TEL) 0533-88-3552

(FAX) 0533-88-3560

事業所番号 2372600656

2. 事業所の職員体制

管理者名 志田 昌代

事業所の職員体制

管理者	常勤兼務 1名 (介護支援専門員と兼務)
介護支援専門員	常勤専従 3名 常勤兼務 1名 (管理者と兼務)

3. 事業の実施地域

本事業所の通常の事業実施地域は、豊川市とする

4. 営業日、営業時間

営業日 月曜日～土曜日 (但し12月29日～1月3日を除く)

営業時間 8:30～17:30

5. 提供する居宅介護支援サービスの内容・提供方法

- ア 居宅サービス計画 (ケアプラン) の作成 (契約書本文第4条、第5条に準ずる) を行う。
- イ 利用者から介護支援専門員に対して複数の指定居宅サービス事業者等を紹介するように求める事や、居宅サービス計画書原案に位置付けた指定居宅サービス事業者等の選定理由の説明を求める事が可能であること等から理解が得られるように十分な説明を行う。

- ウ 当事業所の作成した居宅サービス計画の総数の内、訪問介護・通所介護・地域密着通所介護・福祉用具貸与が位置付けられた回数の割合について前6か月ごとに説明を行い同意を得るものとする。
- エ 要介護等認定申請時に利用者からの希望の際には代行申請を行う。
- オ 給付管理業務を行う。
- カ その他

6. 費用

(1) 利用料

- ・要介護（要支援）認定を受けられた方は、介護保険制度から全額給付されるので自己負担はありません。

介護保険適用の場合でも、保険料の滞納等により、支援事業者へ直接介護保険給付が行われない場合があります。

その場合、1ヶ月につき

要介護1、2 1086 単位 10,21 円

要介護3、4、5 1411 単位 10,21 円

の利用料のお支払いと引き換えにサービス利用票と領収書を発行します。

(2) 交通費

3. の事業の実施地域にお住まいの方は無料です。それ以外の地域にお住まいの方は交通費の実費が必要となります。

自動車を使用した場合は1キロメートル当たり50円の実費をいただきます。

(3) 利用料等のお支払い方法

毎月15日までに、前月分の請求をいたしますので、月末までに窓口でお支払いください。

7. 厚生省の定める基準に適合する事から、特定事業所加算（Ⅱ）を算定する。

8. 管理者の職務

管理者は、介護支援専門員その他の従業者の管理、居宅介護支援の利用の申込みに係る調整、業務の実施状況の把握その他の管理を一元的に行う。

管理者は、当該指定居宅介護支援事業所の介護支援専門員その他の従業者に居宅介護支援指定基準を遵守させるため必要な指揮命令を行う。

9. 事故発生時の対応について

利用者に対する指定居宅介護支援の提供により事故が発生した場合は、市町村、利用者の家族に連絡を行うとともに、必要な措置を講じます。

また、利用者に対する指定居宅介護支援の提供により賠償すべき事故が発生した場合は、損害賠償を速やかに行います。

10. サービス内容に関する苦情等相談窓口

本事業所相談窓口 受付担当者 志田 昌代

電話・来所・書面等で、営業時間中随時受け付けます。

介護保険に対する苦情相談窓口

東三河広域連合 福祉事業部 介護保険課

TEL 0532-26-8471

(豊川窓口) 豊川市役所健康福祉部介護高齢課内

TEL 0533-89-2173

介護サービス苦情相談窓口

TEL 052-971-4165

居宅介護支援契約の締結にあたり、居宅介護支援契約書、重要事項説明書、個人情報
使用同意書に基づき説明しました。

事業者 ケアサポートセンターウェルネス

担当者 氏名 _____ 印 _____

また、上記の内容について説明を受け、同意しました。よって、居宅介護支援の契約を
締結します。上記の契約の成立を証するため、この重要事項説明書2通を作成し、利用者
及び事業者が記名押印の上、各自その1通を所持します。

令和 年 月 日

利用者 住所 _____

氏名 _____ 印 _____

電話 _____

上記代理人

住所 _____

氏名 _____ 印 _____

電話 _____