

重要事項説明書

1. 事業者概要

事業者名称 株式会社 愛眞
事業所名称 あいデイサービス（地域密着型通所介護事業所）
所在地 岐阜県山県市藤倉 5 7 6－1 5 2
事業所番号 2 1 7 0 8 0 0 3 4 2
連絡先 TEL / FAX 0 5 8 1－3 6－3 4 6 6
担当責任者 糸井 眞美

2. 営業日時

- ①営業日 月曜日～土曜日 ただし年末年始（12 月 30 日～1 月 3 日）を除く
②営業時間 午前 8 時 00 分 ～ 午後 5 時 00 分
③サービス提供時間 午前 9 時 00 分 ～ 午後 4 時 00 分

但し要望がある場合はサービス提供時間を午前 8 時～午後 7 時まで延長可能。

9 時間を超える場合は介護保険の自己負担額、50 円が加算されます。

（自己負担額が 2 割の方は 2 倍の額となります。3 割の方は 3 倍。）

3. サービス内容

送迎・日常動作訓練・レクリエーション・食事・入浴

4. 利用料金

介護認定を受けておられる方の利用料金表。

サービス提供時間における利用料金は以下になります。

時間区分	介護度	単位数
7 時間以上 8 時間未満 (9:00-16:10)	要介護 1	753 単位
	要介護 2	890 単位
	要介護 3	1032 単位
	要介護 4	1172 単位
	要介護 5	1312 単位

※延長サービス等や短時間利用される方についても、ご相談承ります。

以下、加算算定表。

個別機能訓練Ⅰ	56 単位
入浴介助加算Ⅰ	40 単位
認知症加算	60 単位
サービス提供体制加算Ⅱ	18 単位
地域通所介護処遇改善加算Ⅰ	-

※上記とは別に食費、おやつ代やその他の日常生活費が必要になります。

食事代 850 円

おやつ・飲み物代 200 円（飲食された場合）

おむつ代 原則持込

（販売の場合、実費請求）

教養娯楽費 100 円

5. キャンセル料（要介護者の方）

利用日の前営業日午後 4 時までに連絡があった場合無料

利用日の当日午前 8 時 30 分までに連絡があった場合無料

利用日の当日午前 8 時 30 分までに連絡がなかった場合利用料金の 20 %

6. 利用料の支払い方法

毎月 5 日までに前月日のご請求を致しますので 10 日までにお支払いください。

お支払い方法は口座引き落としまたは現金支払いをご契約の際にお選び下さい。

※口座引き落としの場合、手数料 100 円が別途かかります。

7. サービス利用方法

（1）サービスの利用開始

まず、お電話でお申し込みください。職員がお伺いします。

サービスの提供の依頼を受けた後、契約を結び、サービスの提供を開始します。

（2）サービスの終了

お客様の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 1 週間前までにお申し出下さい。

（3）自動終了

お客様が介護保険施設に入所した場合

介護保険給付でサービス受けていたお客様の要介護認定区分が、

非該当（自立）と認定された場合

お客様がお亡くなりになった場合や被保険者資格を喪失した場合

（4）その他

お客様がサービス利用料金を 1 カ月以上遅延し、料金を支払うよう催告したにもかかわらず 7 日以内にお支払がない場合、またはお客様やご家族等が当社や当社のサービス従業者に対して本契約を継続し難いほどの背任行為を行った場合は、文書で通知することにより、サービスを終了させていただく場合がございます。

8. 職員等の員数

管理者 1 名

生活相談員 1 名 介護職員 5 名

機能訓練士 1 名

9. 個人情報使用

事業者は、サービス担当会議等において、個人情報の提供は必要最小限とし、関係者以外の者へは漏らしません。

10. 緊急時の対応

主治医 主治医氏名 _____

連絡先・電話番号 _____

ご家族 氏名 _____

連絡先・電話番号 _____

11. 苦情処理

苦情については当事業所の他、岐阜県国民健康保険団体連合会、山県市及び岐阜市の介護保険担当課に申し出ることが出来る。

(苦情受付窓口)

あいデイサービス	0581-36-3466
岐阜県国民健康保険団体連合会	058-275-9825
山県市健康介護課	0581-22-6838
岐阜市介護保険課	058-272-8296

12. 当社の概要

名称 株式会社 愛真
代表者・氏名 代表取締役 糸井 真美
所在地 山県市高木124番地7
電話番号 0581-22-4237

上記の説明を受け同意いたします。

令和 年 月 日

説明者 _____ (印)

利用者様 _____ (印)

ご家族様 _____ 続柄 (印)