

居宅介護支援サービス重要事項説明書

1 事業所の概要

(1) 支援事業所の指定番号およびサービス提供地域

事業所名	旅川居宅介護支援事業所
所在地	富山県南砺市院林92番地1 電話番号 0763-22-7765 FAX 0763-22-7569
事業所指定番号	1672000021
通常の事業の実施地域	南砺市の旧福野町区域

(2) サービス提供の時間帯

営業日	営業時間帯
平日	8:30 ~ 17:15

営業しない日	土・日曜日・祝日・12月29日～1月3日
--------	----------------------

※ 但し、休日や営業時間外であっても、電話等により24時間常時連絡できる体制をとっています。

2 サービス内容

①居宅訪問

介護サービス計画作成にあたり、利用者のおかれている環境の評価や現に抱えている問題を把握するため、居宅訪問による面接調査を行うとともに、当該計画作成後においても、介護サービス計画の実施状況等を把握し、サービス計画の変更など利用者等が求めるサービスが適切に提供されるように居宅訪問等の方法による支援を行います。

②介護サービス計画の作成

自宅において日常生活を営むために必要なサービスを利用出来るよう、心身の状況等を勘案して、利用するサービスの種類及び内容、担当する者等を定めた居宅サービス計画を作成します。なお、サービス事業者選定にあたっては、特定の事業者に不当に偏することのないよう公正中立に行います。

③事業所間の連絡調整

当該計画に基づいてサービス提供が確保されるように事業者等との連絡調整を行います。

④相談業務

電話、訪問、来所等をとおして利用者からの相談に適切に対応します。

⑤申請代行

介護認定の申請やその他介護保険サービスを利用するにあたり必要な申請手続きの代行を行います。

⑥給付事務

国民健康保険団体連合会に提出する介護保険の給付管理を行います。

3 利用料金

①利用料

利用料は介護保険で10割給付され、自己負担はありません。

但し、保険料を滞納されると、本来給付される利用料を全額負担しなければならなくなりますので、下記の利用料がかかることになります。(月単位の料金)

要支援1・2	要介護1・2	要介護3・4・5
4,120円	10,000円	13,000円

※介護支援専門員1名あたりの担当件数が要介護と介護予防(1/2換算)を合わせて40件以上になった場合には、減算されます。

②加算

状況や状態に応じて下記の加算が算定されます。なお、加算は介護保険で10割給付され自己負担はありません。(月単位の料金)

初回加算	特定事業所 加算Ⅱ	医療連携 加算	認知症 加算	独居高齢者 加算	退院・退所 加算
3,000円	3,000円	I 2,000円 II 1,000円	1,500円	1,500円	3,000円 (入院中3回可)
緊急時居宅カンファレンス加算(2回算定可)					2,000円
複合型サービス事業所連携加算					3,000円
小規模多機能型居宅介護支援事業所連携加算					3,000円

③交通費

通常の事業の実施地域以外の方は同意を得てから実費をいただくことがあります。

④その他

要介護認定申請代行費、記録の複写費用などをいただくことがあります。

4 利用者へのお願い

支援事業者が交付するサービス利用票、居宅サービス報告書などは、利用者の介護に関する重要な書類なので、契約書・重要事項説明書等と一緒に大切に保管して下さい。

5 サービス内容に関する苦情の連絡先

当社お客様相談窓口	統括主任介護支援専門員 川原 清実
南砺市民生部 福祉課長寿係	所在地 (〒932-0292) 南砺市井波520 電話番号 23-2009・FAX 82-4657 対応時間 平日 午前8時30分～午後5時00分
砺波地方介護保険組合	所在地 (〒939-1392) 砺波市栄町7番3号 電話番号 34-8333・FAX 34-8334 対応時間 平日 午前8時30分～午後5時00分
国民健康保険団体連合会	所在地 (〒930-8538) 富山市下野字豆田995番地の3 電話番号 076-431-9833・FAX 076-431-9834 対応時間 平日 午前9時00分～午後5時00分
富山県福祉サービス運営 適正化委員会	所在地 (〒930-0094) 富山市安住町5番21号 電話番号 076-432-3280・FAX 076-432-6532 対応時間 平日 午前9時00分～午後4時00分

6 支援事業者（本社）の概要

名称・法人種別	社会福祉法人 福寿会
代表者名	理事長 田中 幹夫
本社所在地・連絡先	(住所) 富山県南砺市松原678番地1 (電話) 0763-22-3556 (FAX) 0763-22-7539

私は、本書面に基づいて乙の職員（介護支援専門員 氏名_____）から上記重要事項の説明を受けたことを確認します。

平成____年____月____日

利用者 (甲)	住所	〒		
	氏名			印
	電話番号	() -	FAX	() -
	私は、本人に代わり、上記署名を行いました。 私は、本人の意思を確認しました。			
	本人との関係		署名を代行 した理由	
	住所	〒		
	氏名			印
	電話番号	() -	FAX	() -

事業者 (乙)	当事業者は、指定居宅介護支援事業者として甲の申込を受諾し、この重要事項説明書に定める居宅介護支援サービスについて誠実に責任を持って行います。			
	所在地	〒939-1518 富山県南砺市松原678番地1		
	名称	社会福祉法人福寿会		
	代表者名	理事長 田中 幹夫	印	
	電話番号	(0763) 22-3556	FAX	(0763) 22-7539