

## 重要事項説明書（介護予防・日常生活支援総合事業）

\_\_\_\_\_様に対する通所介護サービスの提供開始にあたり、厚生省令第37号第8条に基づいて、当事業者があなたに説明すべき重要事項は次のとおりです。

### 1. 事業者概要

事業者名称	有限会社 門
主たる事務所の所在地	千葉県市川市新田5-10-23 神田ビル2F
法人種別	有限会社
代表者名	門田 大介
電話番号	047-325-8877

介護保険法令に基づき市川市から指定を受けている事業所名称（指定番号）	各事業所につき介護保険法令に基づき市川市から指定を受けている日常生活支援総合事業の種類
デイサービスアットホーム 事業所番号 1270801056号	介護予防通所介護相当サービス

### 2. ご利用事業所

ご利用事業所の名称	デイサービスアットホーム
指定番号	1270801656号
所在地	千葉県市川市新田5-10-23神田ビル2F
電話番号	047-325-8877

### 3. ご利用事業所の職員体制

ご利用事業所の従業者の職種	員数	勤務の体制
管理者	1人	常勤 1名（兼務）
生活相談員	2人	営業日ごとに1人以上配置
看護師	2人	営業日ごとに1人以上配置
介護職員	1人以上	営業日ごとにサービス提供時間を通じて利用者の数が15人までは1人以上、それ以上5又はその端数を増すごとに1加えた数以上
機能訓練指導員	1人以上	営業日ごとに1人配置

4. 営業時間

営業日	月曜日～土曜日、祝祭日
営業時間	8時00分～17時00分
サービス提供時間	9時00分～16時30分
休業日	日曜日 12月29日～1月3日

5. 利用料

市川地域単価 (5級地) 10.45円

介護保険自己負担額

要介護種類	単位	料金 (1割)	料金 (2割)	料金 (3割)
要支援1 (1回につき)	436	445円	911円	1366円
要支援2 (1回につき)	447	467円	934円	1401円
サービス提供体制強化加算Ⅲ1 (1月につき)	24	25円	50円	75円
サービス提供体制強化加算Ⅲ2 (1月につき)	48	51円	101円	151円
介護職員処遇改善加算(Ⅲ)	介護保険総単位数 × 8.0% × 10.45 × 負担割合 (加算率) (地域単価)			

保険外負担額

食費 1200円 紙おむつ 150円 パット 50円  
 レクリエーション材料費 月額 500円  
 キャンセル料 1000円 (前日12時以降より)

6. 苦情申立窓口

ご利用者ご相談窓口 担当生活相談員及び 管理者 門田 大介	ご利用時間	平日	午前8時～午後5時00分
		土曜 祝日	午前8時～午後5時00分
	ご利用方法	電話	047-325-8877
	面接 場所	デイサービスアットホーム	
市	ご利用時間	平日	午前9時～午後5時
	ご利用方法	電話	047-334-1111 (代表)
	面接 場所	市川市役所市川市保健福祉局 福祉部介護保険課	
国民健康保険団体 連合会	ご利用時間	平日	午前9時～午後5時
	ご利用方法	電話	043-254-7404 (直通)
	面接 場所	千葉県国民健康保険団体連合会 苦情処理係	

7. 協力医療機関

医療機関の名称	門田整形外科医院
院長名	門田 剛
所在地	千葉県市川市須和田1-23-12
電話番号	047-374-1221
診療科	整形外科、内科、リハビリテーション
入院設備	なし
救急指定の有無	なし

緊急時の対応方法

利用者の主治医又は事業者の協力医療機関への連絡を行い、医師の指示に従います。また緊急連絡先に連絡いたします。

年 月 日

- (乙) 当事業者は、甲1に対する**介護予防通所介護相当サービス**の提供開始に当たり、甲1に対してサービス内容説明書及び重要事項説明書に基づいて、  
甲2  
サービス内容及び重要事項を説明しました。

(乙) 居宅サービス事業者

主たる事務所所在地 千葉県市川市新田5-10-23 神田ビル2F

名 称 有限会社 門 デイサービス アットホーム 印

代表取締役 門田 大介

- (甲) 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、甲からサービス内容及び重要事項の説明を受けました。

(甲1) 利用者 住 所

氏 名 印

(甲2) 利用者家族・代理人

住 所

氏 名 印