

重要事項説明書

1. 当事業所の概要

令和5年7月1日

電話（077）594-0118 FAX（077）594-8015

事業所名	医療法人湖青会 ヘルパーステーション志賀
所在地	滋賀県大津市和邇中浜303-1

2. 生活支援サービスの内容・提供場所等（第3条関係）

生活支援サービスは、公的介護保険サービスを適用できない場合のご利用者の生活を支援する 目的で、サービス従事者（訪問介護員修了者・介護福祉士・看護職員等）をご利用者の居宅または外出先に派遣し必要に応じてサービスを提供します。

公的介護保険サービスをご利用の場合は、利用者に係る介護予防サービス計画又は居宅サービス計画の内容に従い、訪問介護等を提供します。

（生活支援サービス内容・事業実施地域）

内容	生活支援サービス	公的介護保険サービスを適用できない場合の生活支援サービス 〔保険サービス後の延長サービス、保険適用外の単独サービス〕
営業日		月～土曜日（祝日営業）
営業時間		午前8時30分～午後5時30分（代表電話により24時間連絡可能） ※但し、ご希望により上記以外の日時でもサービス提供を行います。
事業実施地域		大津市5中学校区（志賀・伊香立・真野・堅田・仰木）

3. 利用料（第6条関係）

（1）利用料金〔消費税込み〕

所要時間	昼間（9:00～18:00）		
	平日	土日・祝日	
15分未満	600円	750円	
15分以上30分未満	1,200円	1,500円	
30分以上1時間未満	2,400円	3,000円	
1時間00分以上 （30分を増すごとに）	+1,200円	1,500円	

※ 早朝（6:00～9:00）・夜間（18:00～22:00）の時間帯は、昼間料金に25%加算します。
深夜帯（22:00～6:00）はサービス提供いたしません。

- （2）屋外作業（清掃・除草・剪定等）のサービスについてはご相談ください。（別紙料金表）
- （3）交通費は通常の事業実施地域外（大津市以外）のご利用者のみ徴収します。外出介助に要するタクシー代、公共交通機関の運賃等のご利用者の実費とさせていただきます。
- （4）記録の複写に要する費用は、実費とさせていただきます。
- （5）サービス提供するに際し、必要となる衛生材料等（オムツ等）、電気、ガス、および水道等の費用は、ご利用者の負担とさせていただきます。
- （6）キャンセルについては可能な限り24時間前までに、事業所にご連絡下さい。ただし、ご利用者の急な病変、入院等の場合はこの限りではありません。なお、24時間前までに、ご連絡がなく下記のような場合は、キャンセル料をいただきます。

〈キャンセル料〉

訪問24時間前までのご連絡の場合	キャンセル料は不要です。
訪問24時間以内までにご連絡がない場合	1訪問あたり、300円をいただきます。
訪問するが10分待っても不在の場合	1訪問あたり、800円をいただきます。
訪問するがその場でキャンセルになった場合	1訪問あたり、800円をいただきます。

- （7）交通事情等により、やむを得ずサービス開始時間が遅れる場合があります。15分以上予定時刻を前後する場合は、ご連絡します。

4. 利用料の支払期限と支払方法

利用料の支払時期	ご利用月の翌月 25 日まで（月額料金）
支払方法	次のいずれかの方法によりお支払ください。 1 ご利用者指定口座からの自動引落とし 2 事業所の指定口座への振込 振込先 滋賀銀行 志賀町支店 貯金種目 普通 口座番号 2 5 3 6 6 9 口座名義人 医療法人 湖青会 3 当事業所へ現金で直接払い（営業時間内）
※利用料金については、ご利用月の翌月 1 5 日頃に請求書を郵送又はお渡し致します。 ※お支払を確認しましたら領収書を郵送または直接お渡しします。	

5. 緊急時の対応方法

サービスの提供中に利用者の病状に急変が生じた場合は、主治医、ご利用者に係る居宅介護支援事業者、ご家族等への連絡をいたします。

主治医	医療機関名	
	医師名	
	連絡先	
緊急連絡先	氏 名	
	連絡先	

6. 相談・苦情窓口

ご相談や苦情などがございましたら、当事業所の窓口までご遠慮なくお申し出ください。

連絡先	ヘルパーステーション志賀 長瀬 幸子 電話 (077) 594-0118 FAX (077) 594-8015
-----	---

7. 従業員数

管 理 者	1
サービス提供責任者	1. 0以上
訪問介護員等	2. 5人以上（常勤換算数）

※従業員および従業員数は、人事異動等により変更される場合があります。

当事業者は、重要事項説明書に基づいて、生活支援サービスの内容及び重要事項の説明をしました。

令和 年 月 日

説 明 者 職 名
氏 名 印

私は、重要事項説明書に基づいて、生活支援サービスの内容及び重要事項の説明を受けました。

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