

通所型サービスA

契約書別紙（兼重要事項説明書）

あなた（利用者）に対するサービスの提供開始にあたり、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（法人）の概要

事業者の名称	社会福祉法人 光塩会
主たる事務所の所在地	〒379-2114 前橋市上増田町600番地
代表者（職名・氏名）	理事長 村上 泰宏
設立年月日	平成3年8月16日
電話番号	027-266-9023
ファックス番号	027-266-9502

2. ご利用事業所の概要

ご利用事業所の名称	上毛の里いきいき元気塾
サービスの種類	通所型サービスA
事業所番号	10A0100020 平成30年4月1日指定
事業所の所在地	〒379-2114 前橋市上増田町600
電話番号	027-266-9059
ファックス番号	027-226-0228
利用定員	定員18人
事業の送迎可能地域	前橋市城南地区、大胡地区

3. 事業の目的と運営の方針

事業の目的	要支援者及び事業対象者の外出・他者との交流の機会を継続的に支援するとともに、体操や脳活レクリエーションなどの介護予防プログラムを実施することで、利用者の心身機能の維持向上を図ります。
運営の方針	事業者は、利用者の心身の状況や家庭環境等を踏まえ、介護保険法その他関係法令及びこの契約の定めに基づき、関係する市町村や事業者、地域の保健・医療・福祉サービス等と綿密な連携を図りながら、利用者の要介護状態となることの予防のため、適切なサービスの提供に努めます。

4. 提供するサービスの内容

事業者が設置する事業所に通う通所サービスです。ピンシャン！元気体操を中心としたルーティーンプログラム、事業所の特色を活かした集団プログラムを基本のサービスとします。また、必要に応じて専門プログラム（運動、栄養、口腔）を実施します。

5. サービス提供日時

サービス提供日	木曜日 ただし、年末年始（12月30日から1月3日）を除きます。
サービス提供時間	午前10時から正午まで

6. 事業所の職員体制

従業者の職種	人数
管理者	1人
看護職員	1人
従事者	1人
管理栄養士	1人
歯科衛生士	1人

7. 利用料

あなたがサービスを利用した場合のお支払いいただく利用者負担金は以下のとおりです。

【基本部分：通所サービスA費】

利用者の 要介護度	基本利用料	利用者負担 (1割)	利用者負担 (2割)	利用者負担 (3割)
事業対象者				
要支援1	14,256円（1月につき）	1,426円	2,852円	4,277円
要支援2				

（注1） 上記の利用者負担金は前橋市が定める金額であり、これが改定された場合は、これら利用者負担金も自動的に改定されます。なお、その場合は、事前に新しい利用者負担金を書面でお知らせします。

【加算・減算：通所サービスA費】

以下の要件を満たす場合、上記の基本部分に以下の料金が加算されます。

加算の種類	加算の要件（概要）	加算・減算額			
		基本利用料	利用者負担 (1割)	利用者負担 (2割)	利用者負担 (3割)
専門プログラム実施 加算	専門職を1人以上配置し、月2回以上集団指導を実施した場合	1,135円	114円	227円	341円
送迎未実施減算	施設で送迎を行わない場合、1回の送迎につき	▲162円	▲17円	▲33円	▲49円
	8回以上の場合	▲1,257円	▲126円	▲252円	▲378円

（2）支払い方法

利用者負担金は、月ごとに請求しますので、口座引き落としにてお支払いください。

支払い方法	支払い要件等
口座引き落とし	群馬銀行の口座の方は、サービスを利用した月の翌月の20日（祝休日の場合は直後の平日）に、群馬銀行以外の口座の方はサービスを利用した月の翌月の27日（祝休日の場合は直後の平日）に、あなたが指定する口座より引き落とします。 別途、口座引き落としのお手続きがあります。 手数料はかかりません。

8. 緊急時における対応方法

サービス提供中に利用者の体調や容体の急変、その他の緊急事態が生じたときは、速やかに緊急連絡先へ連絡を行う等、必要な措置を講じます。

9. 事故発生時の対応

サービスの提供により事故が発生した場合は、速やかに利用者の家族、担当の地域包括支援センター（又は介護支援専門員）及び市町村等へ連絡を行うとともに、必要な措置を講じます。

10. 苦情相談窓口

（1）サービス提供に関する苦情や相談は、当事業者の下記の相談窓口でお受けします。

事業者相談窓口	電話番号 027-266-9059
上毛の里デイサービスセンター	ファックス番号 027-226-0228

（2）サービス提供に関する苦情や相談は、下記の機関にも申し立てることができます。

苦情受付機関	前橋市介護保険課	電話番号 027-224-1111（代表） ファックス番号 027-223-4400
--------	----------	---

11. サービスの利用にあたっての留意事項

サービスのご利用にあたってご留意いただきたいことは、以下のとおりです。

- （1） サービスの利用中に気分が悪くなったときは、すぐに職員にお申し出ください。
- （2） 複数の利用者の方々が同時にサービスを利用するため、周りの方のご迷惑にならないようお願いいたします。
- （3） 体調や容体の急変などによりサービスを利用できなくなったときは、できる限り早めに担当の地域包括支援センター又は居宅介護支援専門員、もしくは当事業所の担当者へご連絡ください。

12. 非常災害対策

事業者は、当事業所の所在する地域の環境及び利用者の特性に応じて、災害時対応マニュアルを策定しております。

令和 年 月 日

事業者は、利用者へのサービス提供開始にあたり、上記のとおり重要事項を説明しました。

事業者 所在地 前橋市上増田町600番地

事業者（法人）名 社会福祉法人 光塩会

説明者職・氏名 印

私は、事業者より上記の重要事項について説明を受け、同意しました。

利用者 住所

氏名 _____ 印 _____