

自費による訪問介護重要事項説明書

平成 31 年 1 月 21 日

当事業所が提供するサービスについての相談窓口

電話番号 0263-84-0303

(受付時間：月曜日～金曜日 午前8時30分～午後5時30分)

但し年末年始を除く

担当者 松木 加代

1. ヘルパーステーション アイ・ユーほたか 概要

(1) 名称・所在地

事業所	ヘルパーステーション アイ・ユーほたか
所在地	長野県安曇野市穂高4563-7
介護保険事業所番号	2072800408号
通常事業の実施地域	安曇野市

*上記以外の方でもご希望の方はご相談ください。

(2) 同事業所の職員体制

区分	資格	常勤	非常勤	業務内容	計
管理者	介護福祉士	1名	—	管理職	1名
サービス提供責任者 (管理者兼務)	介護福祉士	1名	—	訪問介護	1名
従事者	介護福祉士	1名	2名		3名
	ヘルパー1級	—	—		—
	ヘルパー2級	—	4名		4名

(3) 営業日・サービスの提供時間

営業日	年末年始を除く 月曜日～金曜日
サービスの提供時間	午前8時30分～午後5時30分

*但し、休業日や時間外であっても利用者の必要に応じて訪問介護のできる体制をとっています。

2. サービス内容

(1) 身体に関すること。

排泄・入浴・更衣・食事・通院などの介助・その他必要な身体の介護

(2) 家事に関すること。

調理・掃除・生活必需品の買い物・洗濯・衣類の補修・その他必要な家事全般の援助

*その他、お困りの事がありましたら、何でもご相談ください。

3. 利用料金

(1) 利用料

・基本料金に対して早朝（午前6時～午前8時）・夜間（午後6時～午後10時）帯は、25パーセント増し、深夜（午後10時～午前6時）は50パーセント増しとなります。

・やむを得ない事情で、且つお客様の同意を得て2人で訪問した場合は、2人分の料金となります。

[利用料 基本料金・昼間]

時間 内容	20 分以上	30 分以上	1 時間以上
	30 分未満	1 時間未満	30 分増すごと
身体介護	2,500 円	4,000 円	1,000 円を加算

時間 内容	30 分未満	30 分以上 1 時間未満	1 時間以上 30 分増すごと
	生活援助	2,000 円	2,500 円

身体介護に引き続き、生活援助を行った場合、1時間未満 3200 円
詳細については、相談に応じます。

*交通費

前記1.(1)の通常の事業の実施地域にお住まいの方は無料です。それ以外にお住まいの方は、サービス従事者が訪問するための交通費として1kmあたり20円の実費が必要です。

*キャンセル料

急なキャンセルの場合は、下記の料金をいただきます。キャンセルが必要になった場合は至急ご連絡ください。(連絡先: TEL 0263-84-0303)

- | |
|---|
| ・ご利用の前日午後5時までにご連絡いただいた場合…無料
・ご利用の当日8時30分までにご連絡がなかった場合…利用料金の50% |
|---|

*その他

お客様の住まいでサービスを提供するために使用する水道・ガス・電気等の費用はお客様のご負担となります。

(2) 料金のお支払い方法

毎月10日までに前月分の請求を致しますので、20日以内にお支払いください。お支払いいただきますと領収書を発行します。

尚、お支払い方法は、現金集金・口座自動引き落としの2通りの中から、ご契約の際に選べます。

4. 緊急時の対応方法

サービスの提供中に容態の変化などがあった場合は、事前の打ち合わせにより、主治医・救急隊・親族などへ連絡します。

主治医	主治医氏名	
	連絡先	
ご家族	氏名	
	連絡先	
	ご本人との関係	

5. サービス内容に関する相談・苦情

当事業所ご利用お客様相談・苦情担当

月曜日～金曜日 午前8時30分～午後5時30分 (年末年始を除く)

電話 0263-84-0303

担当者 松木 加代

6. 当社の概要

名称・法人種別

医療法人 愛友会

ヘルパーステーション アイ・ユーほたか

代表者

理事長 村山 幸一

所在地

長野県安曇野市穂高4599番地

電話番号

0263-84-0303

事業内容

◆居宅介護支援事業所 1ヶ所

◆訪問看護ステーション 1ヶ所

◆ヘルパーステーション 1ヶ所

◆デイサービス 1ヶ所

自費による訪問介護の提供開始にあたり、利用者に対して契約者および本書面に基づいて重要事項を説明しました。

令和 年 月 日

事業所	所在地	長野県安曇野市穂高 4 5 6 3 - 7
	名称	ヘルパーステーション アイ・ユーほたか
説明者	所属	ヘルパーステーション アイ・ユー・ほたか
	氏名	Ⓜ

私は、契約者および本書面により、事業者から自費による訪問介護についての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	Ⓜ
署名代行者	住所	
	氏名	Ⓜ

本人との関係