重 要 事 項 説 明 書

（介護予防支援及び介護予防ケアマネジメント用）

１　事業所の概要

|  |  |
| --- | --- |
| 名　　　称 |  |
| 所　在　地 |  |
| 介護保険事業所番号 |  |
| 連　絡　先 |  |
| 代表者氏名 |  |
| サービス提供地域 |  |

２　業務日及び業務時間

|  |  |
| --- | --- |
| 業務日 |  |
| 休業日 |  |
| 業務時間 |  |

３　事業所の職員体制等

|  |  |
| --- | --- |
| 職　種 | 人　員 |
| 管　理　者 |  |
| 保　健　師 |  |
| 社会福祉士 |  |
| 主任介護支援専門員 |  |

４　利用者負担金

　⑴　介護予防支援及び介護予防ケアマネジメントについては、原則として利用者の負担はありません。

　⑵　事業者の担当地域を越える地域に訪問、出張する必要がある場合には、その交通費（実費）の支払いが必要となります。

５　サービス方針等

|  |
| --- |
| ※基本理念、サービスの質の向上のための方策等について記入してください。 |

６　緊急時の対応

　サービス提供にあたり事故、体調の急変等が生じた場合は、事前の打ち合わせに基づき速やかに利用者様のご家族等への連絡を行います。

|  |  |
| --- | --- |
| 医療機関等 | 主治医等の氏名  連　絡　先 |
| 緊急連絡先 | 氏　　　名  連　絡　先 |

７　相談窓口、苦情対応

　・サービスに関する相談や苦情については、次の窓口にご連絡願います。

|  |  |
| --- | --- |
| 木更津市　部  地域包括支援センター | 電話番号 |
| ＦＡＸ番号 |
| 相談員（責任者） |
| 対応時間 |

　・公的機関においても次の期間において苦情申出等ができます。

|  |  |
| --- | --- |
| 木更津市福祉部  介護保険課 | 所在地　　　木更津市朝日３－１０－１９ |
| 電話番号　　　０４３８－２３－７１６２ |
| ＦＡＸ番号　　　０４３８－２５－１２１３ |
| 対応時間　　　午前８時３０分～午後５時１５分 |
| 千葉県国民健康保険  団体連合会 | 所 在 地　　　　千葉市稲毛区天台６－４－３ |
| 電話番号　　　　０４３－２５４－７４２８ |
| 利用時間　　　　午前８時３０分～午後５時１５分 |

※千葉県国民健康保険団体連合会は、介護予防支援に関する苦情のみ対応となります。

８　介護予防サービス・支援計画書原案作成委託先居宅介護支援事業者

|  |  |
| --- | --- |
| 事業所名 |  |
| 所在地 |  |
| 介護保険事業所番号 |  |
| 管理者・連絡先 |  |
| サービス提供地域 |  |

平成　　　年　　　月　　　日

　私は、介護予防支援及び介護予防ケアマネジメントにかかる契約の締結にあたり、上記のとおり重要事項を説明しました。

（事業者）　　　　　　　　　　　　　　事業者名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　説明者　　　　　　　　　　　　　　　　印

（業務委託先居宅介護支援事業者）　　　所在地

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　事業者名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　担当ケアマネジャー

※　居宅介護支援事業者欄は、居宅介護支援事業者による介護予防　サービス・支援計画書原案の作成を希望された場合（契約の代行も含む）のみ記入

　介護予防支援及び介護予防ケアマネジメントに係る契約の締結にあたり、上記のとおり説明を受けました。

（利用者）　　　　　　　　　　　　　　住　所

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏　名　　　　　　　　　　　　　　　　印

（代理人又は立会人）　　　　　　　　　住　所

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏　名　　　　　　　　　　　　　　　　印