

社会福祉法人揖斐川町社会福祉協議会指定居宅介護支援事業重要事項説明書
(揖斐川町社協谷汲居宅介護支援事業所)

平成 年 月 日

1. 事業の目的及び運営方針

介護保険法令の趣旨に従って、居宅サービス計画の作成を支援し、指定居宅サービス等の提供が確保されるようサービス提供事業者との連絡調整その他の便宜を図る。

2. 揖斐川町社協谷汲居宅介護支援事業所の概要

(1) 事業者

事業者名	社会福祉法人 揖斐川町社会福祉協議会
所在地	岐阜県揖斐郡揖斐川町谷汲名礼265番地43
電話番号	0585-56-3700
代表者名	会長 宗宮 孝生
設立年月日	平成17年4月1日

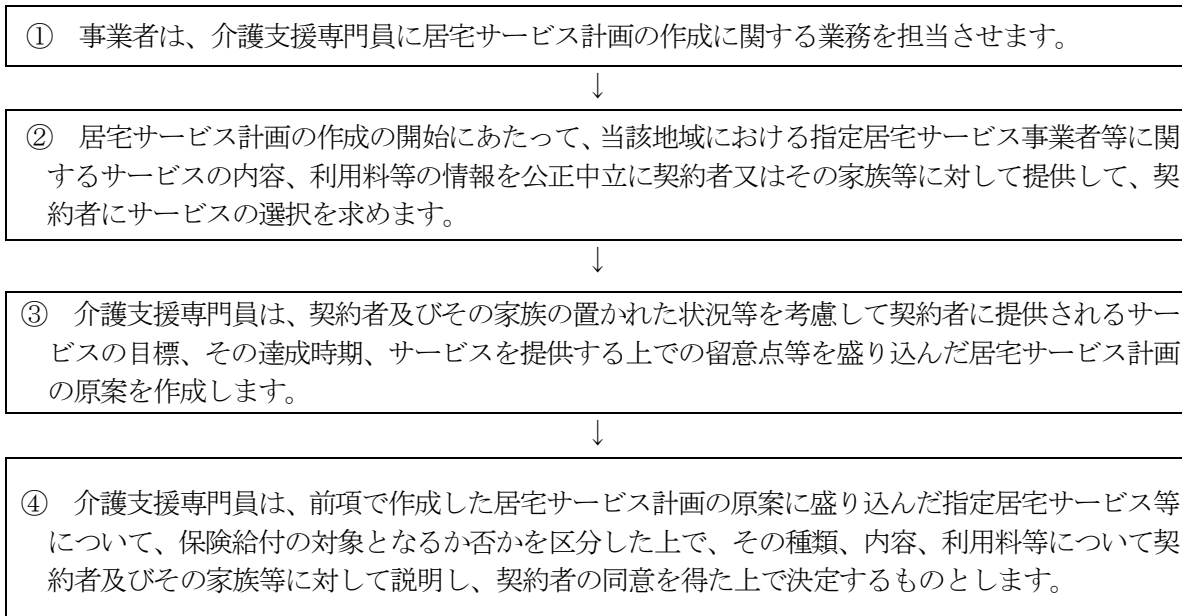
(2) 事業所の概要

介護保険指定番号	2172600849
種類	指定居宅介護支援
名称	揖斐川町社協谷汲居宅介護支援事業所
所在地	揖斐郡揖斐川町谷汲名礼265番地43
電話番号	0585-56-3700
事業所長(管理者)	棚橋 治
開設年月日	平成17年4月1日
実施地域	揖斐郡全域
営業日	月曜日～金曜日 (ただし国民の祝日及び、 1月2日、1月3日、12月29日～12月31日を除く)
営業時間	午前8:30 ~ 午後5:15

(3) 事業所の職員体制

	常勤	非常勤	業務内容	合計
管理者	1		管理業務・支援業務兼務	1
介護支援専門員	5	2	支援業務	7

3. 居宅介護支援の申し込みからサービス提供方法とその流れ



サービス利用のために

		備 考
介護支援専門員の変更	○	変更を希望される方は、お申し出ください
調査（課題把握）の方法		居宅サービス計画ガイドラインによる
介護支援専門員の研修の実施	○	年2回以上実施しています

4. 利用料金

(1) 利用料

要介護認定を受けられた方は、介護保険で全額給付されるので、自己負担はありません。

* 保険料の滞納等により、法定代理受領ができなくなった場合、1ヶ月につき下記の金額を頂き、当事業所からサービス提供証明書を発行いたします。このサービス提供証明書を後日、揖斐川町役場 担当課の窓口へ提出しますと、全額払い戻しを受けることができます。

利 用 料	要介護1、2	11,980円
	要介護3、4、5	15,560円
加 算 料	初回加算	3,000円
	特定事業所加算（Ⅱ）	4,000円
	緊急時居宅カンファレンス加算	2,000円
	入院時情報連携加算（Ⅰ）	2,000円
	入院時情報連携加算（Ⅱ）	1,000円
	退院・退所加算	3,000円
	小規模多機能型居宅介護事業所連携加算	3,000円

(2) 交通費

前記2の(2)のサービス実施地域にお住まいの方は無料です。

それ以外の地域の方は、交通費として下記の料金をいただきます。

通常の事業実施地域を越えた地点から片道おおむね10km未満	500円
通常の事業実施地域を越えた地点から片道おおむね10km以上	1,000円

5. サービス内容に関する苦情

(1) 当事業所利用者の相談・苦情担当・苦情解決責任者

当事業所の居宅介護支援に関するご相談・苦情及び居宅サービス計画に基づいて提供している各サービスについてのご相談・苦情を賜ります。

担 当	棚橋 治
電 話	(0585) 56-3700 FAX: (0585) 56-0078
苦情解決責任者	廣瀬 喜彦
電 話	(0585) 56-3700 FAX: (0585) 56-0078

(2) その他

揖斐川町役場 住民福祉部福祉課	所 在 地	岐阜県揖斐郡揖斐川町三輪133
	電話番号 (FAX)	0585-22-2111 (0585-22-4496)
	受 付 時 間	午前8:30~午後5:15
揖斐川町 谷汲振興事務所 地域振興課	所 在 地	岐阜県揖斐郡揖斐川町谷汲名礼265番地43
	電話番号 (FAX)	0585-55-2111 (0585-55-2714)
	受 付 時 間	午前8:30~午後5:15
揖斐広域連合	所 在 地	岐阜県揖斐郡揖斐川町上南方1-1 揖斐総合庁舎内
	電話番号 (FAX)	0585-23-0188 (0585-21-0126)
	受 付 時 間	午前8:30~午後5:15
岐阜県国民健康保険 団体連合会 介護保険課 苦情対応係	所 在 地	岐阜市下奈良2丁目2番地1号 岐阜県福祉農業会館内
	電話番号 (FAX)	0585-275-9826 (058-275-7635)
	受 付 時 間	午前9:00~午後5:00
岐阜県社会福祉協議会内 岐阜県運営適正化委員会	所 在 地	岐阜市下奈良2丁目2番1号
	電話番号 (FAX)	058-278-5136 (058-278-5137)
	受 付 時 間	午前8:30~午後5:15

居宅介護支援の提供開始に当たり、利用者に対して契約書及び本書面に基づいて、重要な事項を説明しました。

【事業者】 所在地 揖斐郡揖斐川町谷汲名礼265番地43
 名称 社会福祉法人 揖斐川町社会福祉協議会
 説明者 所属：揖斐川町社協 谷汲居宅介護支援事業所
 氏名 _____ 印

私は、契約書及び本書面により、事業者から居宅介護支援についての重要事項の説明を受けました。

【利用者】 住 所 岐阜県揖斐郡揖斐川町
 氏名 _____ 印

【代理人】 利用者との続柄 (_____)
 住 所 _____
 氏名 _____ 印

同 意 書

社会福祉法人揖斐川町社会福祉協議会
会 長 宗 宮 孝 生 様

私及び私の家族は、社会福祉法人揖斐川町社会福祉協議会指定居宅介護支援事業契約書第13条第1項及び第2項の規定により、下記事項について、私及び私の家族の個人情報を必要最小限の範囲において用いることに同意します。

記

1 提供する個人情報

- (1) ケアプランアセスメント票
- (2) 居宅サービス計画書
- (3) 介護保険請求のための事務
- (4) 社会福祉協議会の行う管理運営業務（会計・経理・事故報告・サービスの質向上等）
- (5) 他の医療機関、介護機関との連携
- (6) 行政機関等、法令に基づく照会・確認
- (7) 賠償責任保険等に係わる専門機関、保険会社への届出、相談
- (8) その他公益に資する運営業務（基礎資料の作成、実習への協力、職員研修等）

年 月 日

【利用者】 住 所 岐阜県揖斐郡揖斐川町 _____

氏 名 _____ 印

【代理人】 (利用者との続柄 _____)

住 所 _____

氏 名 _____ 印

【家族代表】 住 所 _____

氏 名 _____ 印