

重要事項説明書（訪問入浴介護）

あなたに対する訪問入浴介護サービスの提供開始にあたり、「事業者名」（以下、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. 事業者概要

事業者名称	〇〇〇
主たる事務所の所在地	〇〇〇
法人種別	〇〇〇
代表者名	〇〇〇
設立年月日	
電話番号	〇〇〇-〇〇〇-〇〇〇〇
ファクシミリ番号	
ホームページアドレス	〇〇〇

2. ご利用事業所

ご利用事業所の名称	〇〇事業所
事業所の種類・指定番号	〇〇〇県・・・号
所在地	〇〇市・・・
電話番号	〇〇〇-〇〇〇-〇〇〇〇
ファクシミリ番号	
開設年月日	
管理者の氏名	
サービス提供地域	
実施しているその他の事業	

3. 事業の目的と運営方針

事業の目的	〇〇〇
運営の方針	〇〇〇

4. ご利用事業所の職員体制

従業者の職種	員数	勤務の態勢
看護職員	〇人以上	常勤〇名以上、非常勤〇名以上 昼勤（午前〇時～午後〇時）〇名以上 夜勤（午前〇時～午後〇時）〇名以上

介護職員	○人以上	常勤○名以上、非常勤○名以上 昼勤（午前○時～午後○時）○名以上 夜勤（午前○時～午後○時）○名以上
------	------	--

5. 営業時間

営業日	○○○
営業時間	○○○

6. 提供するサービス内容

7. 利用料

- (1) 久留米市若年者の在宅ターミナルケア支援事業の補助対象となるサービス
(利用料1割が自己負担)

訪問入浴介護サービス

区分	利用料	自己負担額
看護職員1名、介護職員2名で行う場合	円	円
介護職員3名で行う場合	円	円
清拭又は部分浴の場合	円	円

(2) その他の費用

- ① 交通費 ○○円
② . . .

(3) キャンセル料

(4) 支払方法

8. 苦情申立窓口

ご利用者ご相談窓口	ご利用時間	平日 午前○時～午後○時 土日 午前○時～午後○時
	ご利用方法	電話 ○○○-○○○-○○○○ 面接 場所○○

〇〇市〇〇〇〇	ご利用時間	平日 午前〇時～午後〇時 土日 午前〇時～午後〇時
	ご利用方法	電話 〇〇〇-〇〇〇-〇〇〇〇 面接 場所〇〇
国民健康保険団体連 合会〇〇〇	ご利用時間	平日 午前〇時～午後〇時 土日 午前〇時～午後〇時
	ご利用方法	電話 〇〇〇-〇〇〇-〇〇〇〇 面接 場所〇〇
〇〇県社会福祉協議会 運営適正化委員会	ご利用時間	平日 午前〇時～午後〇時 土日 午前〇時～午後〇時
	ご利用方法	電話 〇〇〇-〇〇〇-〇〇〇〇 面接 場所〇〇
オンブズマン〇〇	ご利用時間	平日 午前〇時～午後〇時 土日 午前〇時～午後〇時
	ご利用方法	電話 〇〇〇-〇〇〇-〇〇〇〇 面接 場所〇〇

9. 緊急時の対応方法

<p>利用者の主治医又は事業者の協力医療機関への連絡を行い、医師の指示に従います。 また、緊急連絡先に連絡いたします。</p>		
利用者の主 治医	氏名	〇〇〇〇
	所属医療機関の名称	〇〇〇〇
	所在地	〇〇〇〇
	電話番号	〇〇〇-〇〇〇-〇〇〇〇
協力医療機 関	医療機関の名称	〇〇〇〇
	院長名	〇〇〇〇
	所在地	〇〇〇〇
	電話番号	〇〇〇-〇〇〇-〇〇〇〇
	診療科	〇〇〇〇
	入院設備	有り
	救急指定の有無	有り
契約の概要	当事業者と病院は・・・	
緊急連絡先	氏名	〇〇〇〇
	住所	〇〇〇〇
	電話番号	〇〇〇-〇〇〇-〇〇〇〇
	昼間の連絡先	〇〇〇-〇〇〇-〇〇〇〇
	夜間の連絡先	〇〇〇-〇〇〇-〇〇〇〇

10. 損害賠償保険への加入

当事業所は、以下の損害賠償保険に加入しています。

- ・加入保険会社名
- ・保険の内容

年 月 日

(乙) 事業者は、甲1に対する居宅介護サービスの提供開始に当たり、

甲1 に

甲2

対して、サービス内容説明書及び重要事項説明書に基づいて、サービス内容及び重要事項を説明しました。

(乙) 居宅サービス事業者

主たる事務所所在地

名 称

印

説明者 所属

氏名

印

(甲) 私は、サービス内容説明書及び重要事項説明書に基づいて、乙からサービス内容及び重要事項の説明を受けました。(署名があれば押印不要です)

(甲1) 利用者 住所

氏名

印

(甲2) 利用者の家族 住所

氏名

印