

(2) 介護保険の給付対象とならないサービス（契約書第5条、第6条参照）

以下のサービスは、利用料金の全額がご契約者の負担となります。

＜サービスの概要と利用料金＞

①介護保険給付の支給限度額を超える介護予防通所介護相当サービスの利用

介護保険給付の支給限度額を超えてサービスを利用される場合は、サービス利用料金の全額がご契約者の負担となります。

②食事の提供にかかる費用

ご契約者に提供する食事の材料費にかかる費用です。

料金：1回あたり400円

③日常生活上必要となる諸費用

日常生活品の購入代金等ご契約者の日常生活に要する費用でご契約者に負担いただくことが適当であるものにかかる費用です。

おむつ代：1枚につき50円

④通常の事業実施地域外への送迎

通常の事業の実施地域を越えた地点から、片道おおむね5km未満・・・・・・・・・・100円

通常の事業の実施地域を越えた地点から、片道おおむね5km以上10km未満・・200円

☆経済状況の著しい変化その他やむを得ない事由がある場合、相当な額に変更することがあります。その場合事前に変更の内容と変更する事由について、変更を行う2か月前までにご説明します。

(3) 利用料金のお支払い方法（契約書第6条参照）

前記(1)、(2)の料金・費用は、1か月ごとに計算し、ご請求しますので、翌月末日までにお支払い下さい。

(4) 利用の中止、変更、追加（契約書第7条参照）

☆利用予定日の前に、ご契約者の都合により、介護予防通所介護相当サービスの利用を中止、変更することができます。この場合にはサービスの実施日の前日までに事業者に出してください。

☆月のサービス利用日や回数については、契約者の状態の変化、介護予防サービス計画に位置付けられた目標の達成度等を踏まえ、必要に応じて変更することがあります。

☆ご契約者の体調不良や状態の改善等により介護予防通所介護計画に定めた期日よりも利用が少なかった場合、又は介護予防通所介護計画に定めた期日よりも多かった場合であっても、日割りでの割引又は増額はしません。

☆ご契約者の状態の変化等により、サービス提供量が、介護予防通所介護計画に定めた実施回数、時間数等を大幅に上回る場合には、介護予防支援事業者と調整の上、介護予防サービス計画の変更又は要支援認定の変更申請、要介護認定申請の援助等必要な支援を行います。

☆月ごとの定額制となっているため、月の途中から利用を開始したり月の途中で終了した場合で

あっても、以下に該当する場合を除いては、原則として、日割り計算は行いません。

- 一 月途中で要介護から要支援に変更になった場合
- 二 月途中で要支援から要介護に変更になった場合
- 三 同一保険者管内での転居等により事業所を変更した場合

☆月途中で要支援度が変わった場合には、日割り計算により、それぞれの単価に基づいて利用料を計算します。

☆サービス利用の変更・追加の申し出に対して、事業所の稼働状況により契約者の希望する期間にサービスの提供ができない場合、他の利用可能日時を契約者に提示して協議します。

6. 苦情の受付について（契約書第 20 条参照）

（１）当事業所における苦情の受付

当事業所における苦情やご相談は以下の専用窓口で受け付けます。

○苦情受付窓口（担当者）	管理者 杉 山 高 広
○受 付 時 間	毎週月曜～金曜日 8：30～17：15
○電 話	0947-32-4616
○F A X	0947-32-5414

（２）行政機関その他苦情受付機関

香春町役場 福祉課	所在地〒822-1403 田川郡香春町大字高野994番地 電話番号 32-8401 F A X 0947-32-4815 受付時間 月曜日～金曜日 午前8時30分～午後5時15分
国民健康保険団体連合会	所在地〒812-8521 福岡市博多区吉塚本町13-47 電話番号 092-642-7813 F A X 092-642-7856 受付時間 月曜日～金曜日 午前8時30分～午後5時
福岡県社会福祉協議会	所在地〒816-0804 春日市原町3丁目1番地7 電話番号 092-584-3310 F A X 092-584-3319 受付時間 火曜日～日曜日 午前9時～午前12時 午後1時～午後5時
福岡県介護保険広域連合 田川・桂川支部	所在地〒825-0016 田川市新町18-7 電話番号 0947-49-1093 F A X 0947-49-1097 受付時間 月曜日～金曜日 午前8時30分～午後5時

7. 情報の公表

（１）当事業所は希望により、事業計画及び財務内容が閲覧できます。

令和 年 月 日

指定介護予防通所介護相当サービスの提供の開始に際し、本書面に基づき重要事項の説明を行いました。

香泉莊通所介護事業所

説明者職名 通所介護事業所 氏名 中山 千恵美 印

私は、本書面に基づいて事業者から重要事項の説明を受け、指定介護予防通所介護相当サービスの提供の開始に同意しました。

利用者住所 _____ 氏名 _____ 印 _____

代理人住所 _____ 代理人氏名 _____ 印 _____
(続柄: _____)

※この重要事項説明書は、厚生省令第37号（平成11年3月31日）第8条の規定に基づき、利用申込者又はその家族への重要事項説明のために作成したものです。