

ふれあいお助けさん事業 重要事項説明書

社会福祉法人福井市社会福祉協議会

ホームヘルプサービスセンター

福井市日之出4丁目3番12号

電話 0776-20-5101

ふれあいお助けさん事業

重要事項説明書

1 事業者の概要

名 称	社会福祉法人福井市社会福祉協議会		
所 在 地	〒910-0018 福井市田原1丁目13番6号		
代 表 者 名	会長 野坂 鐵郎		
電 話 番 号	0776-26-1853	FAX 番号	0776-26-9109
設 立 年 月 日	昭和40年8月19日	ホームページ	https://www.fukuic-shakyo.jp
主 な 事 業	介護認定調査事業、居宅介護支援事業、訪問介護事業、地域包括支援センター運営事業 等		

2 センターの名称・所在地等

名 称	社会福祉法人福井市社会福祉協議会ホームヘルプサービスセンター		
所 在 地	〒910-0859 福井市日之出4丁目3番12号（日之出事務所）		
電 話 番 号	0776-20-5101	FAX 番号	0776-20-5781
開 設 年 月 日	平成12年4月1日		
主 な 実 施 事 業	訪問介護事業、訪問型相当サービス、訪問型A型サービス、居宅介護事業		

3 事業の実施地域、営業日及び営業時間

実施地域	福井市
営業日	1月4日から12月28日まで
営業時間	午前8時30分から午後5時15分まで

4 事業の目的

利用者がその有する能力に応じ、自立した日常生活を営むことができるよう介護保険・障害者総合支援以外の必要な支援を行うことを目的とし、サービスを提供します。

5 サービスの内容

家事援助	掃除、洗濯、調理、買物など
身体介護	入浴、排泄、食事、洗面、更衣など
生活支援	花等の水やり、簡単な草取り、薬の受け取り、話し相手など
付き添い	通院、冠婚葬祭、墓参り、各種行事への参加など

6 利用料等

サービスの利用に係る費用については、別表「利用料金等一覧表」のとおりです。

(1) 利用料金

利用時間	利用者負担額
1時間以内	2,000円
1時間を超えて30分増す毎に	1,000円 加算

(2) 交通費

福井市外でサービスを行う場合は、交通費の実費が必要となります。

この場合において、自動車を使用する場合の交通費は次のとおりです。

適用範囲	金額
福井市を越えた地点から片道10km未満	300円
福井市を越えた地点から片道10km以上	1km当たり30円

(3) キャンセル料

利用者の都合によりサービスを中止する場合は、次のキャンセル料をいただきます。

ただし、病状の急変など、緊急でやむを得ない事情がある場合は不要です。

キャンセルの時期	キャンセル(中止)料
1 利用日の前日までに連絡があった場合	無料
2 利用日の前日までに連絡がなかった場合	全額

(4) その他の費用

サービスの提供に必要な費用(光熱水費、物品の購入費、訪問介護員が訪問する際に要する駐車料金等)は、利用者の負担となります。

7 利用料等の支払方法

毎月15日までに前月分の利用料等の請求をいたしますので、当月の末日までにお支払いください。なお、請求書には利用料等の明細を記載します。

8 緊急時における対応方法

サービスの提供中に利用者の体調や容態の急変その他緊急事態が生じた場合は、速やかに利用者の家族、主治医等へ連絡するとともに必要な措置を講じます。

9 事故発生時の対応

(1) サービスの提供により事故が発生した場合は、速やかに利用者の家族等に連絡を行うとともに必要な措置を講じます。

(2) サービスの提供により賠償すべき事故が発生した場合には、損害賠償を行います。

10 秘密の保持

利用者の個人情報について「個人情報の保護に関する法律」及び厚生労働省が策定した「医療・介護関係事業者における個人情報の適切な取扱いのためのガイダンス」並びに当事業者の個人情報保護規程を遵守し適切な取扱いに努めます。

従業者は、正当な理由がなく、その業務上知り得た利用者又はその家族の秘密を漏らしません。

この秘密保持義務は、利用者との契約終了後においても継続します。

センターは、職員であった者に業務上知り得た利用者又はその家族の秘密を保持させるため、従業者でなくなった後においてもこれらの秘密を保持すべき旨を雇用契約の内容とします。

センターは、利用者の個人情報を用いる場合は利用者の同意を、利用者の家族の個人情報を用いる場合は当該家族の同意を、あらかじめ文書により得ておくものとします。

1 | サービス内容に関する苦情等相談窓口

所在地	福井市日之出4丁目3番12号
電話番号	(0776) 20-5101
利用時間	平日 午前8時30分から午後5時15分まで
担当者	管理者 清水 淑恵

当事業者は、利用者へのサービス提供開始に当たり、本書面に基づき重要事項の説明をしました。

令和 年 月 日 (事業者) 住所 福井市田原1丁目13番6号
 氏名 社会福祉法人 福井市社会福祉協議会
 会長 野坂 鐵郎
 (説明者) _____ (印)

私は、事業者から本書面に基づき重要事項の説明を受け、サービスの提供をうけることに同意しました。

令和 年 月 日 (利用者) 住所 _____
 氏名 _____ (印)
 (代理人又は署名代行者) 住所 _____
 氏名 _____ (印)
 利用者との関係 ()

【緊急時の連絡先】

(令和 年 月 日現在)

利用者	住所	〒 -		
	氏名		電話	
緊急時 連絡先 (親族等)	住所	〒 -		
	氏名		続柄	
	電話			
	住所	〒 -		
	氏名		続柄	
	電話			
主治医	住所	〒 -		
	名称			
	氏名		電話	
災害時の 避難場所	住所			
	名称			
	電話			
	備考			