

介護予防支援・介護予防ケアマネジメント重要事項説明書
(令和6年4月1日現在)

1. 事業所の概要

(フリガナ) 運営主体の法人名 (事業者名)	シヤカイフクシホウジン シキシヤカイフクシキョウギカイ	
	社会福祉法人 志木市社会福祉協議会	
運営主体の所在地	埼玉県志木市上宗岡1丁目5番1号	
運営主体の代表者氏名	会長 中村 勝義	
(フリガナ) 事業所名	シキシ チイキホリカツシエンセンター タテ・サイワイチョウ 志木市地域包括支援センター館・幸町	
管理者の氏名	地域包括支援センター	指定介護予防支援事業所
	土屋裕子	土屋裕子
事業所の所在地	埼玉県志木市幸町3-12-5	
電話番号 FAX番号	電話 048-485-5610 FAX 048-485-5611	
介護保険の指定番号	1	1 0 2 2 0 0 0 4 3
指定年月日	平成25年10月1日	

2. 事業所の職員体制

地域包括支援センター・指定介護予防事業所	
管理者兼担当職員	1名
保健師(看護師)	1名以上
社会福祉士	1名以上
主任介護支援専門員	1名以上

3. 営業日・苦情相談窓口

営業時間	平日	8：30～17：15	
	土曜日		
	特記事項	日曜日、祝休日、12月29日から翌年1月3日までは営業していません。	
サービス提供地域	志木市館、志木市幸町		
事業所又は法人に設置された苦情・相談対応窓口	名称	志木市地域包括支援センター館・幸町	
	電話	048-485-5610	
	FAX	048-485-5611	
	対応時間	8：30～17：15 (日・祝休日、12月29日から翌年1月3日を除く)	
志木市介護保険相談窓口	名称	志木市役所福祉部長寿応援課	
	電話	048-473-1348	
	FAX	048-471-7092	
	対応時間	8：30～17：15 (土・日・祝休日、12月29日から翌年1月3日を除く)	
市町村介護保険相談窓口 (他市の被保険者である場合)	名称		
	電話		
	FAX		
	対応時間	(注：各市町村へ必ず確認してください)	
埼玉県国民健康保険団体連合会	名称	埼玉県国民健康保険団体連合会	
	電話	048-824-2568 (苦情相談専用)	
	FAX	048-824-2561	
	対応時間	8：30～12：00、13：00～17：00 (土・日・祝休日は除く)	
事故発生時の対応	<p>担当職員は、利用者に対する指定介護予防支援又は介護予防ケアマネジメントの提供により事故が発生した場合には、速やかに市町村、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。</p> <p>また、サービスの提供により、賠償すべき事故が発生した場合は、速やかに損害賠償します。</p>		

損害賠償保険	損害保険ジャパン株式会社 (全国社会福祉協議会「社協の保険」) 加入
秘密の保持	担当職員は、業務上知り得た利用者又はその家族の秘密を保持します。なお、サービス担当者会議等において、利用者又はその家族の個人情報を用いる場合は、利用者又はその家族の同意を書面により得ます。
事業者の選択	利用者は担当職員に対して、複数の指定介護予防サービス事業者等の紹介を求めることができます。 また、利用者は担当職員に対して、介護予防サービス計画原案に位置付けた指定介護予防サービス事業者等の選択理由の説明を求めることができます。
利用料	<p>【介護予防支援及び介護予防ケアマネジメント】 介護予防サービス・支援計画書作成に係わる費用 月額 4,791円 初回加算 3,252円 委託連携加算 3,252円 (居宅介護支援事業所へ委託を実施した場合)</p> <p>上記は、介護保険から全額給付されますので、自己負担はありません。但し、介護サービス計画を受けることについて、予め市に届け出ていない場合や、介護保険料の滞納等の理由で介護保険の給付が行われなかった場合、利用料として上記金額が自己負担となる場合があります。</p>
その他の費用	<p>利用者又はその家族の要請により、サービス提供地域以外で介護予防支援を提供する場合、訪問するための交通費の実費を受領いたします。</p> <p>なお、自動車を使用した場合は、通常の事業の実施地域を超えた地点から、次の額を請求します。</p> <p>① 志木市内 無料 ② 志木市外片道 10Km 未満 200円 10Km 以上 400円</p>

介護予防支援又は介護予防ケアマネジメントの提供開始にあたり、利用者に対して本書面に基づいて、重要な事項を説明しました。

令和 年 月 日

事業者名

所在地 埼玉県志木市上宗岡1丁目5番1号

名称 社会福祉法人志木市社会福祉協議会

代表者 会長 中村 勝義

事業所名

志木市地域包括支援センター館・幸町

説明者

印

(居宅介護支援事業所へ委託する場合)

契約書第7条により委託した居宅介護支援事業者

事業者名

説明者

印

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当たり、上記のとおり説明を受け、同意しました。

令和 年 月 日

利用者

住所

氏名

印

代理人

住所

氏名

印