

# ちいたの福王台重要事項説明書（地域密着型通所介護）

（令和7年4月1日現在）

## 1. 当事業所が提供するサービスについての相談窓口

電話：0438-63-1222（8時30分～17時30分）

担当：星野 梨恵（ほしの りえ）

\* ご不明な点は、なんでもお尋ね下さい。

## 2. ちいたの福王台の概要

### (1) 提供できるサービスの種類と地域

名称 ちいたの福王台

所在地 千葉県袖ヶ浦市坂戸市場66-1

介護保険指定番号（千葉県 1273400356 号）

サービスを提供する対象地域	袖ヶ浦市（原則として事業所が所在する市町村の被保険者だけが利用できます）
---------------	--------------------------------------

\* 上記地域以外の方でもご希望の方はご相談ください。

### (2) 事業所の職員体制

事業所の職員体制詳細については、「ちいたの福王台（地域密着型通所介護）運営規程」をご覧ください。

### (3) 事業所の設備の概要

定員 15名（介護予防・第1号通所事業含む）

食堂兼居間 1室 相談室 1室

機能訓練室 1室 静養室 1室

浴室 2室 {一般浴槽・一般浴槽（リフト浴可）があります}

送迎車 3台

### (4) 営業時間

全日 午前9時00分～午後4時15分

緊急連絡電話 0438-63-1222

## 3. サービス内容

- ・送迎 ご自宅の玄関まで職員が送り迎えします。但し軽自動車の入れないお宅は車の停車できる場所までおいでいただくことになります。
- ・食事 嗜好や摂取方法を考慮した適温食を提供します。病状に応じた特別食も対応します。
- ・入浴 身体状況に応じて、一般浴、リフト浴から選択できます。
- ・機能訓練 訓練機器の使用、グループレク等の実施により機能維持訓練を行い、日常生活上の訓練方法の相談を行います。
- ・生活相談 日常生活上でお困りの事や、介護保険制度等のご相談を行います。

## 4. 料金

### (1)

#### ①基本サービス費

要介護1	753単位/日
要介護2	890単位/日
要介護3	1,032単位/日
要介護4	1,172単位/日
要介護5	1,312単位/日

②入浴介助加算Ⅰ（1回あたり）40単位

③サービス提供体制強化加算（Ⅰ）...22単位/日

④科学的介護推進体制加算...40単位/月

⑤通所介護送迎減算...-47単位/片道

⑥介護職員処遇改善加算Ⅰ：①～⑤までにより算定した額の9.2%

※介護保険負担割合証に応じご負担いただきます。

⑦地域区分...袖ヶ浦市は5級地に相当し1単位当たり10,45円

※介護保険負担割合証に応じご負担いただきます。

⑨昼食費（介護保険外）...1日当たり **650円**

\*その他、レクリエーションにかかる費用等は実費ご負担いただきます。

(2) 利用当日キャンセル（前日の17:30迄にキャンセルのご連絡を頂けなかった場合は、昼食キャンセル料**650円**をご負担いただきます。

(3) 送迎キャンセル（お迎えに伺うもキャンセルやご家族様が送迎した場合）送迎キャンセル料500円をご負担いただきます。

#### (4) 支払方法

毎月、初旬に前月分の請求をいたします。所定の郵便口座より毎月20日引き落とされます。前日までに口座への入金をお願いいたします。入金確認後、領収書の発行をします。

## 5. サービスの利用方法

### (1) サービスの利用開始

まずは、お電話等でお申し込み下さい。当社職員が面接に伺います。地域密着型通所介護計画作成と同時に契約を結び、サービスの提供を開始します。※居宅サービス計画の作成を依頼している場合は、事前に介護支援専門員とご相談下さい。

### (2) サービスの終了

#### ① お客様のご都合でサービスを終了する場合

サービスの終了を希望する日の1週間前までに文書または口頭でお申し出下さい。

#### ② 当事業所の都合でサービスを終了する場合

人員不足等やむを得ない事情により、サービスの提供を終了させていただく場合がございます。その場合は、終了1ヶ月前までに文書で通知いたします。

#### ③ 自動終了

以下の場合は、双方の通知がなくても自動的にサービスを終了いたします。



## 9. その他

・第三者評価実施及び結果の公表無し

地域密着型通所介護の提供開始にあたり、利用者に対して契約書および本書面について重要な事項を説明しました。

〔事業者名〕 社会福祉法人かずさ萬燈会 ちいたの福王台  
(介護保険事業所番号)1273400356

〔住所〕 千葉県袖ヶ浦市坂戸市場66-1  
〔管理者名〕 星野 梨恵 印

〔説明者〕 印

私は、契約書および本書面により、事業者から地域密着型通所介護についての重要事項の説明を受けました。

令和 年 月 日

〔利用者〕 〔代理人〕

住 所	住 所
氏 名 印	氏 名 印

なお、以下連帯保証人は上記契約条項に則り、本人及び代理人とともに本契約の債務履行に関して、極度額 780,000 円の範囲内で連帯保証します。

〔連帯保証人〕

住 所  
氏 名 印