

社会福祉法人兵庫県社会福祉事業団 立雲の郷
 デイサービスあすなる 重要事項説明書

当事業所は、単独型で指定居宅サービスの中の認知症対応型通所介護事業所、介護予防認知症対応型通所介護事業所で、介護保険法による指定を受けています。
 (朝来市指定 第2894900097号)

当事業所はご利用者に対し認知症対応型通所介護サービス、介護予防認知症対応型通所介護サービスを提供します。事業所の概要や提供されるサービスの内容、ご利用上ご注意くださいことを次の通り説明します。

1 施設・事業所経営法人

法人名	社会福祉法人兵庫県社会福祉事業団
法人所在地	神戸市西区曙町1070番地
電話・FAX番号	(TEL)078-929-5655 (FAX) 078-929-5688
代表者氏名	理事長 藪本 訓弘
設立年月日	昭和39年7月1日

2 事業者の概要

事業者の名称	社会福祉法人兵庫県社会福祉事業団 立雲の郷
事業者の代表者	所長 酒井 伸義
所在地 電話・FAX番号	〒669-5252 兵庫県朝来市和田山町竹田2063番地3 (TEL)079-674-0088 (FAX)079-674-0089
交通機関	・JR播但線竹田駅下車 徒歩約15分 ・播但道和田山インターから車で約5分
他の介護保険関連の事業	認知症対応型共同生活介護(短期利用共同生活介護)事業・介護予防認知症対応型共同生活介護(短期利用共同生活介護)事業(定員18名) 訪問看護事業、介護予防訪問看護事業
介護保険以外の事業	健康づくり・介護予防事業
施設の周辺環境	朝来市和田山町の中心街より南へ約10kmの立雲峡と竹田城を臨む大自然の緑豊かな山々に囲まれた環境のもとにあります。

3 事業所の概要

事業の種類	認知症対応型通所介護事業、介護予防認知症対応型通所介護事業	
事業所の名称	朝来市健康・福祉拠点施設 デイサービスあすなろ	
利用定員	12名	
事業の目的	介護保険法令に従い、ご利用者が、その有する能力に応じ可能な限り自立した日常生活を営むことができるように支援することを目的として、認知症対応型通所介護サービス、介護予防認知症対応型通所介護サービスを提供します。	
運営方針	ご利用者の人権やその人らしさを尊重し、常にご利用者の立場に立った居宅サービスの提供に努め、ご利用者が有する個々の能力に応じ、自立した日常生活を営むことができるよう支援することを旨とした運営をします。	
事業所の責任者	管理者 平野 由美	
開設年月日	平成20年4月1日 開設	
保険事業者指定番号	第2894900097号	
所在地	〒669-5252 兵庫県朝来市和田山町竹田2063番地3	
電話・FAX番号	(TEL)079-674-0088 (FAX)079-674-0089	
建物概要	構造：鉄骨造2階建（1F部分の一部を使用）	
延床面積	130.06㎡（浴室含む）	
通常の事業の実施地域	朝来市和田山町・山東町・旧朝来町	
営業日及び営業時間	営業日	月曜日・火曜日・水曜日・木曜日・金曜日 (ただし12月29日～1月3日を除く)
	受付時間	8時45分～17時30分
	サービス提供時間	9時15分～16時45分 (通常の時間以外については、その都度ご相談に応じます)

4 居室等の概要

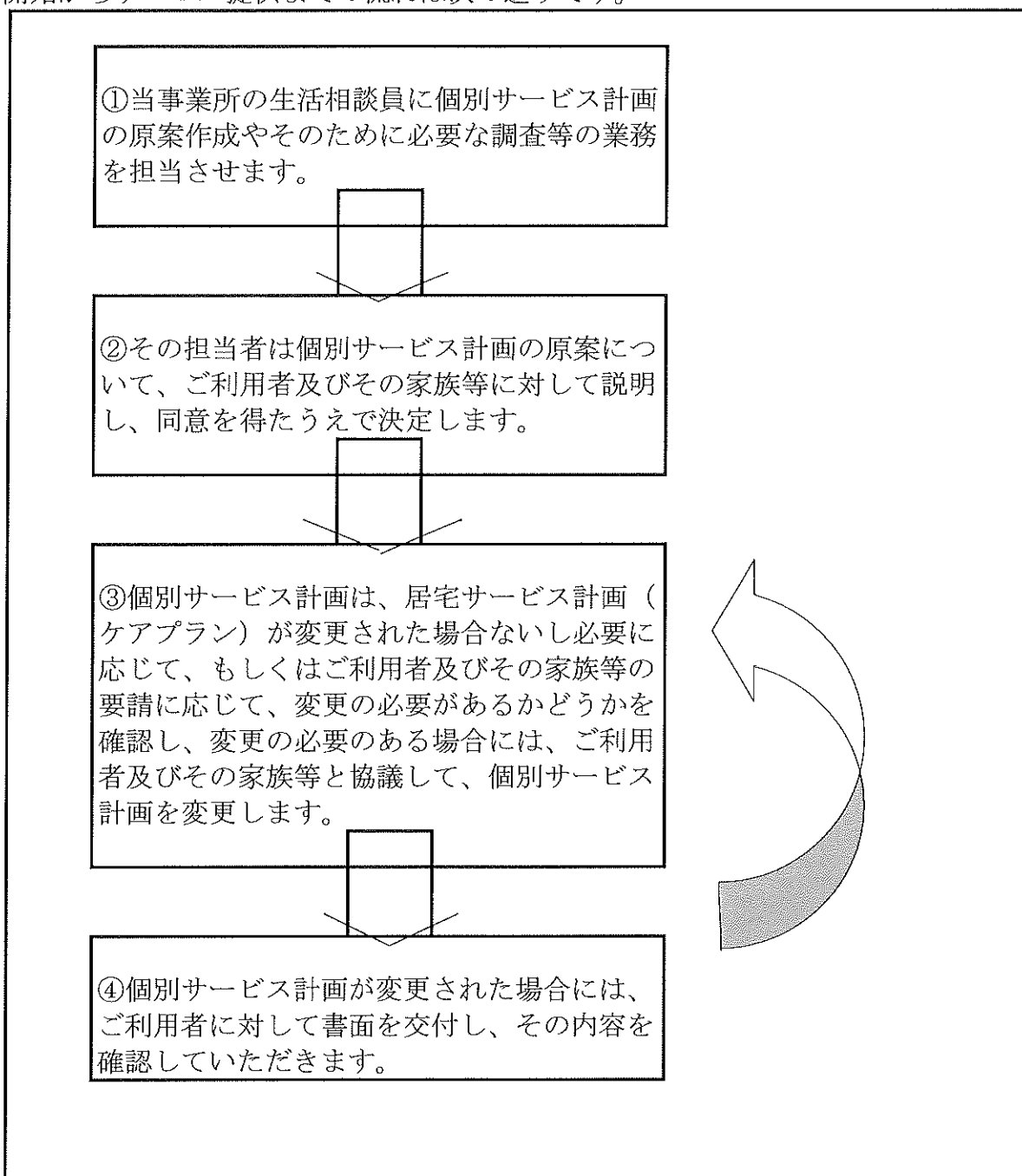
当事業所では以下の設備をご用意しています。（共用の部分を含んでいます。）

居室・設備の種類	面積	備考
食堂及び機能訓練室	78.1㎡	
静養室	19.85㎡	
相談室	9㎡	共用
浴室（一般浴室・機械浴室）	26㎡	
事務室	79.68㎡	共用
便所	39.01㎡	共用
厨房	45㎡	共用

5 利用開始からサービス提供までの流れ

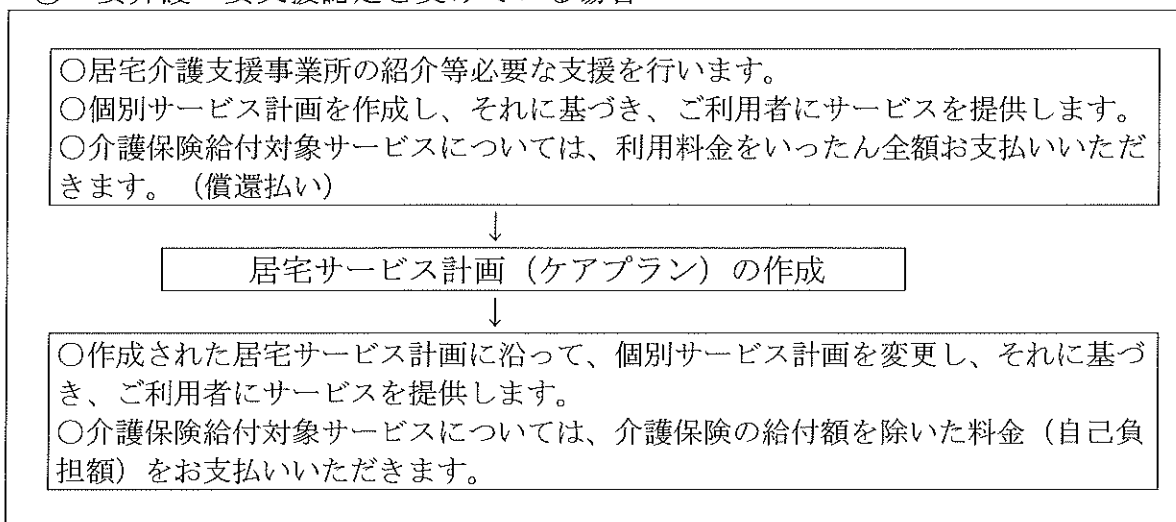
(1) ご利用者に対する具体的なサービス内容やサービス提供方針については、「居宅サービス計画（ケアプラン）」がある場合はその内容を踏まえ、利用開始後に作成するそれぞれのサービスに係る介護計画、介護予防計画（以下「個別サービス計画」という。）に定めます。

利用開始後、即座に具体的なサービスを提供しますが、正式な「個別サービス計画」策定に要する期間が必要なため、その間のサービス提供は、暫定的なものですから、速やかに正式な「個別サービス計画」を策定するよう努めます。利用開始からサービス提供までの流れは次の通りです。

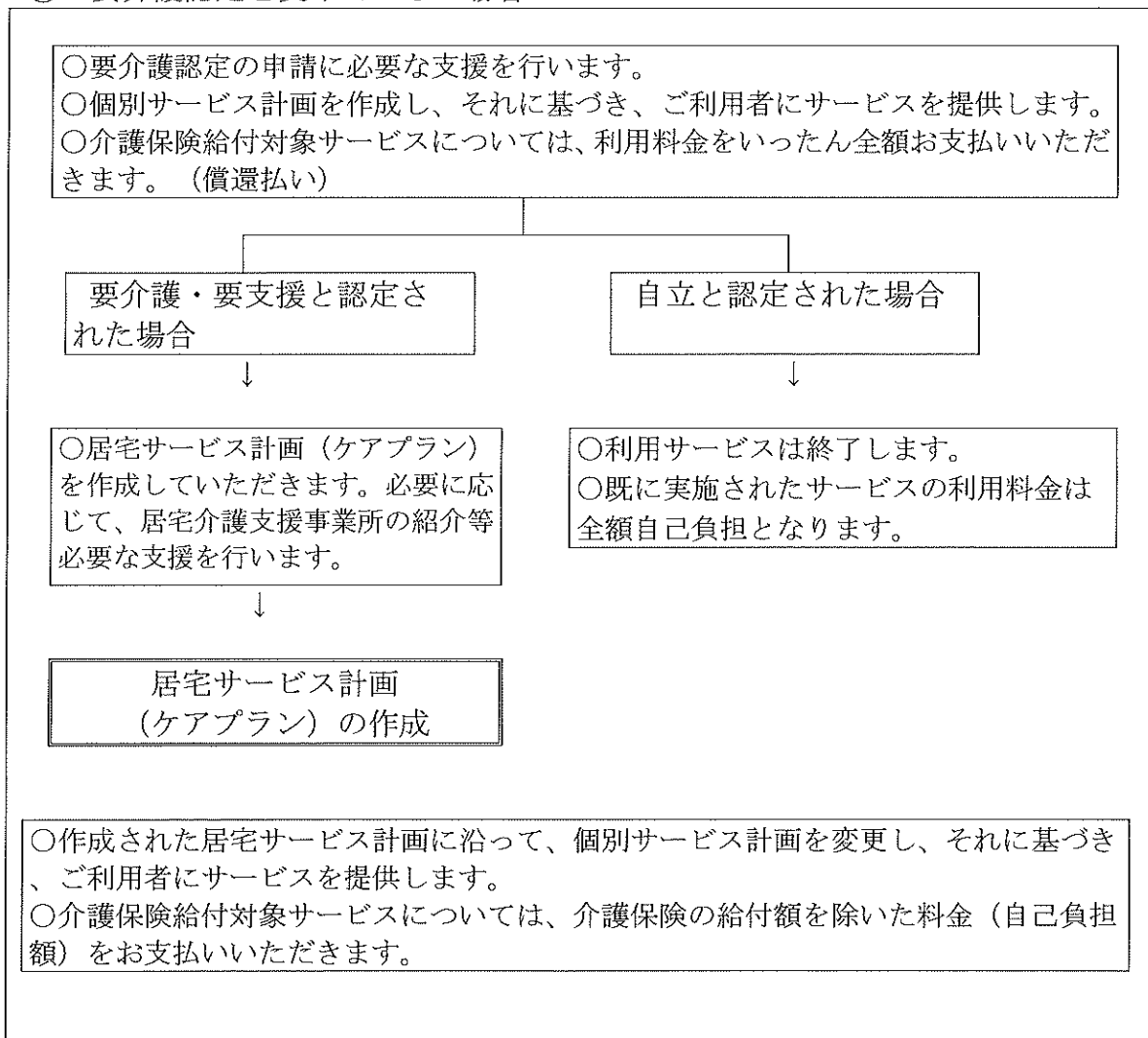


(2) ご利用に係る「居宅サービス計画（ケアプラン）」が作成されていない場合のサービス提供の流れは次の通りです。

① 要介護・要支援認定を受けている場合



② 要介護認定を受けていない場合



6 職員の配置状況

当事業所では、ご利用者に対して認知症対応型通所介護サービス、介護予防認知症対応型通所介護サービスを提供する職員として、以下の職種の職員を配置しています。

<主な職員の配置状況>

職員の配置については、指定基準を遵守しています。

職員の職種	員数（人）	常勤		非常勤		備考
		専従	兼務	専従	兼務	
管理者	1		1			
生活相談員	2		2			
介護職員	5	2	1	2		
看護師兼 機能訓練指導員	2				2	

7 当事業所が提供するサービスと利用料金

当事業所では、ご利用者に対して以下のサービスを提供します。

○認知症対応型通所介護サービス、介護予防認知症対応型通所介護サービス

- ・利用料金が介護保険から給付される場合
- ・利用料金の全額をご利用者にご負担いただく場合があります。

(1) 介護保険の給付の対象となるサービス

以下のサービスについては、利用料金の大部分（所得に応じて9割もしくは8割、7割）が介護保険から給付されます。

<サービスの概要>

①食事

- ・当事業所では、栄養士の立てる献立表により、栄養並びにご利用者の身体の状態および嗜好を考慮した食事を計画します。
- ・ご利用者の自立支援のため離床して食堂にて食事をとっていただくことを原則としています。

②入浴

- ・入浴又は清拭を行います。ただし、身体状況によっては、入浴を禁止する場合があります。
- ・車いすの方も、座位式機械浴槽を使用して入浴することができます。

③排泄

- ・排泄の自立を促すため、ご利用者の身体能力を最大限活用した支援を行います。

④個別機能訓練

- ・機能訓練指導員等により、ご利用者の心身等の状況に応じて、日常生活を送るのに必要な機能の回復またはその減退を防止するために、機能訓練を実施します。

⑤若年性認知症利用者の受け入れ

- ・若年性認知症のご利用者には、個別に担当を定め、ご利用者の特性やニーズに応じたサービスを提供いたします。

⑥健康管理

- ・看護職員が健康管理を行います。

⑦送迎サービス

- ・ご利用者の希望により、ご利用者と事業所間の送迎サービスを行います。ただし、通常の事業実施地域外からのご利用の場合は、交通費実費をご負担いただきます。

⑧生活相談

- ・ご利用者の生活上の相談や介護相談をいたします。また認知症や認知症の周辺症状等についても神経内科の専門医と連携し、相談・支援をいたします。

＜サービス利用料金（1回あたり）＞

下記の料金表によって、ご利用者の要支援・要介護度に応じたサービス利用料金から介護保険給付額を除いた金額（自己負担額）をお支払い下さい。（サービスの利用料金は、ご利用者の要介護度と利用時間、所得に応じて異なります。）

サービス利用料金表

所得に応じて自己負担額が1割もしくは2割、3割になります（介護保険負担割合証）。

下記利用料金表の（ ）内金額は2割の方の料金になります。

ア) 要支援・要介護度及び利用時間による利用料金

認知症対応型通所介護サービス

＜7時間以上8時間未満の場合＞

	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
1. ご契約者の要介護度とサービス利用料金	9,940円	11,020円	12,100円	13,190円	14,270円
2. うち、介護保険から給付される金額	8,946円 (7,952円)	9,918円 (8,816円)	10,890円 (9,680円)	11,871円 (10,552円)	12,843円 (11,416円)
3. サービス利用に係る自己負担額（1－2）	994円 (1,988円)	1,102円 (2,204円)	1,210円 (2,420円)	1,319円 (2,638円)	1,427円 (2,854円)

＜6時間以上7時間未満の場合＞

	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
1. ご契約者の要介護度とサービス利用料金	8,800円	9,740円	10,660円	11,610円	12,560円
2. うち、介護保険から給付される金額	7,920円 (7,040円)	8,766円 (7,792円)	9,594円 (8,528円)	10,449円 (9,288円)	11,304円 (10,048円)
3. サービス利用に係る自己負担額（1－2）	880円 (1,760円)	974円 (1,948円)	1,066円 (2,132円)	1,161円 (2,322円)	1,256円 (2,512円)

< 5時間以上6時間未満の場合 >

	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
1. ご契約者の要介護度とサービス利用料金	8,580円	9,500円	10,400円	11,320円	12,250円
2. うち、介護保険から給付される金額	7,722円 (6,864円)	8,550円 (7,600円)	9,360円 (8,320円)	10,188円 (9,056円)	11,025円 (9,800円)
3. サービス利用に係る自己負担額(1-2)	858円 (1,716円)	950円 (1,900円)	1,040円 (2,080円)	1,132円 (2,264円)	1,225円 (2,450円)

< 4時間以上5時間未満の場合 >

	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
1. ご契約者の要介護度とサービス利用料金	5,690円	6,260円	6,840円	7,410円	7,990円
2. うち、介護保険から給付される金額	5,121円 (4,552円)	5,634円 (5,008円)	6,156円 (5,472円)	6,669円 (5,928円)	7,191円 (6,392円)
3. サービス利用に係る自己負担額(1-2)	569円 (1,138円)	626円 (1,252円)	684円 (1,368円)	741円 (1,482円)	799円 (1,598円)

< 3時間以上4時間未満の場合 >

	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
1. ご契約者の要介護度とサービス利用料金	5,430円	5,970円	6,530円	7,080円	7,620円
2. うち、介護保険から給付される金額	4,887円 (4,344円)	5,373円 (4,776円)	5,877円 (5,224円)	6,372円 (5,664円)	6,858円 (6,096円)
3. サービス利用に係る自己負担額(1-2)	543円 (1,086円)	597円 (1,194円)	653円 (1,306円)	708円 (1,416円)	762円 (1,524円)

介護予防認知症対応型通所介護サービス

< 7時間以上8時間未満の場合 >

	要支援1	要支援2
1. ご契約者の要介護度とサービス利用料金	8,610円	9,610円
2. うち、介護保険から給付される金額	7,749円 (6,888円)	8,649円 (7,688円)
3. サービス利用に係る自己負担額(1-2)	861円 (1,722円)	961円 (1,922円)

< 6時間以上7時間未満の場合 >

	要支援1	要支援2
1. ご契約者の要介護度とサービス利用料金	7,600円	8,510円
2. うち、介護保険から給付される金額	6,840円 (6,080円)	7,659円 (6,808円)
3. サービス利用に係る自己負担額(1-2)	760円 (1,520円)	851円 (1,702円)

< 5時間以上6時間未満の場合 >

	要支援1	要支援2
1. ご契約者の要介護度とサービス利用料金	7,410円	8,280円
2. うち、介護保険から給付される金額	6,669円 (5,928円)	7,452円 (6,624円)
3. サービス利用に係る自己負担額(1-2)	741円 (1,482円)	828円 (1,656円)

< 4時間以上5時間未満の場合 >

	要支援1	要支援2
1. ご契約者の要介護度とサービス利用料金	4,970円	5,510円
2. うち、介護保険から給付される金額	4,473円 (3,976円)	4,959円 (4,408円)
3. サービス利用に係る自己負担額(1-2)	497円 (994円)	551円 (1,102円)

< 3時間以上4時間未満の場合 >

	要支援1	要支援2
1. ご契約者の要介護度とサービス利用料金	4,750円	5,260円
2. うち、介護保険から給付される金額	4,275円 (3,800円)	4,734円 (4,208円)
3. サービス利用に係る自己負担額(1-2)	475円 (950円)	526円 (1,052円)

イ) サービス内容による加算

	サービス提供体制強化加算(Ⅱ) ※1回につき	入浴介助加算(Ⅰ) ※1回につき	若年性認知症利用者受入加算 ※1回につき	科学的介護推進体制加算 ※1ヶ月につき	ADL維持等加算(Ⅰ) ※1ヶ月につき	事業所が送迎を行わない場合 ※1回につき
1. サービス内容とサービス利用料金	180円	400円	600円	400円	300円	片道につき -470円
2. うち介護保険から給付される金額	162円 (144円)	360円 (320円)	540円 (480円)	360円 (320円)	270円 (240円)	片道につき -423円 (-376円)
3. サービス利用に係る自己負担額(1-2)	18円 (36円)	40円 (80円)	60円 (120円)	40円 (80円)	30円 (60円)	片道につき -47円 (-94円)

※サービス提供体制強化加算は、区分支給限度基準額の算定には含めません。

ウ) 他加算

介護職員等処遇改善加算(Ⅰ)～18.1%

ア) +イ) の金額に、18.1%を乗じた金額が加算されます。

(備考)

上記のア) イ) 及びウ) から算出した額がご利用者の自己負担額となります。

☆「サービス利用時間」及び要支援・要介護度に基づく利用料金は国で定められた基準です。介護保険からの給付額に変更があった場合、変更された額に合わせて、ご利用者の負担額を変更します。

☆上記サービスの利用料金は、実際にサービスに要した時間ではなく、通所介護計画に基づき決定されたサービス内容を行うために標準的に必要となる時間に基づく介護給付体系により計算されています。

☆減免のある方は、別に定めた料金とします。

☆ご利用者がまだ要介護認定を受けていない場合には、予想される介護度に応じたサービス利用料金の全額をいったんお支払いいただきます。要介護の認定を受けた後、自己負担額を除く金額が介護保険から払い戻されます(償還払い)。ケアプラン策定の済んでいない方の場合等も償還払いとなりますが、償還払いとなる場合、ご利用者が保険給付の申請を行うために必要となる事項を記載した「サービス提供証明書」を交付します。

(2) 介護保険の給付対象とならないサービス (契約書第5条参照)

以下のサービスは、利用料金の全額がご利用者の負担となります。

<サービスの概要と利用料金>

① 利用者の食事等の提供

ご利用者の栄養状態に適した食事等を提供します。

食事代：一回あたり650円(昼食・間食・飲み物代)

※外注弁当となりますので、キャンセルにつきましては原則前日までに連絡をお願いいたします。当日キャンセルの場合、食事代をいただく場合があります。

② 日常生活

日常生活用品の購入代金等ご利用者の日常生活に要する費用で、ご利用者に負担いただくことが適当であるものにかかる費用を負担いただきます。

☆経済状況の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、変更の内容と変更する事由について事前にご説明いたします。

(3) 利用料金のお支払い方法

サービス利用終了後、翌日25日までにお支払いください。

納入通知書等を発行しますので、指定の金融機関にお支払いください。

お支払いに関する手数料は、ご利用者の負担でお願いいたします。

(4) サービス利用の変更・追加・中止等について

当事業所の稼働状況により、ご利用者の希望期間にサービスが利用できない等の変更・追加・中止について、ご相談に応じます。

天災や警報時、及び感染症の蔓延等により、サービス提供が困難と判断した場

合には急遽サービスを中止する場合があります

8 サービス利用をやめる場合

当事業所の利用については、終了する期日を特に定めていません。したがって、以下のような事由がない限り、認知症対応型通所介護サービスを利用することができますが、下記のような事項に該当するに至った場合には、認知症対応型通所介護サービス・介護予防認知症対応型通所介護サービス利用を終了していただくこととなります。

- ①ご利用者が死亡した場合
- ②要介護認定によりご利用者の心身の状況が自立と判定された場合
- ③事業者が解散した場合、破産した場合又はやむを得ない事由により当事業所を閉鎖した場合
- ④施設の滅失や重大な毀損により、ご利用者に対するサービスの提供が不可能になった場合
- ⑤当事業所が介護保険の指定を取り消された場合又は指定を辞退した場合
- ⑥ご利用者からサービス利用の解約の申し出があった場合（詳細は以下をご参照下さい。）
- ⑦事業者から利用解除を申し出た場合（詳細は以下をご参照下さい。）

(1) ご利用者からの解約の申し出の場合

- ①介護保険給付対象外サービスの利用料金の変更に同意できない場合
- ②事業所の運営規程の変更に同意できない場合
- ③事業者もしくはサービス従事者が正当な理由なく認知症対応型通所介護サービスを実施しない場合
- ④事業者もしくはサービス従事者が守秘義務に違反した場合
- ⑤事業者もしくはサービス従事者が故意又は過失によりご利用者の身体・財物・信用等を傷つけ、又は著しい不信行為、その他サービス利用を継続しがたい重大な事情が認められる場合
- ⑥他の利用者がご利用者の身体・財物・信用等を傷つけた場合もしくは傷つける具体的な恐れがある場合において、事業者が適切な対応をとらない場合

(2) 事業者からのサービス解除の申し出の場合

以下の事項に該当する場合には、サービス利用の全部又は一部を解除させていただきます。

- ①ご利用者が、サービス利用開始時にその心身の状況及び病歴等の重要事項について、故意にこれを告げず、又は不実の告知を行い、その結果、サービス利用を継続しがたい重大な事情を生じさせた場合
- ②ご利用者によるサービス利用料金の支払いが3か月以上遅延し、相当期間を定めた催告にもかかわらずこれが支払われない場合
- ③ご利用者が、故意又は重大な過失により事業者又はサービス従事者もしくは他の利用者等の身体・財物・信用等を傷つけ、又は著しい不信行為を行うことなどによって、利用サービスを継続しがたい重大な事情を生じさせた場合
- ④ご利用者の行動が他のご利用者やサービス従事者の生命、身体、健康に重大な影響を及ぼす恐れがあったり、あるいは、ご利用者が重大な自傷行為（自殺にいたるおそれがあるような）を繰り返すなど、サービス利用を継続し

がたい重大な事情が生じた場合

9 サービス提供における事業者の義務

当事業所は、ご利用者に対してサービスを提供するにあたって、ご利用者の生命、身体、生活環境等の安全やプライバシーの保護などに配慮するなどの義務を負います。当事業所では、ご利用者に対してサービスを提供するにあたって、次のことを守ります。

- ①ご利用者の生命、身体、お預かりしている財産の安全に配慮します。
- ②ご利用者の体調、健康状態からみて必要な場合には、医師又は看護職員と連携の上、ご利用者から聴取、確認します。
- ③非常災害に関する具体的計画を策定するとともに、ご利用者に対して、定期的に避難、救出その他必要な訓練を行います。
- ④ご利用者に提供したサービスについて記録を作成し、サービス完結後5年間保管するとともに、ご利用者の請求に応じて閲覧させ、複写物を交付します。ただし、コピー代は有料となります。
- ⑤ご利用者に対する身体的拘束その他行動を制限する行為を行いません。
ただし、ご利用者または他の利用者等の生命、身体を保護するために緊急やむを得ない場合には、ご家族へ説明し、同意を得て、その態様及び時間、その際の身体状況、緊急やむを得なかった理由を記録するものとします。
- ⑥ご利用者等の人権の擁護・虐待の防止のために、次に掲げるとおり必要な措置を講じます。
 - ・虐待防止に関する責任者を選定しています。
虐待防止に関する責任者：立雲の郷所長 酒井 伸義
虐待防止に関する窓口：デイサービスあすなろ管理者 平野 由美
 - ・成年後見制度の利用を支援します。
 - ・苦情解決体制を整備しています。
 - ・定期的に虐待防止のための委員会を開催します。
 - ・虐待防止を啓発・普及するための研修を実施します。
- ⑦ご利用者へのサービスの提供時において、ご利用者の病状の急変が生じた場合その他必要な場合には、速やかに主治医又はあらかじめ定めた協力医療機関への連絡を行う等必要な措置を講じます。
- ⑧事業者及びサービス従事者または従業員は、サービスを提供するにあたって知り得たご利用者またはご家族に関する事項を正当な理由なく、第三者に漏洩しません（守秘義務）。ただし、ご利用者に医療上の必要がある場合には、医療機関等にご利用者の心身等の情報を提供します。このことについて「個人情報使用」に関する同意書をいただき、その範囲で個人情報を使用することとします。

10 サービスの利用に関する留意事項

当事業所のご利用にあたって、当施設を利用されているご利用者の共同生活の場としての快適性、安全性を確保するため、下記の事項をお守り下さい。

- (1) 他のご利用者や当施設の職員に対し、暴力行為や、迷惑を及ぼすような宗教活動、政治活動、営利活動などを行うことはできません。
- (2) 敷地内は禁煙です。

1.1 損害賠償について

(1) 当事業所において、事業者の責任によりご契約者に生じた損害については、事業者は速やかにその損害を賠償します。

ただし、その損害の発生の原因に、契約者に故意又は過失が認められる場合には、契約者の置かれた心身の状況を斟酌して相当と認められる場合には、事業者の損害賠償責任を減じる場合があります。

(2) 事業者は、明らかに自己の責に帰すべき事由がない限り、損害賠償責任を負いません。とりわけ以下の各号に該当する場合には、事業者は損害賠償責任を免れます。

① 契約者（その家族、身元引受人等含む）が、契約締結に際し、契約者の心身の状況及び病歴等の重要事項について、故意にこれを告げず、又は、不実の告知を行ったことにもつぱら起因して損害が発生した場合

② 契約者（その家族、身元引受人等含む）が、サービスの実施にあたって必要な事項に関する聴取・確認に対して、故意にこれを告げず、又は、不実の告示を行ったことにもつぱら起因して損害が発生した場合

③ 契約者の急激な体調の変化等、事業者の実施したサービスを原因としない事由にもつぱら起因して損害が発生した場合

④ 契約者が、事業者もしくはサービス従事者の指示等に反して行った行為にもつぱら起因して損害が発生した場合

⑤ 契約者の不注意等、事業者もしくはサービス従事者に過失責任のない事由にもつぱら起因して損害が発生した場合

1.2 苦情の受付について

苦情受付窓口	担当者氏名：デイサービスあすなろ管理者 平野 由美 (TEL) 079-674-0088 (FAX) 079-674-0089 苦情解決責任者：立雲の郷所長 酒井 伸義 (TEL) 079-674-0088 (FAX) 079-674-0089
外部苦情申立て機関 (連絡先電話番号)	機関名：法人の第三者委員 社会福祉法人兵庫県社会福祉事業団 監事 田村 賢一 法務省保護司 宗野 義潔 江戸町法律事務所弁護士 (TEL)078-331-0586 吉田 邦子 〒651-2134 神戸市西区曙町1070 兵庫県社会福祉事業団事務局 (TEL) 078-929-5655 (FAX) 078-929-5688 (受付時間) 9:00～17:00 (月～金) 機関名：運営適正化委員会 (兵庫県社会福祉協議会が設置) 〒651-0062 神戸市中央区坂口通2-1-18 兵庫県福祉センター内 (TEL) 078-242-6868 (FAX) 078-271-1709
行政機関	朝来市役所健康福祉部高年福祉課 〒669-5292 朝来市和田山町東谷213番地1 (TEL) 079-672-6124 (FAX) 079-672-4109

国民健康保険団体連合会	兵庫県国民健康保険団体連合会 〒650-0021 神戸市中央区三宮町1丁目9番1-1801号 (TEL) 078-332-5617 (FAX) 078-332-5650
-------------	---

1.3 重要事項の変更

重要事項に変更が生じた場合、変更事項について書類を送付いたします。書類への署名・捺印により、同意をいただきます。

1.4 附則

この重要事項説明の内容は、介護保険法施行に伴うもので、平成20年4月1日から施行されます。

附則

この重要事項は、平成20年11月1日から施行されます。

附則

この重要事項は、平成21年4月1日から施行されます。

附則

この重要事項は、平成21年8月1日から施行されます。

附則

この重要事項は、平成22年4月1日から施行されます。

附則

この重要事項は、平成23年4月1日から施行されます。

附則

この重要事項は、平成24年4月1日から施行されます。

附則

この重要事項は、平成25年4月1日から施行されます。

附則

この重要事項は、平成26年4月1日から施行されます。

附則

この重要事項は、平成26年10月15日から施行されます。

附則

この重要事項は、平成27年4月1日から施行されます。

附則

この重要事項は、平成27年8月1日から施行されます。

附則

この重要事項は、平成28年4月1日から施行されます。

附則

この重要事項は、平成28年5月2日から施行されます。

附則

この重要事項は、平成29年4月1日から施行されます。

附則

この重要事項は、平成29年7月1日から施行されます。

附則

この重要事項は、平成30年4月1日から施行されます。

附則

この重要事項は、平成30年8月1日から施行されます。

附則

この重要事項は、平成31年4月1日から施行されます。

附則

この重要事項は、令和1年6月28日から施行されます。

附則

この重要事項は、令和1年10月1日から施行されます。

附則

この重要事項は、令和2年4月1日から施行されます。

附則

この重要事項は、令和3年4月1日から施行されます。

附則

この重要事項は、令和4年4月1日から施行されます。

附則

この重要事項は、令和4年10月1日から施行されます。

附則

この重要事項は、令和5年4月1日から施行されます。

附則

この重要事項は、令和5年8月1日から施行されます。

附則

この重要事項は、令和6年4月1日から施行されます。

附則

この重要事項は、令和6年6月1日から施行されます。

附則

この重要事項は、令和6年12月1日から施行されます。

指定居宅サービス（認知症対応型通所介護・介護予防認知症対応型通所介護）の提供の開始に際し、本書面にに基づき重要事項の説明を行いました。

事業者 住所 朝来市和田山町竹田2063番地3
名称 兵庫県社会福祉事業団 立雲の郷
所長 酒井 伸義 印

事業所 住所 朝来市和田山町竹田2063番地3
名称 認知症デイサービス あすなろ
管理者 平野 由美 印

説明者 職名 支援員
氏名 _____ 印

説明日時 令和 年 月 日(時 分)

説明場所

私達は、本書面に基づいて事業者から重要事項の交付及び説明を受け、指定居宅サービス（認知症対応型通所介護・介護予防認知症対応型通所介護）の提供開始に同意しました。

利用者

住所 _____

氏名 _____

身元引受人

住所 _____

氏名 _____

(利用者との続柄 _____)

私は、利用者が事業者から重要事項の説明を受け、指定居宅サービス（認知症対応型通所介護・介護予防認知症対応型通所介護）の提供開始に同意したことを確認しましたので、私が、利用者に代わって署名を代行いたします。

署名代行者

住所 _____

氏名 _____

(利用者との関係 _____)