

指定国基準通所型サービス・指定通所型サービス A

重要事項説明書

1 サービスの内容

- (1) 「指定国基準通所型サービス・指定通所型サービス A」は、特別養護老人ホーム湘南ベルサイド（以下事業者）が管理運営する特定の施設に通って、当該施設において、認知症対応プログラムとして「学習療法」を主としたアクティビティを提供したり、認知症の防止、運動機能の維持改善を図るサービスです。
- (2) 事業者は、次の施設及び日程によりサービスを提供します。

サービス提供 を行う施設	所在地 名 称	茅ヶ崎市中島 736-1 社会福祉法人 かがやき	電 話	0467-57-3328
-----------------	------------	-----------------------------	-----	--------------

実施日		時間帯	内 容（概要）
1)	月曜日	9:05 ～ 16:10	プログラム選択によりご利用時間の設定が可能です。
2)	火曜日	9:05 ～ 16:10	
3)	水曜日	9:05 ～ 16:10	
4)	木曜日	9:05 ～ 16:10	
5)	金曜日	9:05 ～ 16:10	
6)	土曜日	9:05 ～ 16:10	

2 サービス提供に関する相談等

サービス提供の相談窓口は、次のとおりです。サービスについてご相談がある場合には、どんなことでもお寄せください。

責任者： 海野 連絡先： 0467-57-3328

苦情相談窓口

湘南ベルサイド 担 当： 新門 連絡先： 同 上

茅ヶ崎市福祉部介護保険課給付担当 連絡先： 0467-81-7164

神奈川県国民健康保険団体連合 連絡先： 045-453-6221

(1) 利用者の方にお支払い頂く利用者負担金は、次表のとおりです。

(3) 次の各号に掲げる経費については、実費相当分をご負担いただきます。

- ① 学習療法教材費
- ② 利用者の希望によって提供する日用品費、教養娯楽費及び利用者の嗜好にかかる経費等

(4) キャンセルされる場合は、前日までにご連絡ください。当日キャンセルされた場合は、キャンセル料 500 円をご負担頂きます。

サービス従事者に対する贈り物や飲食等のもてなしは、ご遠慮させていただきます。

(事業者) 所在地 茅ヶ崎市 中島 736-1

事業者名 社会福祉法人 かがやき

管 理 者 新 門 保 惠 印

説明者 海野 恵美子

利用者 〈氏名〉 印

代筆者 〈氏名〉 印

【 個人情報使用同意書 】

令和 年 月 日

利用者住所 _____

氏名 _____ 印 _____

代筆者 _____ 印 _____

私(利用者及びその家族)の個人情報については、次に記載するところにより必要最小限の範囲で使用することに同意します。また、本書面の交付を受けました。

記

1. 使用する目的・範囲・期間

- ・ 利用者のための居宅サービス計画に沿って、円滑にサービスを提供するために実施されるサービス担当者会議、医療機関等との連絡調整に必要な場合に使用する。
- ・ 利用される介護保険サービス提供事業所及び、医療機関。
- ・ 指定国基準通所型サービス・指定通所型サービス A の提供期間。

2. 使用条件

- ・ 個人情報の提供は必要最小限とし、提供にあたっては関係者以外の者に漏れる事のないよう細心の注意を払うこと。

(事業者)

所在地	茅ヶ崎市中島 736-1
事業所名	特別養護老人ホーム 湘南ベルサイド
代表者名	新門 保恵