

# 重要事項説明書

## (訪問介護サービス)

あなたに対する訪問介護サービスの提供開始にあたり、厚生省令第37号第8条に基づいて、当事業者があなたに説明すべき重要事項は次のとおりです。

### 1 事業者概要

事業者名称	株式会社 J O E K I N D
主たる事務所の所在地	愛知県名古屋市港区多加良浦町四丁目 190 番地
法人種別	営利法人
代表者名	代表取締役 竹内 人美
電話番号	0 5 2 - 7 1 0 - 9 3 0 7

介護保険法令に基づき 愛知県知事から指定を受けている事業所名称（指定番号）	各事業所につき介護保険法令に基づき愛知県知事から指定を受けている居宅介護サービスの種類
事業所 （愛知県号）	訪問介護

＊指定を受けていないが、基準該当事業者の時

事業所名称	各事業所が提供する居宅介護サービスの種類

### 2 ご利用事業所

ご利用事業所の名称	ヘルパーステーション ネクストホープ 咲む（えむ）
指定番号	愛知県
所在地	名古屋市港区入場2丁目1607番地 第二佐藤ハイツ 403
電話番号	0 5 2 - 3 5 5 - 9 1 6 0
通常の事業の実施地域	名古屋市港区全域、中川区、熱田区

### 3 事業の目的と運営方針

事業の目的	訪問介護
運営の方針	1人1人に寄り添った介護の提供

### 4 ご利用事業所の職員体制

ご利用事業所の従業者の職種	員数	勤務の態勢
介護福祉士	1人以上	
訪問介護員養成研修2級課程を修了した者	1人以上	

### 5 営業時間

営業日	月～土（但し年末年始12月31日～1月3日を除く）
営業時間	8時30分～17時30分

### 6 サービスの概要

訪問介護サービスの種類	内容・標準的な手順	保険給付適用のあるものに○印	単位	単位あたりの利用料

## 7 交通費実費

利用者の居宅が、当該事業所の通常の事業実施地域以外にある時は、交通費の実費をいただきます。
---

## 8 キャンセル料

当日	・・・・当日の自己負担金
前日	・・・・なし

## 9 苦情申立窓口

ご利用者ご相談窓口	ご利用時間 平日 午前8時30分～午後17時30分 ご利用方法 電話 052-355-9160
名古屋市	電話番号：052-972-3087
国民健康保険団体 連合会	電話番号：052-971-4165

## 10 緊急時の対応方法

利用者の主治医又は事業者の協力医療機関への連絡を行い、医師の指示に従います 緊急連絡先に連絡いたします。		
利用者の主治医	氏名	
	所属医療機関の名称	
	所在地	
	電話番号	
協力医療機関	医療機関の名称	
	院長名	
	所在地	
	電話番号	
	診療科	
	入院設備	
	救急指定の有無	
	契約の概要	
緊急連絡先	氏名	
	住所	
	電話番号	
	昼間の連絡先	
	夜間の連絡先	

令和 年 月 日

(乙) 当事業者は、甲1に対する居宅介護サービスの提供開始に当たり、☐甲1 に対  
☐甲2

して本書面に基づいて上記重要事項を説明しました。

(乙) 居宅サービス事業者

主たる事務所所在地 愛知県名古屋市中区多田良浦町四丁目190番地

名称 株式会社JOE KIND

説明者 所属 ヘルパーステーション ネクストホープ 咲む

氏名 竹内 人美

(甲) 私は、本書面に基づいて甲から上記重要な事項の説明を受けました。

私は、居宅介護サービスの提供開始に同意します。

(甲1) 利用者 住所

氏名

(甲2) 利用者の家族 住所

氏名