訪問型助け合いサービスの説明確認書

□１．事業名

（グループ等の名称）

（代表者氏名）

（電話番号）

□２．活動実施内容

（活動対象地域）

（活動できる時間帯）

（助け合いサービスの種類）

□３．利用料について

ごみ出し、声かけ見守り訪問

・月　回までは１回　２５円

* 回目以降　１回　　　円

□４．利用料の徴収について

□５．サービスの利用に関する留意事項

（１）サービスは「介護予防ケアマネジメント」に基づいて行います。

（２）利用の中止、変更、追加

①　利用予定日の前に、利用者の都合により、サービスの利用を中止又は変更を希望される場合は、サービス提供の２４時間前までに申し出てください。

②　サービス利用の変更・追加については、ご相談に応じます。

③　サービス利用の変更・追加の申し出に対して、サービス従事者の稼働状況により利用者の希望する期間にサービスの提供ができない場合、他の利用可能日時を利用者に提示して協議します。

（３）サービス従事者に対する迷惑行為を行わないようにお願いします。

□６.　緊急時の対応について

①　サービス利用中に体調が悪くなった等の緊急時は、利用者の家族等に連絡の上、適切に対応します。また、必要に応じて主治医及び最寄りの医療機関、地域包括支援センターに連絡を取る等必要な措置を講じます。

②　緊急の場合は、救急車を呼ぶことがあります。

□７.　情報提供について

私たちは、サービス提供をする上で知り得た利用者及びその家族に関する秘密を正当な理由なく第三者に漏らしません。ただし、サービス事業者間で行われるサービス担当者会議等においては、必要な情報のみ提供させていただく場合があります。

□８.　質問等の受付について

（１）サービスに対する質問やご意見、利用料のお支払いや手続きなどサービ

ス利用に関するご質問は以下の窓口で受付けます。

　　　○

　　　○受付期間

　訪問型助け合いサービスの開始にあたり、 　　　年　　月　　日に

利用者又は代理人に対して、本書面に基づいて事業の説明をします。

(説明者）

　　住　所

　　グループ名称

　　氏　名

私は、本書面により、 　　年　　月　　日に説明者から

訪問型助け合いサービスについて、事業の説明を受けたことを認めます。

(利用者)

住　所

氏　名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　印

(利用者代理人)

住　所

氏　名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　印