

通 所 介 護 重 要 事 項

事業所	名 称	デイサービス ふるまい村							
	所在地	見 附 市 新 幸 町 7 番 11 号							
	直通連絡先	24時間受付 電話番号：(66)8825 FAX：(66)8845							
	介護保険事業所番号	1 5 9 1 1 0 0 1 4 2							
営 業 日		日	月	火	水	木	金	土	祝日営業
		○	○	○	○	○	○	休	1/1～2休業
サービス提供時間		午前9時00分から午後4時15分まで							
営業時間		午前8時15分から午後5時30分まで							
サービス種類		地 域 密 着 型 通 所 介 護							
料金の個人負担分	法定代理受領	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5	※所要時間7時間以上8時間未満の場合の一回利用の料金です。		
		753 単位	890 単位	1,032 単位	1,172 単位	1,312 単位			
	法定代理受領以外	介護報酬として告示された額							
その他個人負担分		<ul style="list-style-type: none"> ・入浴介助加算：40単位 ・個別機能訓練加算（Ⅰ）イ：56単位 ・サービス提供体制強化加算（Ⅱ）：18単位 ・食費：690円/一食 ・おやつ・飲料代：100円/ご利用一回あたり（半日利用のみ） 							
給付限度額以上の個人負担分		介護報酬として告示された額の10割負担							
事故発生時の対応		サービス提供により事故が発生したときは、速やかに利用者の家族、市等に連絡を行うとともに必要な措置を行う							
事業実施区域		見 附 市							
人 員	管理者	山崎 健太郎							
	看護職員	2名							
	機能訓練指導員	1名							
	生活相談員	3名							
	介護員	5名以上							
	苦情受付担当者	小川 希							
	苦情解決責任者	山崎 健太郎							
苦情解決第三者委員		布川 公子 (6 2) 2 6 2 6							
		小林 克太郎 080-1023-0995							

通所型サービス（介護予防通所介護相当サービス）重要事項

事業所	名 称	デ イ サ ー ビ ス ふ る ま い 村							
	所 在 地	見 附 市 新 幸 町 7 番 1 1 号							
	直通連絡先	24時間受付 電話番号：(66)8825 FAX：(66)8845							
	介護保険事業所番号	1 5 7 1 1 0 0 4 1 9							
営業日	日	月	火	水	木	金	土	祝日営業	
	○	○	○	○	○	○	休	1/1～2休業	
サービス提供時間		午前9時00分から午後4時15分まで							
営業時間		午前8時15分から午後5時30分まで							
サービス種類		通所型サービス（介護予防通所介護相当サービス）							
料金の個人負担分	法定代理受領	要支援1	要支援2	要支援1 ※	要支援2 ※	※基本的に1回当たりの金額により算定しますが、1回当たりの金額により算定した1月当たりの基本利用料が、要支援1の方は17,980円を超えた場合、要支援2の方は36,210円を超えた場合、1月当たりの金額で算定されます。			
	436単位/回	447単位/回	1,798単位/月	3,621単位/月					
法定代理受領以外		介護報酬として告示された額							
その他個人負担分		<ul style="list-style-type: none"> ・サービス提供体制強化加算（Ⅱ）要支援1：72単位、要支援2：144単位/月 ・食費：690円/一食 ・おやつ・飲料代：100円/ご利用一回あたり（半日利用のみ） 							
給付限度額以上の個人負担分		介護報酬として告示された額の10割負担							
事故発生時の対応		サービス提供により事故が発生したときは、速やかに利用者の家族、市等に連絡を行うとともに必要な措置を行う							
事業実施区域		見 附 市							
人 員	管理者	山崎 健太郎							
	看護職員	2名							
	機能訓練指導員	1名							
	生活相談員	3名							
	介護員	5名以上							
	苦情受付担当者	小川 希							
	苦情解決責任者	山崎 健太郎							
苦情解決第三者委員		布川 公子 (62)2626							
		小林 克太郎 080-1023-0995							