[参考例]掲示（例）

**○○ヘルパーステーションの概要**

１．事業所の名称及び所在地

　名称　　　○○ヘルパーステーション

　所在地　　〒000-0000　○○市○○町○－○－○

　電話番号　　　○○○－○○○－○○○○

　事業者番号　　１１○○○○○○○○

　サービス種別　　介護予防訪問介護相当サービス

２　営業日及び営業時間

　営業日　月曜日から土曜日（１２月２９日～１月３日を除く）

　営業時間　午前８時３０分～午後５時００分まで

　　　　　　（土曜日は午前８時３０分～午後０時００分まで）

　サービス提供時間　午前○時～午後○時まで

連絡体制　電話等により、２４時間常時連絡が可能な体制をとる。

３　通常の事業の実施地域

　　○○市、○○市、○○町

　※上記地域以外の方でもご相談に応じます。

４　従業員の職種、員数及び職務内容

　管理者　１人（常勤）

　　　管理者は事業所の従業者及び業務の管理を一元的に行うとともに、従業者に事業に　　関する法令等の規程を遵守させるために必要な指揮命令を行う。

・サービス提供責任者　１人（常勤職員１人）

　　　サービス提供者は、（介護予防）訪問介護の利用の申込みに係る調整、訪問介護員等に対する技術指導、（介護予防）訪問介護計画の作成等を行う。

・訪問介護員　○人以上（常勤職員５人、非常勤職員３人）

　　　訪問介護員等は、（介護予防）訪問介護の提供にあたる。

・事務職員　○人（非常勤職員○人）

　　　事務職員は、事業の実施に当たって必要な事務を行う。

５　利用料について

　介護予防訪問介護相当サービスを提供した場合の利用料の額は、「春日部市介護予防・日常生活支援総合事業実施要綱」に定める基準によるものとし、当該事業が法定代理受領サービスであるときは、要綱上の額に対し、介護保険負担割合証に記載の割合に応じた額とする。

６　通常の事業の実施地域を越える場合の交通費について

　　　　通常の事業の実施地域を越えて行う介護予防訪問介護相当サービスを提供する際は、通常の事業の実施地域を越える地点からその交通費の実費を徴収します。なお、自動車等を使用した場合の交通費は、次の額を徴収します。

　　○事業の実施地域を越えた地点から、片道○キロメートル未満　　○○円

　　○事業の実施地域を越えた地点から、片道○キロメートル以上　　○○円

７　秘密保持

利用者及びその家族の個人情報は、あらかじめ文書にて同意を得ない限り、サービス担当者会議等において用いません。

８　事故発生時の対応

　　サービスの提供により事故が発生した場合は、市町村、利用者の家族、居宅介護支援事業者（地域包括支援センター）等に連絡するとともに、　必要な措置を講じます。

９　サービス内容に関する相談・苦情窓口について

　　事業所　苦情・相談窓口（担当：管理者及びサービス提供責任者）

　　　電話番号　　 ○○○－ ○○○－○○○○

　　　受付時間　　月曜日～土曜日（午前８時３０分～午後５時００分）

　　　　　　　　　　　（土曜日は午前８時３０分～午後０時００分）

　　その他の苦情・相談窓口

　　　○○市　介護保険課　　○○○－○○○－１１１１（代）

　　　埼玉県国民健康保険団体連合会　介護サービス苦情相談窓口

　　　　　　　　　　　電話　０４８－８２４－２５６８

　　　　　　　　　　　　受付時間　　午前８時３０分～正午

午後１時００分～午後５時００分（土日祝日を除く）