

笑美の桜 通所介護及び第一号通所介護
重要事項説明書

1 当事業所が提供するサービスについての相談窓口

電 話：０４８－７９３－４５１７

担 当：伊藤 木綿子

＊ ご不明な点は、ご遠慮なくお問い合わせください。

2 概要

(1) 提供できるサービスの種類

事業所名称	株式会社真昇 笑美の桜 通所介護及び第一号通所介護
所 在 地	埼玉県さいたま市岩槻区馬込1330番地1
介護保険指定番号	1176518643
サービスを提供する対象地域	さいたま市岩槻区・見沼区・上尾市・蓮田市・白岡市・伊奈町

上記地域以外の方でもご相談ください。

(2) 職員体制 令和7年7月11日現在

		資 格	常 勤	非常勤	業務内容	計
管 理 者		介護福祉士	1 名（兼任）		管理	1 名
生活相談員		介護福祉士	2 名（兼任）		生活相談員	2 名
機能訓練指導員		看護師	2 名（兼任）	1 名（兼任）	機能訓練 及び看護	3 名
		准看護師	1 名（兼任）		機能訓練 及び看護	1 名
介護 看護 職員	正看護師		2 名（兼任）	1 名（兼任）	看護	3 名
	准看護師		1 名（兼任）		看護	1 名
	介護福祉士		2 名（専従） 1 名（兼任）	1 名（専従）	介護	4 名
	ヘルパー 2 級以上		1 名（兼任）	1 名（専従）	介護	2 名
	認知症介護基礎研修		1 名（専従）		介護	1 名

(3) 設備概要

定 員	3 5 名	静養室	1 室
食堂および活動室	2 7 2 m ²	相談室	1 室
浴 室	一般浴槽・リフト付浴槽	送迎車	5 台

(4) 営業時間

午前8時30分～午後5時30分（サービス提供時間 午前9時15分から午後12時30分
午後1時30分から午後4時45分）

(5) 定休日

土曜日（第4土曜日及び令和6年1月6日を除く）、日曜日、年末年始（12月30日から1月3日）

3 サービス内容

「居宅サービス計画」に沿って、「通所介護計画」を作成し、次のようなサービスを提供します。

- (1) 送迎：送迎を必要とする利用者に対し、送迎サービス、移動、移乗介助等を行います。
送迎エリア外利用者はご相談ください。
- (2) 入浴：利用者の状態に合せ介助浴等を提供します。
- (3) 機能訓練：介護計画に沿って、機能訓練室等において機能低下を防ぎ日常生活に必要な基本動作訓練を行います。
- (4) 趣味活動：利用者の希望に沿って諸活動を行います。
- (5) 生活相談：利用者およびその家族の日常生活における介護、環境整備、手続関係等に関する相談、助言を行います。

4 サービスの利用方法

(1) サービスの利用開始

担当のケアマネジャーにご相談下さい。その後、相談員がご説明に伺います。

(2) サービスの終了

- ① 利用者は事業者に対して、1週間の予告期間を置いて文書で通知することにより、この契約を解約することができます。ただし、利用者の病変や急な入院など、やむを得ない事情がある場合は、予告期間が1週間以内の通知でも、この契約を解約することができます。
- ② 事業者はやむを得ない事情がある場合、利用者に対して1ヶ月間の予告期間において、理由を示した文書で通知することにより、この契約を解約することができます。
- ③ 次の事由に該当した場合は、利用者は文書で通知することにより、直ちにこの契約を解約することができます。
 - (ア) 事業者が正当な理由なく、サービスを提供しない場合
 - (イ) 事業者が守秘義務に違反した場合
 - (ウ) 事業者が利用者や家族などに対し、社会通念を逸脱する行為を行った場合
 - (エ) 事業者が破産した場合
- ④ 次の事由に該当した場合は、事業者は文書で通知することにより、直ちにこの契約を解約することができます。
 - (ア) 利用者のサービス利用料金の支払いが2ヶ月以上遅延し、料金を支払うよう催告したにもかかわらず、10日以内に支払われない場合
 - (イ) 利用者が正当な理由なくサービスの中止をしばしば繰り返した場合、又は利用者の入院若しくは病気などにより、3ヶ月以上に渡ってサービスが利用できない状態であることが明らかになった場合

(ウ)利用者又はその家族等が事業者やサービス従業者又は他の利用者に対して、本契約を継続しがたいほどの背信行為を行った場合

⑤ 次の事由に該当した場合は、この契約は自動的に終了します。

(ア)利用者が介護保険施設に入所した場合

(イ)利用者の要介護認定区分が非該当（自立）と認定された場合

(ウ)利用者が死亡した場合

(3) 利用料

【別紙】参照

5 当事業所の通所介護及び第一号通所介護の特徴等

(1) 事業の目的

株式会社真昇が開設する指定通所介護事業所「笑美の桜」が行う通所介護事業の適正な運営を確保するため、人員及び管理運営に関する事項を定め、事業所の従業者が要介護状態又は要支援状態にある高齢者に対し、適正な通所介護及び第一号通所介護を提供することを目的とします。

(2) 運営の方針

事業の実施にあつては、利用者の意思および人格を尊重して、常に利用者の立場に立ったサービスの提供に努めます。また、利用者のもっている能力に応じた自立した生活ができるように援助いたします。施設の持つ様々な機能を生かして、施設全体で利用者の生活を援助します。

(3) サービス利用のために

事 項	有 無	備 考
男性介護職員配置の有無	無	
時間延長の可否	有	
職員への研修の実施	有	年1回以上実施している。

(4) サービス利用に当たっての留意事項

- ・送迎について：交通事情等により、予定の送迎時間と異なる場合があります。
- ・体 調 確 認：送迎時や、事業所に到着したときに利用者の体調等の確認をします。高熱等の体調不良によりサービスをご利用できない場合があります。
- ・サービスの中止：利用者の都合でサービスを中止する場合、お早めにご連絡お願いします。
- ・利 用 の 変 更：利用曜日や時間帯についての変更を希望される方は、ご遠慮なくご相談ください。ただし、定員等の都合により、ご希望に添えない場合もあります。
- ・設備、器具の利用：当事業所の設備、器具のうち利用や、貸出し可能のものもありますのでご相談ください。

6 緊急時の対応方法

サービスの提供中に様態の変化等があった場合、事前の打ち合わせにより、主治医、救急隊、親族、居宅介護支援事業者等へ連絡いたします。

主治医	主治医氏名	
	連絡先 電話番号	
ご家族	氏 名	
	連絡先 電話番号	

7 事故発生時の対応方法

サービスの提供中に何らかの事故が発生した場合は、直ちに主治医・親族に連絡し、治療が必要な場合は、救急隊・管理者に連絡し、経過及び結果を市区町村に報告します。又、損害賠償が発生した時には速やかに対応します。

8 非常災害対策

- ・防災の対応：消防計画に基づき、速やかに消火活動に努めるとともに、避難・誘導にあたります。
- ・防 災 設 備：防火管理者を選任し、消火設備、非常放送設備等、必要設備を設けます。
- ・防 災 訓 練：消防法に基づき、消防計画等の防災計画を立て、職員および利用者が参加する消火通報、避難訓練を年間計画で実施します。

9 その他運営に関する重要事項

(1) 秘密の保持に関しては以下の通りとします。

- ・従業者は、業務上知り得た利用者及びその家族の秘密を保持します。
- ・従業者であった者は、業務上知り得た利用者及びその家族の秘密を保持させるため、従業者でなくなった後においてもこれらの秘密を保持すべき旨を、従業者との雇用契約の内容とします。
- ・業務上知り得た利用者及び家族の情報を、第三者に提供する場合は、必ず文書にて利用者及び家族から同意を得ることとします。

(2) 福祉サービス第三者評価の受審は行ってはいません。

10 サービス内容に関する苦情

通所介護及び第一号通所介護に関する相談、要望、苦情等は相談窓口担当までお申し込み下さい。

担 当 伊藤 木綿子

電 話 048-793-4517 FAX 048-793-4518

受付時間 午前8時30分～午後5時30分（月曜日～金曜日）

午前8時30分～午後12時30分（第4土曜日）

当事業所以外に、区市町村の相談・苦情窓口、埼玉県国民健康保険団体連合会等に相談、苦情を伝えることができます。

さいたま市	介護保険課	電話 048-829-1264(直通)
さいたま市岩槻区	高齢介護課	電話 048-790-0169(直通)
さいたま市見沼区	高齢介護課	電話 048-681-6068(直通)

上尾市役所	高齢介護課	電話	048-775-5126 (直通)
蓮田市役所	長寿支援課	電話	048-768-3111 (代表)
白岡市役所	高齢介護課	電話	0480-92-1111 (代表)
伊奈町役場	高齢介護課	電話	048-721-2111 (代表)
埼玉県国民健康保険団体連合会	介護保険課	電話	048-824-2568

11 事業所の概要

法人名称	株式会社 真昇
代表者	代表取締役 吉眞 義人
法人本部所在地	〒331-0814 埼玉県さいたま市北区東大成町1-519-1
電話番号	048-652-4011
法人設立	昭和60年4月1日

令和 年 月 日

通所介護及び第一号通所介護の提供開始に当たり、利用者に対して契約書および本書面に基づいて重要な事項を説明しました。

事業者

所在地	〒331-0802 埼玉県さいたま市北区東大成町1-519-1
代表者名	株式会社 真昇
	代表取締役 吉眞 義人 印

事業所所在地	〒339-0077 埼玉県さいたま市岩槻区馬込1330番地1
事業所名	笑美の桜
	通所介護及び第一号通所介護

説明者 氏 名	印
---------	---

私は、契約書および本書面により、事業所から通所介護及び第一号通所介護について重要事項の説明を受けました。

利用者

住 所	
氏 名	印

代理人

住 所	
氏 名	印

笑美の桜 通所介護及び第一号通所介護
【重要事項別紙】

1. 担当者 : 伊藤 木綿子
連絡先 : 048-793-4517

2. 通所介護の内容

- ・利 用 日 通所介護計画のとおり
- ・利 用 時 間 通所介護計画のとおり
- ・利用可能設備等 食堂・機能訓練室
相談室・静養室
浴室（一般浴槽）・便所（車椅子対応）
送迎車
- ・サービス内容 通所介護計画に沿って、送迎、食事の提供、入浴介助活動、機能回復訓練その他必要な介護を行います。

3. 料 金

《通常規模型通所介護利用料》

【2時間以上3時間未満】

	一日あたりの利用料金	介護保険適用時の 一日あたりの自己負担額		
		負担割合1割	負担割合2割	負担割合3割
要介護1	2,904円	291円	581円	872円
要介護2	3,321円	333円	665円	997円
要介護3	3,748円	375円	750円	1,125円
要介護4	4,186円	419円	838円	1,256円
要介護5	4,613円	462円	923円	1,384円

【3時間以上4時間未満】

	一日あたりの利用料金	介護保険適用時の 一日あたりの自己負担額		
		負担割合1割	負担割合2割	負担割合3割
要介護1	3,951円	396円	791円	1,186円
要介護2	4,517円	452円	904円	1,356円
要介護3	5,115円	512円	1,023円	1,535円
要介護4	5,692円	570円	1,139円	1,708円
要介護5	6,279円	628円	1,256円	1,884円

【4時間以上5時間未満】

	一日あたりの利用料金	介護保険適用時の 一日あたりの自己負担額		
		負担割合1割	負担割合2割	負担割合3割
要介護1	4,143円	415円	829円	1,243円
要介護2	4,741円	475円	949円	1,423円
要介護3	5,361円	537円	1,073円	1,609円
要介護4	5,980円	598円	1,196円	1,794円
要介護5	6,589円	659円	1,318円	1,977円

【5時間以上6時間未満】

	一日あたりの利用料金	介護保険適用時の 一日あたりの自己負担額		
--	------------	-------------------------	--	--

		負担割合 1 割	負担割合 2 割	負担割合 3 割
要介護 1	6, 0 8 7 円	6 0 9 円	1, 2 1 8 円	1, 8 2 7 円
要介護 2	7, 1 8 7 円	7 1 9 円	1, 4 3 8 円	2, 1 5 7 円
要介護 3	8, 2 9 8 円	8 3 0 円	1, 6 6 0 円	2, 4 9 0 円
要介護 4	9, 3 9 8 円	9 4 0 円	1, 8 8 0 円	2, 8 2 0 円
要介護 5	1 0, 5 0 9 円	1, 0 5 1 円	2, 1 0 2 円	3, 1 5 3 円

【6 時間以上 7 時間未満】

	一日あたりの利用料金	介護保険適用時の 一日あたりの自己負担額		
		負担割合 1 割	負担割合 2 割	負担割合 3 割
要介護 1	6, 2 3 7 円	6 2 4 円	1, 2 4 8 円	1, 8 7 2 円
要介護 2	7, 3 5 8 円	7 3 6 円	1, 4 7 2 円	2, 2 0 8 円
要介護 3	8, 5 0 1 円	8 5 1 円	1, 7 0 1 円	2, 5 5 1 円
要介護 4	9, 6 2 2 円	9 6 3 円	1, 9 2 5 円	2, 8 8 7 円
要介護 5	1 0, 7 6 5 円	1, 0 7 7 円	2, 1 5 3 円	3, 2 3 0 円

【7 時間以上 8 時間未満】

	一日あたりの利用料金	介護保険適用時の 一日あたりの自己負担額		
		負担割合 1 割	負担割合 2 割	負担割合 3 割
要介護 1	7, 0 2 7 円	7 0 3 円	1, 4 0 6 円	2, 1 0 9 円
要介護 2	8, 2 9 8 円	8 3 0 円	1, 6 6 0 円	2, 4 9 0 円
要介護 3	9, 6 1 2 円	9 6 2 円	1, 9 2 3 円	2, 8 8 4 円
要介護 4	1 0, 9 2 5 円	1, 0 9 3 円	2, 1 8 5 円	3, 2 7 8 円
要介護 5	1 2, 2 6 0 円	1, 2 2 6 円	2, 4 5 2 円	3, 6 7 8 円

【8 時間以上 9 時間未満】

	一日あたりの利用料金	介護保険適用時の 一日あたりの自己負担額		
		負担割合 1 割	負担割合 2 割	負担割合 3 割
要介護 1	7, 1 4 4 円	7 1 5 円	1, 4 2 9 円	2, 1 4 4 円
要介護 2	8, 4 4 7 円	8 4 5 円	1, 6 9 0 円	2, 5 3 5 円
要介護 3	9, 7 7 2 円	9 7 8 円	1, 9 5 5 円	2, 9 3 2 円
要介護 4	1 1, 1 1 7 円	1, 1 1 2 円	2, 2 2 4 円	3, 3 3 6 円
要介護 5	1 2, 4 7 4 円	1, 2 4 8 円	2, 4 9 5 円	3, 7 4 3 円

※ 上記時間は送迎時に実施しました居宅内介助（電気等の点消灯、窓・ドアの施錠、ベッドへの移乗等）の時間も含まれます。

※ 送迎を行わない場合は、一日あたり利用料金から片道501円が差し引かれます。但し、介護保険適用時の自己負担額における差し引き額は負担割合1割 5 1 円、2割 1 0 1 円、3割 1 5 1 円です。

・ 入浴加算（Ⅰ）

1 日あたり427円。但し、介護保険適用時の自己負担額は負担割合1割 4 3 円、2割 8 6 円、3割 1 2 9 円です。

・ 入浴加算（Ⅱ）

1 日あたり587円。但し、介護保険適用時の自己負担額は負担割合1割 5 9 円、2割 1 1 8 円、3割 1 7 7 円です。

・ 若年性認知症利用者受入加算

1 日あたり640円。但し、介護保険適用時の自己負担額は負担割合1割 6 4 円、2割 1 2 8 円、3割 1 9 2 円です。

・ 中重度者ケア体制加算

1 日あたり480円。但し、介護保険適用時の自己負担額は負担割合1割 4 8 円、2割 9 6 円、3割 1 4 4 円です。

- ・ **認知症加算**
1日あたり640円。但し、介護保険適用時の自己負担額は負担割合1割**64**円、2割**128**円、3割**192**円です。
- ・ **栄養改善加算**
1回あたり2,136円(月2回まで)。但し、介護保険適用時の自己負担額は負担割合1割**214**円、2割**428**円、3割**641**円です。
- ・ **栄養アセスメント加算**
1回あたり534円。但し、介護保険適用時の自己負担額は負担割合1割**54**円、2割**107**円、3割**161**円です。
- ・ **口腔、栄養スクリーニング加算(Ⅰ)**
1日あたり213円。但し、介護保険適用時の自己負担額は負担割合1割**22**円、2割**43**円、3割**64**円です。
- ・ **口腔、栄養スクリーニング加算(Ⅱ)**
1日あたり53円。但し、介護保険適用時の自己負担額は負担割合1割**6**円、2割**11**円、3割**16**円です。
- ・ **口腔機能向上加算(Ⅰ)**
1回あたり1,602円(月2回まで)。但し、介護保険適用時の自己負担額は負担割合1割**161**円、2割**321**円、3割**481**円です。
- ・ **口腔機能向上加算(Ⅱ)**
1回あたり1,708円(月2回まで)。但し、介護保険適用時の自己負担額は負担割合1割**171**円、2割**342**円、3割**513**円です。
- ・ **生活機能向上連携加算(Ⅰ)**
1回あたり1,068円(3月に1回まで)。但し、介護保険適用時の自己負担額は負担割合1割**107**円、2割**214**円、3割**321**円です。
- ・ **生活機能向上連携加算(Ⅱ)**
1月あたり個別機能訓練加算と併用する場合は1,068円、併用しない場合は2,136円。但し、介護保険適用時の自己負担額は、個別機能訓練加算と併用する場合の負担割合1割**107**円、2割**214**円、3割**321**円、併用しない場合の負担割合1割**214**円、2割**428**円、3割**641**円です。
- ・ **ADL維持等加算(Ⅰ)**
1月あたり320円。但し、介護保険適用時の自己負担額は負担割合1割**32**円、2割**64**円、3割**96**円です。
- ・ **ADL維持等加算(Ⅱ)**
1月あたり640円。但し、介護保険適用時の自己負担額は負担割合1割**64**円、2割**128**円、3割**192**円です。
- ・ **ADL維持等加算(Ⅲ)**
1月あたり32円。但し、介護保険適用時の自己負担額は負担割合1割**4**円、2割**7**円、3割**10**円です。
- ・ **個別機能訓練加算(Ⅰ)イ**
1日あたり598円。但し、介護保険適用時の自己負担額は負担割合1割**60**円、2割**120**円、3割**180**円です。
- ・ **個別機能訓練加算(Ⅰ)ロ**
1日あたり811円。但し、介護保険適用時の自己負担額は負担割合1割**82**円、2割**163**円、3割**244**円です。
- ・ **個別機能訓練加算(Ⅱ)**
1月あたり213円。但し、介護保険適用時の自己負担額は負担割合1割**22**円、2割**43**円、3割**64**円です。
- ・ **科学的介護推進体制加算**
1月あたり427円。但し、介護保険適用時の自己負担額は負担割合1割**43**円、2割**86**円、3割**129**円です。
- ・ **サービス提供体制強化加算(Ⅰ)**
1日あたり234円。但し、介護保険適用時の自己負担額は負担割合1割**24**円、2割**47**円、3割**71**円です。
- ・ **サービス提供体制強化加算(Ⅱ)**

1日あたり192円。但し、介護保険適用時の自己負担額は負担割合1割**20**円、2割**39**円、3割**58**円です。

・ **サービス提供体制強化加算(Ⅲ)**

1日あたり64円。但し、介護保険適用時の自己負担額は負担割合1割**7**円、2割**13**円、3割**20**円です。

・ **介護職員処遇改善加算(Ⅰ)**

基本サービス費に各種加算減算を加えた1月あたりの総単位数の**1000分の92**に相当する単位数。

・ **介護職員処遇改善加算(Ⅱ)**

基本サービス費に各種加算減算を加えた1月あたりの総単位数の**1000分の90**に相当する単位数。

・ **介護職員処遇改善加算(Ⅲ)**

基本サービス費に各種加算減算を加えた1月あたりの総単位数の**1000分の80**に相当する単位数。

《第一号通所事業利用料》

	一ヶ月あたりの 利用料金	介護保険適用時の 一ヶ月あたりの自己負担額		
		負担割合1割	負担割合2割	負担割合3割
要支援1・事業対象者	19,202円	1,921 円	3,841 円	5,761 円
要支援2・事業対象者	38,672円	3,868 円	7,735 円	11,602 円

※ 送迎を行わない場合は、一日あたり利用料金から片道501円が差し引かれます。但し、介護保険適用時の自己負担額における差し引き額は負担割合1割**51**円、2割**101**円、3割**151**円です。

・ **口腔機能向上加算(Ⅰ)**

1月あたり1,602円。但し、介護保険適用時の自己負担額は負担割合1割**161**円、2割**321**円、3割**481**円です。

・ **口腔機能向上加算(Ⅱ)**

1月あたり1,708円。但し、介護保険適用時の自己負担額は負担割合1割**171**円、2割**342**円、3割**513**円です。

・ **栄養改善加算**

1月あたり2,136円。但し、介護保険適用時の自己負担額は負担割合1割**214**円、2割**428**円、3割**641**円です。

・ **栄養アセスメント加算**

1月あたり534円。但し、介護保険適用時の自己負担額は負担割合1割**54**円、2割**107**円、3割**161**円です。

・ **若年性認知症利用者受入加算**

1月あたり2,563円。但し、介護保険適用時の自己負担額は負担割合1割**257**円、2割**513**円、3割**769**円です。

・ **生活機能向上グループ活動加算**

1月あたり1,068円。但し、介護保険適用時の自己負担額は負担割合1割**107**円、2割**214**円、3割**321**円です。

・ **一体型サービス提供加算**

1月あたり5,126円。但し、介護保険適用時の自己負担額は負担割合1割**513**円、2割**1,026**円、3割**1,538**円です。

・ **生活機能向上連携加算(Ⅰ)**

1月あたり1,068円(3月に1回まで)。但し、介護保険適用時の自己負担額は負担割合1割**107**円、2割**214**円、3割**321**円です。

・ **生活機能向上連携加算(Ⅱ)**

1月あたり個別機能訓練加算と併用する場合は1,068円、併用しない場合は2,136円。但し、介護保険適用時の自己負担額は、個別機能訓練加算と併用する場合は負担割合1割**107**円、2割**214**円、3割**321**円、併用しない場合は負担割合1割**214**円、2割**428**円、3割**641**円です。

・ **口腔栄養スクリーニング加算(Ⅰ)**

1月あたり213円(6月に1回まで)。但し、介護保険適用時の自己負担額は負担割合1割**22**円、2割**43**円、3割**64**円です。

・ **口腔栄養スクリーニング加算(Ⅱ)**

1月あたり53円(6月に1回まで)。但し、介護保険適用時の自己負担額は負担割合1割**6**円、2割

11円、3割16円です。

・ 科学的介護推進体制加算

1月あたり427円。但し、介護保険適用時の自己負担額は負担割合1割43円、2割86円、3割129円です。

・ サービス提供体制強化加算(Ⅰ)

<要支援1> 1月あたり939円。但し、介護保険適用時の自己負担額は負担割合1割94円、2割188円、3割282円です。

<要支援2> 1月あたり1,879円。但し、介護保険適用時の自己負担額は負担割合1割188円、2割376円、3割564円です。

・ サービス提供体制強化加算(Ⅱ)

<要支援1> 1月あたり768円。但し、介護保険適用時の自己負担額は負担割合1割77円、2割154円、3割231円です。

<要支援2> 1月あたり1,537円。但し、介護保険適用時の自己負担額は負担割合1割154円、2割308円、3割462円です。

・ サービス提供体制強化加算(Ⅲ)

<要支援1> 1月あたり256円。但し、介護保険適用時の自己負担額は負担割合1割26円、2割52円、3割77円です。

<要支援2> 1月あたり512円。但し、介護保険適用時の自己負担額は負担割合1割52円、2割103円、3割154円です。

・ 介護職員処遇改善加算(Ⅰ)

基本サービス費に各種加算減算を加えた1月あたりの総単位数の1000分の92に相当する単位数。

・ 介護職員処遇改善加算(Ⅱ)

基本サービス費に各種加算減算を加えた1月あたりの総単位数の1000分の90に相当する単位数。

・ 介護職員処遇改善加算(Ⅲ)

基本サービス費に各種加算減算を加えた1月あたりの総単位数の1000分の80に相当する単位数。

以下は、全額自己負担していただきます。

おむつ : 紙おむつ150円、リハビリパンツ220円、パット60円

おやつ : ドリンク及びお菓子220円

昼食 : 600円

4. 支払方法

利用料金一部負担金及び自己負担金のお支払いは、銀行引き落としさせていただきます。

5. サービス内容に関する苦情

通所介護に関する相談、要望、苦情等は相談窓口担当までお申し込みください。

担当 伊藤 木綿子

電話 048-793-4517 FAX 048-793-4518

受付時間 午前8時30分～午後5時30分(月曜日～金曜日)

午前8時30分～午後12時30分(第4土曜日)

当事業所以外に、区市町村の相談・苦情窓口、埼玉県国民健康保険団体連合会等に相談、苦情を伝えることができます。

さいたま市	介護保険課	電話	048-829-1264(直通)
さいたま市岩槻区	高齢介護課	電話	048-790-0169(直通)
さいたま市見沼区	高齢介護課	電話	048-681-6068(直通)
上尾市役所	高齢介護課	電話	048-775-5126(直通)
蓮田市役所	長寿支援課	電話	048-768-3111(代表)
白岡市役所	高齢介護課	電話	0480-92-1111(代表)
伊奈町役場	高齢介護課	電話	048-721-2111(代表)
埼玉県国民健康保険団体連合会	介護保険課	電話	048-824-2568

事業者

所在地 〒331-0802 埼玉県さいたま市北区東大成1-519-1
代表者名 株式会社 真昇
代表取締役 吉眞 義人 印

事業所所在地 〒339-0077 埼玉県さいたま市岩槻区馬込 1 3 3 0 番地 1
事業所名 笑美の桜
指定番号 1176518643

上記内容の説明を受け、了承しました。

令和 年 月 日

利用者

住所

氏名 印

代理人

住所

氏名 印