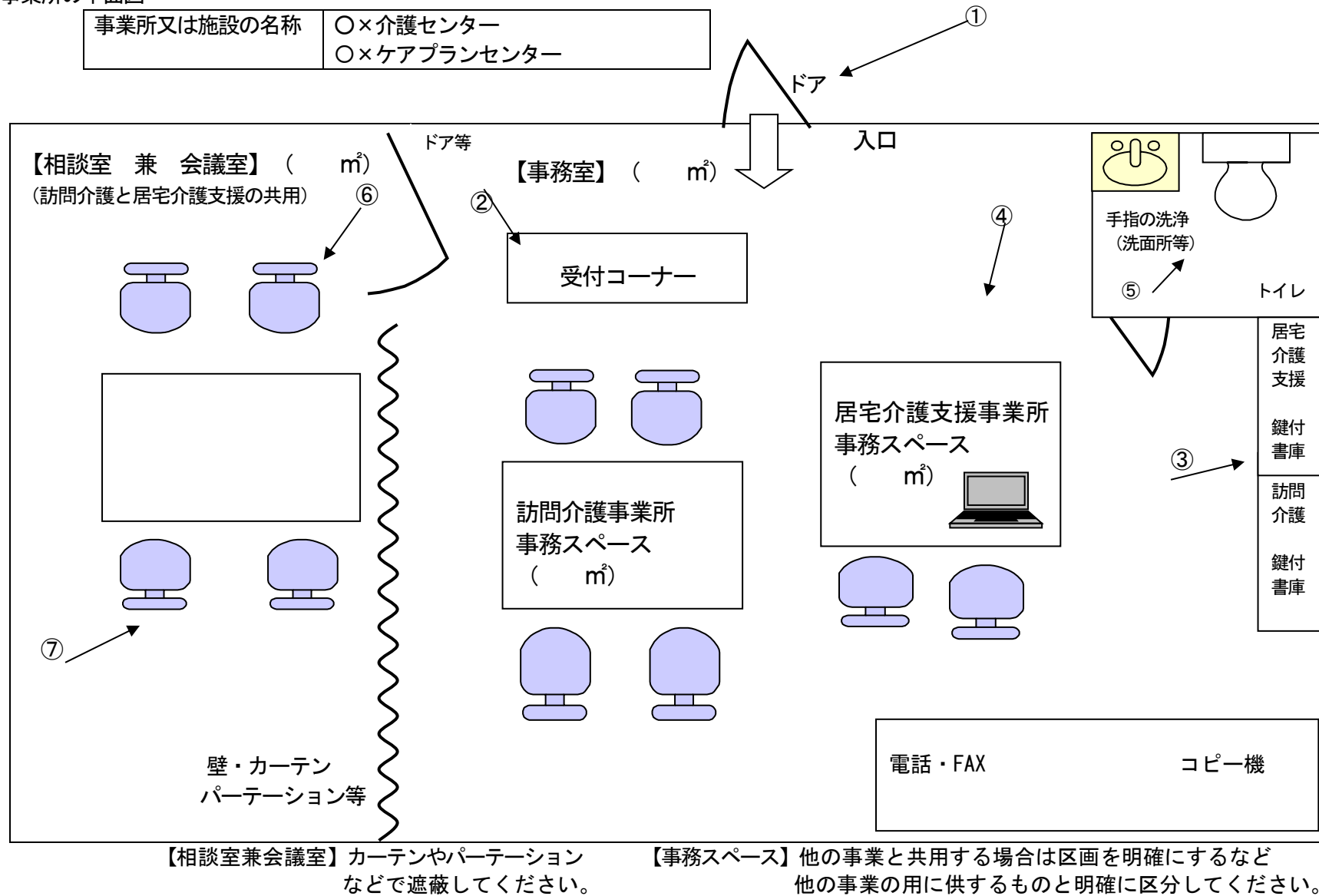


事業所の平面図



※ マル数字は、写真の撮影方向を示します。 ※ 他の事業と共用の場合は明記してください。

利用者からの苦情を処理するために講ずる措置の概要

事業所又は施設の名称	○×介護サービス	申請書に記載した事業所名を記入してください。
申請するサービスの種類	訪問介護・訪問介護相当サービス・訪問型サービス A	

措 置 の 概 要

1 利用者からの相談又は苦情等に対応する常設の窓口(連絡先)、担当者の設置等

- ・相談及び苦情に関する常設の窓口を設置し、相談担当者を設けている。

常設窓口： 電話 00-0000-0000 FAX 00-0000-0000

担当者： ○○ ○○ 又は △△ △△

※利用者にはこの内容の印刷物を配布し、周知する予定にしている。

- ・相談及び苦情の内容について、「相談苦情対応シート」を作成している。
- ・担当者が不在の場合、誰もが対応可能なようにするとともに、確実に担当者に引き継ぐ体制を敷いている。

2 円滑かつ迅速に苦情処理を行うための処理体制・手順

- ・苦情又は相談があった場合は、利用者の状況を詳細に把握するため必要に応じ訪問を実施し、聞き取りや事情の確認を行う。
- ・管理者は、訪問介護員に事実関係の確認を行う。
- ・相談担当者は、把握した状況をスタッフとともに検討を行い、時下の対応を決定する。
- ・対応内容に基づき、必要に応じて関係者への連絡調整を行うとともに、利用者へ必ず対応方法を含めた結果報告を行う。(時間を要する内容も、その旨を翌日までには連絡する。)

3 その他参考事項

- ・事業所において処理し得ない内容についても、行政窓口等の関係機関との協力により適切な対応方法を利用者の立場にたって検討し、対処する。

老人居宅生活支援事業開始届

年 月 日

豊中市長 様

事業経営者 住所 豊中市〇〇町一丁目〇番〇号〇〇ビル△階
名称 株式会社 ×××××
代表取締役 ○△ ×□ 印

次のとおり老人居宅生活支援事業を開始しますので、老人福祉法第14条の規定により届け出ます。

事業の種類	老人居宅介護等事業	
経営者の氏名及び住所 (法人であるときは、その名称及び主たる事務所の所在地)	氏名(法人の名称) 株式会社 ×××××	
	住所(主たる事務所の所在地) 豊中市〇〇町一丁目〇番〇号〇〇ビル△階	
事業所の名称及び所在地	名称 ○×介護サービス	
	所在地 豊中市××町一丁目×番×号△△ビル□階	
職員の職種	職務の内容	職員の定数
サービス提供責任者	介護計画の作成、訪問介護員に対する技術指導	1人
訪問介護員	身体介護、生活援助の提供	5人
		人
		人
		人
		人
主な職員の氏名	○△ ×□ (管理者)	
	○× ○× (サービス提供責任者)	
事業を行おうとする区域	豊中市、〇〇市、□□町	
事業の用に供する施設 (老人デイサービス事業、老人短期入所事業又は認知症対応型老人共同生活援助事業の場合)	名称	記入の必要はありません。
	種類	
	所在地	
	入所定員	
事業開始予定年月日	××年 ×× 月 ×× 日	

※添付書類

- (1) 条例、定款その他基本約款
- (2) 法人登記事項証明書
- (3) 主な職員の経歴
- (4) 当該事業に係る開所年度における収支予算書
- (5) 当該事業に係る開所年度における事業計画書

※用紙の大きさは日本工業規格A列4番とすること。