

【桐生市例】

介護予防・日常生活支援総合事業

第一号通所事業（通所型サービスA）契約書別紙（兼重要事項説明書）②

あなた（利用者）に対するサービスの提供開始にあたり、当事業者があなたに説明すべき重要事項は、次のとおりです。

1. 事業者（法人）の概要

事業者（法人）の名称	
主たる事務所の所在地	〒000-0000 桐生市〇〇〇〇
代表者（職名・氏名）	
設立年月日	△△〇〇年〇〇月〇〇日
電話番号	

2. ご利用事業所の概要

ご利用事業所の名称		
サービスの種類	通所型サービスA	
事業所の所在地	〒000-0000 桐生市〇〇〇〇	
電話番号		
指定年月日・事業所番号	△△〇〇年〇〇月〇〇日	0000000000
実施単位・利用定員	〇単位	定員〇人
通常の事業の実施地域	桐生市	

3. 事業の目的と運営の方針

事業の目的	要支援状態等である利用者が、その有する能力に応じ、可能な限り居宅において自立した日常生活を営むことができるよう、生活の質の確保及び向上を図るとともに、安心して日常生活を過ごすことができるよう、通所型サービスAを提供することを目的とします。
運営の方針	事業者は、利用者の心身の状況や家庭環境等を踏まえ、介護保険法その他関係法令及びこの契約の定めに基づき、関係する市町村や事業者、地域の保健・医療・福祉サービス等と綿密な連携を図りながら、利用者の要支援状態等の軽減や悪化の防止、もしくは要介護状態となることの予防のため、適切なサービスの提供に努めます。

4. 提供するサービスの内容

通所型サービスAは、事業者が設置する事業所（デイサービスセンター）に通っていただき、運動やレクリエーション等を行うことにより、利用者の心身機能の維持・向上を図るサービスです。

5. 営業日時

営業日	月曜日から金曜日まで ただし、国民の祝日（振替休日を含む）及び年末年始（12月31日から1月3日）及びお盆（8月13日から8月16日）を除きます。
営業時間	午前8時30分から午後6時30分まで
サービス提供時間	午前9時30分から午後4時30分まで 延長時間は、午前8時30分から午前9時30分まで 及び 午後4時30分から午後6時30分まで とします。

6. 事業所の職員体制

従業者の職種	勤務の形態・人数
管理者	常勤 ○人、 非常勤 ○人
従事者	常勤 ○人、 非常勤 ○人
リハビリテーション専門職（○○○○）	常勤 ○人、 非常勤 ○人

7. 通所型サービスA提供の責任者

あなたへのサービス提供の責任者は下記のとおりです。

サービス利用にあたって、ご不明な点やご要望などありましたら、何でもお申し出ください。

管理責任者の氏名	管理者 ○○ ○○
----------	-----------

8. 利用料

あなたがサービスを利用した場合の「基本利用料」は以下のとおりであり、あなたからお支払いいただく「利用者負担金」は、原則として負担割合証に応じた基本利用料の1割、2割又は3割の額です。ただし、介護保険の支給限度額を超えてサービスを利用する場合、超えた額の全額をご負担いただきます。また、介護保険料滞納による支給制限対象者につきましては、3割（負担割合証に記載の割合が3割の場合は4割）の負担となります。

(1) 通所型サービスAの利用料

【基本部分】

利用者の 要介護度	基本利用料	利用者負担 (1割)	利用者負担 (2割)	利用者負担 (3割)
事業対象者 要支援1 要支援2				

【加算】

以下の要件を満たす場合、上記の基本部分に以下の料金が加算されます。

加算の種類	加算の要件	加算額			
		基本利用料	利用者負担 (1割)	利用者負担 (2割)	利用者負担 (3割)
リハビリテーション専門職 配置加算	リハビリテーション専門職 (理学療法士、作業療法士、 言語聴覚士、看護職員、柔 道整復師、あん摩マッサー ジ指圧師)のいずれかが配 置され、利用者の運動器の 機能向上を目的として運動 (機能訓練)を行った場合				

【減算】

以下の要件を満たす場合、下記の額を算定します。

減算の種類	減算の要件	減算額			
		基本利用料	利用者負担 (1割)	利用者負担 (2割)	利用者負担 (3割)
送迎減算	自ら通う場合、家族による送 迎、事業所と同一建物に居住 する利用者または、同一建物 から事業所に通う利用者に 対しサービスを行った場合				

(2) その他の費用

食事	食事の提供を受けた場合、1回につき〇〇円の食費をいただきます。
その他	介護予防に係る運動やレクリエーションに要する費用のうち、利用者に負担させることが適当と認められる費用の実費をいただきます。

(3) 支払い方法

上記(1)の利用料(利用者負担分の金額)は、1ヵ月ごとにまとめて請求しますので、次のいずれかの方法によりお支払いください。

なお、利用者負担金の受領に関わる領収書については、利用者負担金の支払いを受けた後、〇〇日以内に差上げます。

支払い方法	支払い要件等
口座引き落とし	サービスを利用した月の翌月の〇日(祝休日の場合は直前の平日)に、あなたが指定する口座より引き落とします。
銀行振り込み	サービスを利用した月の翌月の〇日(祝休日の場合は直前の平日)までに、事業者が指定する下記の口座にお振込みください。 〇〇銀行 〇〇支店 普通口座 〇〇〇〇〇〇
現金払い	サービスを利用した月の翌月の〇日(祝休日の場合は直前の平日)までに、現金でお支払いください。

9. 緊急時における対応方法

サービス提供中に利用者の体調や容体の急変、その他の緊急事態が生じたときは、速やかに下記の主治医及び家族等へ連絡を行う等、必要な措置を講じます。

利用者の主治医	医療機関の名称	〇〇〇〇
	氏名	〇〇〇〇
	所在地	〇〇〇〇
	電話番号	〇〇〇〇—〇〇—〇〇〇〇
緊急連絡先 (家族等)	氏名(利用者との続柄)	〇〇〇〇(〇〇〇〇)
	住所	〇〇〇〇
	電話番号	〇〇〇〇—〇〇—〇〇〇〇

10. 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、速やかに利用者の家族、担当の地域包括支援センター等へ連絡を行うとともに、必要な措置を講じます。

1 1. 苦情相談窓口

(1) サービス提供に関する苦情や相談は、当事業所の下記の窓口でお受けします。

事業所相談窓口	電話番号 〇〇〇〇-〇〇-〇〇〇〇 面接場所 当事業所の相談室
---------	------------------------------------

(2) サービス提供に関する苦情や相談は、下記の機関にも申し立てることができます。

苦情受付機関	群馬県国民健康保険団体連合会	電話番号 〇〇〇〇-〇〇-〇〇〇〇
	桐生市役所長寿支援課	電話番号 0277-46-1111

1 2. サービスの利用にあたっての留意事項

サービスをご利用にあたってご留意いただきたいことは、以下のとおりです。

- (1) サービスの利用中に気分が悪くなったときは、すぐに職員にお申し出ください。
- (2) 複数の利用者の方々が同時にサービスを利用するため、周りの方のご迷惑にならないようお願いいたします。
- (3) 体調や容体の急変などによりサービスが利用できなくなったときは、できる限り早めに当事業所又は担当の地域包括支援センター等の担当者へご連絡ください。

年 月 日

事業者は、利用者へのサービス提供にあたり、上記のとおり重要事項を説明しました。

事業者	所在地	
	事業者（法人名）	
	代表者職・氏名	印
	説明者職・氏名	印

私は、事業者より上記の重要事項の説明を受け、同意しました。

また、この文書が契約書の別紙（一部）となることについても同意します。

利用者	住所	
	氏名	印

署名代行者（又は法定代理人）		
	住所	
	本人との続柄	
	氏名	印

立会人	住所	
	氏名	印