

介護予防・日常生活支援総合事業第1号通所事業
(通所型サービスA) 契約書別紙 (重要事項説明書)

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	社会福祉法人 ○○○○
主たる事務所の所在地	〒868-○○○○ 人吉市○○○町○○○番地
代表者（職名・氏名）	理事長 ○○ ○○
設立年月日	○○年○○月○○日
電話番号	○○○○-○○-○○○○

2. ご利用事業所の概要

ご利用事業所の名称	デイサービスセンター 〇〇〇	
サービスの種類	第１号通所事業（通所型サービスＡ）	
事業所の所在地	〒８６８-〇〇〇〇 人吉市〇〇〇町〇〇〇番地	
電話番号	〇〇〇〇－〇〇－〇〇〇〇	
指定年月日・事業所番号	〇〇年〇〇月〇〇日指定	〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇
利用定員	定員〇〇人	
事業の実施地域	人吉市	

3. 事業の目的と運営の方針

事業の目的	要支援状態にある利用者が、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、介護予防サービス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

第1号通所事業（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〇〇〇）に通っていただき、生活等に関する相談及び助言、健康状態の確認やその他利用者に必要な日常生活上の世話及び機能訓練を行うことにより、利用者の心身機能の維持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月〇日から1月〇日）及びお盆（8月〇日から8月〇日）を除きます。
営業時間	午前〇時〇〇分から午後〇時〇〇分まで
サービス提供時間	午前〇時〇〇分から午後〇時〇〇分までのうち指定する時間 延長時間は、午前〇時〇〇分から午前〇時〇〇分まで 及び 午後〇時〇〇分から午後〇時〇〇分まで 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
従業員	常勤 〇人 ・ 非常勤 〇人
うち 〇〇〇	常勤 〇人 ・ 非常勤 〇人
うち 〇〇〇	常勤 〇人 ・ 非常勤 〇人
うち 〇〇〇	常勤 〇人 ・ 非常勤 〇人

7. サービス提供の責任者

あなたへのサービス提供の管理責任者（管理者）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。

責任者の氏名	管理者 〇〇 〇〇
--------	-----------

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、原則として基本利用料の1割です。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。

(1) 第1号通所事業の利用料・・・基本部分及び加算の合計の額となります。

【基本部分：通所型サービスA】

サービス名称		基本利用料(1回あたり)	利用者負担(1割)
通所型サービスA (1日)	事業対象者	〇〇〇〇円	〇〇〇円
	要支援1		
	要支援2	〇〇〇〇円	〇〇〇円
通所型サービスA (半日)	事業対象者	〇〇〇〇円	〇〇〇円
	要支援1		
	要支援2	〇〇〇〇円	〇〇〇円

(2) その他の費用

延長料金	利用者の希望により、サービス提供時間を超えてサービスを利用した場合、1時間につき〇〇〇円の延長料金をいただきます。
食費	食事の提供を受けた場合、1回につき〇〇〇円の食費をいただきます。
入浴費	入浴の提供を受けた場合、1回につき〇〇〇円の入浴費をいただきます。
おむつ代	おむつの提供を受けた場合、1回につき〇〇〇円の実費をいただきます。
その他	上記以外の日常生活において通常必要となる経費であって、利用者負担が適当と認められるもの（利用者の希望によって提供する日常生活上必要な身の回り品など）について、費用の実費をいただきます。

(3) キャンセル料

利用予定日の直前にサービス提供をキャンセルした場合は、以下のとおりキャンセル料をいただきます。ただし、あなたの体調や容体の急変など、やむを得ない事情がある場合は、キャンセル料は不要とします。

キャンセルの時期	キャンセル料
利用予定日の前日	利用者負担金の〇〇%の額
利用予定日の当日	利用者負担金の〇〇%の額

(注) 利用予定日の前々日までのキャンセルの場合は、キャンセル料不要です。

(4) 支払い方法

上記(1)から(3)までの利用料(利用者負担分の金額)は、1ヶ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等については、利用者負担金の支払いを受けた後、〇〇日以内に差し上げます。

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下記の口座より引き落とします。 〇〇銀行 〇〇支店 普通口座 〇〇〇〇〇〇〇〇
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り込みください。 〇〇銀行 〇〇支店 普通口座 〇〇〇〇〇〇〇〇
現金払い	サービスを利用した月の翌月の〇日（休業日の場合は直前の営業日）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）
	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、人吉市地域包括支援センター及び人吉市等へ連絡を行うとともに、必要な措置を講じます。

11. 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

（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	人吉市高齢者支援課	電話番号 ０９６６－２２－２１１１
	熊本県国民健康保険団体連合会	電話番号 ０９６－２１４－１１０１

1 2. サービスの利用にあたっての留意事項

サービスの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します。
- (3) 体調や容体の急変などによりサービスを利用できなくなったときは、できる限り早めに担当の地域包括支援センター又は当事業所の担当者へご連絡ください。

1 3. 非常災害対策

事業者は、当事業所の所在する地域の環境及び利用者の特性に応じて、事象別の非常災害に関する具体的計画として災害時対応マニュアルを策定しております。

年 月 日

事業者は、利用者へのサービス提供開始にあたり、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について説明を受け、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