介護予防・日常生活支援総合事業　第１号訪問事業

ひな形

（訪問型生活支援事業）契約書別紙（兼重要事項説明書）④

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 | 株式会社　○○○○ |
| 主たる事業所の所在地 | 〒　　　　　　篠山市○○○○ |
| 代表者（職名・氏名） | 代表取締役　○○○○ |
| 設　立　年　月　日 | 平成○○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 | ○○訪問介護事業所 |
| サービスの種類 | 第１号訪問事業（訪問型生活支援事業） |
| 事業所の所在地 | 〒　　　　　　篠山市○○○○ |
| 電　話　番　号 | ○○○－○○○－○○○○ |
| 指定年月日・事業所番号 | 平成○○年○○月○○日　　　　０００００００００００ |
| 管理者氏名 | ○○　○○ |
| 通常の事業実施地域 | ○○市 |

３　事業目的と運営方針

|  |  |
| --- | --- |
| 事業目的 | 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出来るよう、介護予防サービスを提供することを目的とします。 |
| 運営方針 | 事業者は、利用者の心身の状況や家庭の状況等を踏まえ、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防止、もしくは要介護状態となることからの予防のため、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号訪問事業（緩和した基準によるサービス事業）は、訪問介護員や市で指定した研修会を修了した者が、家事を行うことが困難な利用者のお宅を訪問して、本人が自立できるように、調理、洗濯、掃除、買い物、薬の受取り、衣類の整理等の家事など、日常生活の援助を行います。

５　営業日時

|  |  |
| --- | --- |
| 営業日 | ○曜日から○曜日まで  　ただし年末年始（１２月３１日から１月３日）を除きます。 |
| 営業時間 | 午前○時から午後○時まで  　ただし、利用者の希望に応じて、サービスの提供については、２４時間対応可能な体制を整えるものとします。 |

６　事業所の職員体制

|  |  |
| --- | --- |
| 従事者の職種 | 勤務形態・人数 |
| 従事者 | 常勤　○人、　非常勤　○人 |
| うち訪問事業責任者 | 常勤　○人、　非常勤　○人 |
| うち訪問介護員 | 常勤　○人、　非常勤　○人 |
| うち市が定める研修会の修了者 | 常勤　○人、　非常勤　○人 |

７　サービス提供の責任者

　あなたへのサービス提供責任者及び管理責任者（管理署）は下記のとおりです。

　サービス利用にあたって、ご不明な点や要望がありましたら、お申し出ください。

|  |  |
| --- | --- |
| サービス提供責任者の氏名 |  |
| 管理責任者の氏名 |  |

８　利用者負担（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、原則として介護保険負担割合証に応じた基本料金の１割又は、２割の額です。ただし、介護予防・生活支援サービス事業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号訪問事業・緩和した基準によるサービス事業の利用料

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| サービス名称 | 基本利用料  (１回あたり) | 利用者負担 | 上限回数 |
| 訪問型生活支援事業 | 2,800円 | １割：２８０円  ２割：５６０円 | 事業対象者・要支援１：週１回  　月４回まで  要支援２：週２回　月８回まで |

（２）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、あなたの体調や容態の急変など、やむを得ない事情がある場合は、この限りではありません。

|  |  |
| --- | --- |
| 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○○％の額 |
| 利用予定日の当日 | 利用者負担金の○○％の額 |

（注）利用予定日の前々日までのキャンセルの場合は、キャンセル料は不要です。

（３）支払い方法

　上記（１）及び（２）の利用料（利用者負担分の金額）は、１か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、○○日以内にお渡しします。

|  |  |
| --- | --- |
| 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○日（祝休日の場合は直前の平日）に、あなたが指定するの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○日（祝休日の場合は直前の平日）までに、事業所が指定する下記の口座にお振込みください。  　　○○銀行　○○支店　普通口座○○○○○ |
| 現金払い | サービスを利用した月の翌月の○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態の急変、その他の緊急事態が起こった時は、速やかに下記の主治医（かかりつけ医）及び家族へ連絡を行う等、必要な措置を講じます。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 利用者の主治医 | 医療機関名称  氏名  所在地  電話番号 |  |
| 緊急連絡先 | 氏名（利用者との続柄）  電話番号 |  |

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、担当の介護支援専門員及び篠山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、当事業所の下記の窓口でお受けします。

|  |  |
| --- | --- |
| 事業所相談窓口 | 電話番号　○○○―○○○―○○○○  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 | 篠山市保健福祉部地域福祉課 | 電話番号　079－552－6928 |
| 兵庫県国民健康保険団体連合会 | 電話番号　078－332－5617 |

１２　サービス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）サービス提供時の際、訪問介護員等は下記の業務を行うことができませんので、あらかじめご了解ください。

　　①医療行為及び医療補助行為

　　②各種支払いや年金等の管理、金銭の貸借など、金銭に関する取扱い

　　③他の家族の方に対する食事の準備などの介護や援助

（２）訪問介護員等に対し、贈り物や飲食物等の提供はお断りいたします。

（３）体調や容態の急変などにより、サービスを利用されないときは、出来る限り早めに担当の介護支援専門員又は当事業所へご連絡ください。

平成　　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説明をしました。

　　　　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、この文章が契約書の別紙（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