

契 約 書

地 域 密 着 型 通 所 介 護
及 び
通 所 型 サ ー ビ ス

みどりの郷あすか川島
デイセンター

有限会社 みどりの郷あすか

所在地：比企郡川島町吹塚819

TEL：049-299-0888

Fax：049-299-0889

地域密着型通所介護及び通所型サービス 契約書

利用者_____（以下「甲」という。）と事業者有限会社みどりの郷あすか川島（以下「乙」という。）とは、通所介護サービス及び通所型サービスの利用に関して次のとおり契約を結びます。

（目的）

- 第1条 乙は、介護保険法等の関係法令及びこの契約書に従い、甲がその有する能力に応じて可能な限り自立した日常生活を営むことができるよう通所介護サービス及び通所型サービスを提供し、甲の社会的孤立感の解消及び心身の機能の維持並びに甲の家族の身体的、精神的負担の軽減を図ります。
- 2 乙は、通所介護サービス及び通所型サービス提供にあたっては、甲の要介護状態区分及び甲の被保険者証に記載された認定審査会意見に従います。

（契約期間）

- 第2条 この契約書の契約期間は、令和 年 月 日から利用者の要介護認定の有効期間満了日までとします。
- 2 前項の契約期間の満了日7日前までに甲から更新拒絶の意思表示がない場合は、この契約は同一の内容で自動更新されるものとし、その後もこれに準じて更新されるものとします。
- 3 本契約が自動更新された場合、更新後の契約期間は、更新前の契約期間満了日の翌日から更新後の要介護（支援）認定有効期間の満了日までとします。

（運営規程の概要）

- 第3条 乙の運営規程の概要（事業の目的、職員の体制、通所介護サービスの内容等）、従業員の勤務の体制等は、別紙重要事項説明書に記載したとおりです。

（地域密着型通所介護計画及び通所型サービス計画の作成・変更）

- 第4条 乙は、甲の心身の状況、その置かれている環境及び希望を踏まえて、地域密着型通所介護計画及び通所型サービス計画を作成し、計画作成後も当該計画の実施状況の把握に努めます。
- 2 地域密着型通所介護計画及び通所型サービス計画には、機能訓練等の目標や目標達成のための具体的なサービス内容等を記載します。
- 3 地域密着型通所介護計画及び通所型サービス計画は、居宅サービス計画が作成されている場合はその内容に沿って作成します。
- 4 乙は、次のいずれかに該当する場合には、第1条に規定する通所介護サービスの

目的に従い、地域密着型通所介護計画及び通所型サービス計画の変更を行います。

- (1) 甲の心身の状況、その置かれている環境等の変化により、当該通所介護計画及び通所型サービス計画を変更する必要がある場合
 - (2) 甲が地域密着型通所介護サービス及び通所型サービスの内容や提供方法等の変更を希望する場合
- 5 前項の変更の際して、居宅サービス計画の変更が必要となる場合は、速やかに甲の居宅介護支援事業者に連絡するなど必要な援助を行います。
 - 6 乙は、地域密着型通所介護計画及び通所型サービス計画を作成し又は変更した際には、これを甲及びその後見人又は家族に対し説明し、その同意を得るものとします。
 - 7 地域密着型通所介護サービス及び通所型サービスの内容を変更した場合、甲と乙とは、甲が変更後に利用するサービスの内容、利用回数、利用料及び介護保険の適用の有無について記載した契約書別紙サービス内容説明書を添付した利用サービス変更合意書を交わします。

(地域密着型通所介護サービス及び通所型サービスの内容及びその提供)

- 第5条 乙は、地域密着型通所介護計画及び通所型サービスに沿って、契約書別紙サービス内容説明書に記載した内容の地域密着型通所介護サービス及び通所型サービスを提供します。
- 2 乙は、甲に対して地域密着型通所介護サービス及び通所型サービスを提供するごとに、当該サービスの提供日及び内容、介護保険から支払われる報酬等の必要事項を、甲が依頼する居宅介護支援事業者及び介護予防支援事業者が作成する所定の書面に記載し、甲の確認を受けることとします。
 - 3 乙は、甲の地域密着型通所介護サービス及び通所型サービスの実施状況等に関する記録を整備し、その完結の日から2年間保存しなければなりません。
 - 4 甲及びその後見人（後見人がいない場合は、甲の家族）は、必要がある場合は、乙に対し前項の記録の閲覧及び自費による謄写を求めることができます。ただし、この閲覧及び謄写は、乙の業務に支障のない時間に行うこととします。
 - 5 運営推進会議について
 - (1) 事業の運営に当たっては、地域住民又はその自発的な活動等との連携及び協力を行うなど、地域との交流に努めます。
 - (2) 当事業所の行う地域密着型通所介護を地域に開かれたサービスとし、サービスの質の確保を図ることを目的として「運営推進会議」を設置します。
 - (3) 「運営推進会議」の構成員は、ご利用者様、ご家族様、地域住民の代表者、地域包括支援センター又は市町村の職員、地域密着型通所介護について知見を有する者等とし、おおむね6ヵ月に一回以上会議を開催します。

(4) 「運営推進会議」開催前に、会議の開催に関するご案内および出席依頼を行いますので、可能な限りご出席いただきますようお願いいたします。

(居宅介護支援事業者及び介護予防支援事業者等との連携)

第6条 乙は、甲に対して地域密着型通所介護サービス及び通所型サービスを提供するにあたり、甲が依頼する居宅介護支援事業者又はその他保健・医療・福祉サービスを提供する者との密接な連携に努めます。

(協力義務)

第7条 甲は、乙が甲のため地域密着型通所介護サービス及び通所型サービスを提供するにあたり、可能な限り乙に協力しなければなりません。

(苦情対応)

第8条 乙は、苦情対応の責任者及びその連絡先を明らかにし、乙が提供した地域密着型通所介護サービス及び通所型サービスについて甲、甲の後見人又は甲の家族から苦情の申立てがある場合は、迅速かつ誠実に必要な対応を行います。

2 乙は、甲、甲の後見人又は甲の家族が苦情申し立て等を行ったことを理由として、甲に対し不利益な取扱いをすることはできません。

(緊急時の対応)

第9条 乙は、現に地域密着型通所介護サービス及び通所型サービスの提供を行っているときに甲に容態の急変が生じた場合その他必要な場合は、速やかに甲の主治医に連絡を取るなど必要な対応を講じます。

(費用)

第10条 乙が提供する地域密着型通所介護サービス及び通所型サービスの利用単位毎の利用料その他の費用は、別紙重要事項説明書に記載したとおりです。

2 甲は、サービスの対価として、前項の費用の額をもとに月ごとに算定された利用者負担額を乙に支払います。

3 乙は、提供する地域密着型通所介護サービス及び通所型サービスのうち、介護保険の適用を受けないものがある場合には、特にそのサービス内容及び利用料金を説明し、甲の同意を得ます。

4 乙は、前二項に定める費用のほか、次の各号に掲げる費用の支払いを甲に請求することができます。

- 一 乙の通常の事業の実施地域以外にある甲の居宅から、甲を送迎する場合に要する費用
- 二 甲の要望により通常要する時間を超えて提供された地域密着型通所介護サービス及び通所型サービスの費用から通常提供される地域密着型通所介護サービス及び通所型サービス費用を差し引いた額

- 三 食事を提供した場合の食材料費
- 四 理美容代
- 五 オムツ代
- 六 地域密着型通所介護サービス及び通所型サービスの中で提供される便宜のうち、日常生活においても通常必要となるものに係わる費用であって、甲に負担させることが適当と認められる費用
- 5 乙は、前項に定める費用の額にかかるサービスの提供にあたっては、あらかじめ甲に対し、当該サービス内容及び費用について説明を行い、甲の同意を得なければなりません。
- 6 乙は、甲が正当な理由もなく地域密着型通所介護サービス及び通所型サービスの利用をキャンセルした場合は、キャンセルした時期に応じて、契約書別紙サービス内容説明書に記載したキャンセル料の支払いを求められます。
- 7 乙は、地域密着型通所介護サービス及び通所型サービスの利用単位毎の利用料及びその他の費用の額を変更しようとする場合は、1カ月前までに甲に対し文書により通知し、変更の申し出を行います。
- 8 乙は、前項に定める料金の変更を行う場合には、新たな料金に基づく別紙重要事項説明書及び契約書別紙サービス内容説明書を添付した利用サービス変更合意書を交わします。

(利用者負担額の滞納)

- 第11条 甲が正当な理由なく利用者負担額を2月以上滞納した場合は、乙は、30日以上の期間を定めて、利用者負担額を支払わない場合には契約を解除する旨の催告をすることができます。
- 2 前項の催告をしたときは、乙は、甲の居宅サービス計画を作成した居宅介護支援事業者と、甲の日常生活を維持する見地から居宅サービス計画の変更、介護保険外の公的サービスの利用について必要な協議を行うものとします。
- 3 乙は、前項に定める協議を行い、かつ甲が第1項に定める期間内に滞納額の支払いをしなかったときは、この契約を文書により解除することができます。
- 4 乙は、前項の規定により解除に至るまでは、滞納を理由として地域密着型通所介護サービス及び通所型サービスの提供を拒むことはできません。

(秘密保持)

- 第12条 乙は、正当な理由がない限り、その業務上知り得た甲及びその後見人又は家族の秘密を漏らしません。
- 2 乙及びその従業員は、サービス担当者会議等において、甲及びその後見人又は家族に関する個人情報を用いる必要がある場合には、甲及びその後見人又は家族に使用目的等を説明し同意を得なければ、使用することができません。

(甲の解除権)

第13条 甲は、7日間以上の予告期間をもって、乙に対し解除の申し出をする事によりいつでもこの契約を解除することができます。

(乙の解除権)

第14条 乙は、甲が法令違反又はサービス提供を阻害する行為をなし、乙の再三の申し入れにもかかわらず改善の見込みがなく、このサービス利用契約の目的を達することが困難になったときは、30日間以上の予告期間をもって、この契約を解除することができます。

2 乙は、前項によりこの契約を解除しようとする場合は、前もって甲の居宅サービス計画を作成した居宅介護支援事業者や公的機関等と協議し、必要な援助を行います。

(契約の終了)

第15条 次に掲げるいずれかの事由が発生した場合は、この契約は終了するものとします。

- 一 甲が、要介護（支援）認定を受けられなかったとき
- 二 第2条1項及び2項により、契約期間満了日の7日前までに甲から更新拒絶の申し出があり、かつ契約期間が満了したとき。
- 三 第13条に基づき、甲が契約を解除したとき
- 四 第11条3項又は第14条に基づき、乙が契約を解除したとき
- 五 甲が、介護保険施設や医療施設等へ入所又は入院等をしたとき
- 六 甲が、死亡したとき

(損害賠償)

第16条 乙は、地域密着型通所介護サービス及び通所型サービスの提供にあたって、事故が発生した場合には、速やかに甲の後見人及び家族に連絡を行うとともに、必要な措置を講じます。

2 前項において、事故により甲に損害が発生した場合は、乙は速やかにその損害を賠償します。ただし、乙に故意、過失がない場合はこの限りではありません。

3 前項の場合において、当該事故発生につき甲に重過失がある場合は、損害賠償の額を減額することができます。

(合意管轄)

第17条 この契約に起因する紛争に関して訴訟の必要が生じたときは、利用者の住所地在を管轄する裁判所を第一審管轄裁判所とすることに合意します。

(協議事項)

第18条 この契約に定めのない事項については、介護保険法等の関係法令に従い、甲乙の協議により定めます。

地域密着型通所介護および通所型サービス重要事項説明書

＜令和 年 月 日現在＞

1 地域密着型通所介護及び通所型サービス事業者（法人）の概要

名称・法人種別	有限会社 みどりの郷あすか
代表者名	松井 一英
所在地・連絡先	(住所) 埼玉県東松山市大字大谷 1538 - 1 (電話) 0493-53-6888 (Fax) 0493-53-6889

2 事業所の概要

(1) 事業所名称及び事業所番号

事業所名	みどりの郷あすか川島デイセンター
所在地・連絡先	(住所) 埼玉県比企郡川島町吹塚 819 (電話) 049-299-0888 (Fax) 049-299-0889
事業所番号	1173201508
管理者の氏名	吉田 素子
利用定員	通所介護（14名）

(2) 事業所の職員体制

(通所介護)

従業者の職種	人数 (人)	区分		常勤換 算後の 人数 (人)	職務の内容
		常勤(人)	非常勤(人)		
管理者	1	1 (兼務)		1	事業所の管理
生活相談員	2	1 (兼務)	1 (兼務)		相談・生活指導等
介護職員	5		4 (専従) 1 (兼務)		介護全般
機能訓練指導員	2	(専従)	(専従)		機能回復訓練等

(3) 職員の勤務体制

従業者の職種	勤務体制	休暇
管理者	正規の勤務時間帯（8：30 から 17：30） 常勤で勤務	ローテーションによる
生活相談員	正規の勤務時間帯（8：30 から 17：30） 常勤で勤務	ローテーションによる
介護職員	正規の勤務時間帯（8：30 から 17：30） 常勤で勤務	ローテーションによる
機能訓練指導員	専従	ローテーションによる

(4) 事業の実施地域

事業の実施地域	川島町
---------	-----

※ 上記地域以外でもご希望の方はご相談ください。

※ 送迎地域外

通常の事業の実施地域を越えて行う通所介護に要した交通費は、その自費を徴収する。なお、自動車を使用した場合の交通費は、次の額を徴収する。

：実施地域を越えた地点から、片道1km未満50円

：実施地域を越えた地点から、片道1km以上毎100円

(5) 営業日

営業日	営業時間
月曜日～土曜日	午前8時30分～午後5時30分 (祝・祭日含む)

営業しない日	日曜日・年末年始（12月30日～1月3日）
--------	-----------------------

3 サービスの内容及び費用

(1) 介護保険給付対象サービス

ア サービス内容

種 類	内 容
食 事	(食事時間) 12:00~13:30 家庭的で温かく美味しい食事を提供します。 食事サービスの利用は任意です
入 浴	入浴の時間は AM10:00~PM3:00 迄。 個人浴槽です。 午前中から順番にご案内できます。 入浴又は清拭を行います。 入浴サービスの利用は任意です。
排 泄	利用者の状況に応じて適切な排泄介助を行うと共に、 排泄の自立についても適切な援助を行います。
機能訓練	機能訓練指導員により利用者の状況に適した機能訓練 を行い、身体機能の低下を防止するよう努めます。特に 心身機能の向上の為、器具等のご利用もできます。
生活指導	利用者の生活面での指導・援助を行います。 各種レクリエーションや健康体操等を実施します。
健康チェック	血圧測定等利用者の全身状態の把握を行います。
相談及び援助	利用者とその家族からの各種ご相談に問題解決に向け て取り組みます。
送 迎	ご自宅玄関から施設内までの送迎を行います。 送迎サービスの利用は任意です。

イ 費用

介護保険の適用がある場合は、原則として料金表の利用料金の1割もしくは2割が利用者の負担額となります。詳しくは介護保険負担割合証をご確認ください。お客様の利用者負担額については、契約書別紙サービス内容説明書もしくは別紙料金表にて説明いたします。

【料金表】

川島町 7級地

1単位=10.14円となります。

1割料金

○所要時間6時間以上7時間未満の場合

要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
678円	801円	925円	1,049円	1,172円

○所要時間7時間以上8時間未満の場合

要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
753円	890円	1,032円	1,172円	1,312円

○加算（1回につき）

種類	利用料
入浴介助加算(Ⅱ)	55円(自己負担分)
個別機能訓練加算(Ⅰ)1	56円(自己負担分)
介護職員等処遇改善加算Ⅱ	9.0%

○その他の料金

昼食代（おやつを含む）1日750円、日常生活に要する費用1日300円、おむつ代250円、パット代150円

○送迎

居宅と指定通所介護事業所との間の送迎を行わない場合は、片道につき47単位を所定単位数から減算します。

- ・ 上記料金算定の基本となる時間は、実際にサービス提供に要した時間ではなく、お客様の居宅サービス計画に定められたサービスにかかる標準的な時間を基準とします。
- ・ 介護保険での給付の範囲を超えたサービス利用の利用料金は、事業者が別に設定し、全額が利用者の自己負担となりますのでご相談ください。
- ・ 介護保険適用の場合でも、保険料の滞納等により、事業者へ直接介護保険給付が行われない場合があります。その場合、お客様は料金表の利用料金全額をお支払いください。利用料のお支払いと引き換えにサービス提供証明書と領収証を発行します。

(2) 介護保険給付対象外サービス

- 食材料費 (1食あたり750円)
食事サービスを受ける方は、材料費の実費が必要となります。
- 理美容代
自費となります。(1,600円)
- オムツ代
オムツを使用される方は、オムツ代の実費が必要となります。
- 事業の実施地域外の送迎費
2-(4)の事業の実施地域以外の地域にお住まいの方は送迎費の実費が必要となります。実施地域を越えた地点から、片道1km未満50円
実施地域を越えた地点から、片道1km毎に100円
2-(4)の事業の実施地域にお住まいの方は3-(1)-イの【料金表】をご覧ください。
- 日常生活に要する費用 (300円)
様々な感染症に対する感染予防のため従業員による感染予防及び管理費用。
あすかファーム運営による費用及び管理費用。
毎月の行事について別途で費用をいただくことなく日常生活に要する費用より捻出します。
四季を通じてのウッドデッキ使用及び管理費用。
ご希望により3種類の中から好きな飲み物を提供します。
水についてはすべてミネラルウォーターを使用します。
- キャンセル料
 - ① サービス前日、午後5時までにご連絡を頂いた場合 (無料)
 - ② サービス当日、午前8時15分までにご連絡を頂いた場合 (無料)
 - ③ サービス当日、午前8時15分までにご連絡を頂けなかった場合 (1日利用料の30%)
※やむを得ない事情があった場合は除く。

(3) 利用料等のお支払方法

その他のお支払い方法についてはご相談ください。

月末締め翌月10日引き落とし又は現金で支払い。領収書を発行します。

5 サービスの利用方法

(1) サービスの利用開始

まずはお電話でお申し込みください。居宅介護支援事業者によるケアプランが必要になります。適正な居宅介護支援事業所をご紹介します。

(2) サービス利用計画の終了

①利用者のご都合でサービス利用計画を終了する場合

サービスの終了を希望する1週間前までにお申し出下さい。

②事業者の都合でサービスを終了する場合

人員不足等やむを得ない事情により、サービスの提供を終了させて頂く場合がございます。その場合は、終了1ヶ月前までに文書で通知いたします。

③自動終了

- ・利用者が介護保健施設に入所した場合
- ・介護保険給付でサービスを受けていた利用者の要介護認定区分が、自立と認定された場合
- ・利用者がお亡くなりになった場合

④その他

当事者が正当な理由なくサービスを提供しない場合、守秘義務に反した場合、利用者・ご家族などに対して社会通念を逸脱する行為を行なった場合、または事業者が破産した場合、利用者は解約の申し出をする事によって即座にサービスを終了する事ができます。

利用者が、サービス料金の支払いを1ヶ月以上延滞し、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、利用者が正当な理由なくサービス中止をしばしば繰り返した場合、利用者が入院又は病気等により3ヶ月以上にわたりサービスが利用できない状態である事が明らかになった場合、又は利用者やご家族などが当事業所や当事業所の従業員に対して本契約を継続しがたいほどの背任行為を行なった場合は、文章で通知することにより、即座に契約を終了させていただくことがございます。

6 事業所の特色等

(1) 事業の目的

各利用者様のご要望に合わせた通所介護サービスを提供いたします。
少人数制を活かして個人個人にあったケアを提供いたします。

(2) 運営方針

- ①わたしたちは、お客様を尊敬し、その命を守り、責任を持って介護を行ないます。
- ②わたしたちは、ひとりひとりに「目配り・気配り・心配り」ができる個別ケアに真正面から取り組んでいます。
- ③わたしたちは、住み慣れた地域社会の中で、尊厳を保ちながら「自分が自分らしくありのまま」に生活できるようにお手伝いします。
- ④わたしたち職員全員が「介護職人」と自負し、より質と満足度が高いケアを目指して取り組んでいます。
- ⑤わたしたちは、「必要な時」に「必要な量」の介護サービスを「必要な地域」で提供し、在宅生活をサポートします。
- ⑥わたしたちは、誰もが安心して生活できる地域社会作りに草の根から貢献します。

(3) その他

事項	内容
地域密着型通所介護計画の作成及び事後評価	当事業所は、お客様の直面している課題等を評価し、お客様の希望を踏まえて、通所介護計画を作成します。 また、サービス提供の目標の達成状況等を評価し、その結果を書面（サービス報告書）に記載してお客様に説明のうえ交付します。
従業員研修	年4回、技術から制度・接遇の研修を行っています。

7 サービス内容に関する苦情等相談窓口

当事業所お客様相談窓口	窓口責任者 吉田 素子 ご利用時間 8：30～17：30 ご利用方法 電話（ 049-299-0888 ） 面接（当事業所相談室） 苦情箱（事務室に設置）
-------------	---

その他

当センター以外に市町村の相談 苦情窓口等でも受け付けています。
東松山市介護保険担当課 電話（ 0493-23-2221 ）
埼玉県国民健康保険団体連合会 電話（ 048-824-2568 ）
川島町健康推進課 電話（ 049-299-1756 ）

8 緊急時等における対応方法

サービス提供中に病状の急変などがあった場合は、速やかにお客様の主治医、救急隊、緊急時連絡先（ご家族等）、居宅サービス計画を作成した居宅介護支援事業者等へ連絡をします。

主治医	病院名 及び 所在地	
	氏名	
	電話番号	

緊急時連絡先（家族等）	氏名（続柄）	（ ）
	住所	
	電話番号	

9 非常災害時の対策

非常時の対応	別途定める消防計画にのっとり対応を行います。			
難訓練及び防災設備	別途定める消防計画にのっとり年2回避難訓練を行います。			
	設備名称	個数等	設備名称	個数等
	消火器	2		
	誘導灯	2		
	カーテン、布団等は防災性能のあるものを使用しています。			

防火管理権原者 吉田 素子

10 サービス利用に当たっての留意事項

- サービス利用の際には、介護保険被保険者証と居宅介護支援事業者が交付するサービス利用票を提示してください。
- 施設内の設備や器具は本来の用法に従ってご利用ください。これに反したご利用により破損等が生じた場合、弁償していただく場合があります。
- 決められた場所以外での喫煙はご遠慮ください。
- 他の利用者の迷惑になる行為はご遠慮ください。
- 所持金品は、自己の責任で管理してください。
- 施設内での他の利用者に対する執拗な宗教活動及び政治活動はご遠慮ください。
- 利用者受け入れについて薬と処方箋不備について、薬と処方箋の不備がないようにお願いします。万が一不備があった場合、ご家族様は直ちに正しいものをご用意持参するようお願い致します。

11 運営推進会議について

- (1) 事業の運営に当たっては、地域住民又はその自発的な活動等との連携及び協力を行うなど、地域との交流に努めます。
- (2) 当事業所の行う地域密着型通所介護を地域に開かれたサービスとし、サービスの質の確保を図ることを目的として「運営推進会議」を設置します。
- (3) 「運営推進会議」の構成員は、ご利用者様、ご家族様、地域住民の代表者、地域包括支援センター又は市町村の職員、地域密着型通所介護について知見を有する者等とし、おおむね6カ月に一回以上会議を開催します。
- (4) 「運営推進会議」開催前に、会議の開催に関するご案内および出席依頼を行いますので、可能な限りご出席いただきますようお願いいたします。

当事業者は、サービス内容説明書及び重要事項説明書に基づいて契約を締結し、地域密着型通所介護のサービス及び通所型サービスの内容及び重要事項の説明をしました。

令和 年 月 日

事業者	住 所	埼玉県東松山市大字大谷字前原 1538 - 1
	法人名	有限会社 みどりの郷あすか
	代表者名	松井 一英

説明者	職 名
	氏 名

私は、サービス内容説明書及び重要事項説明書に基づいて、地域密着型通所介護サービス及び通所型サービスの内容及び重要事項の説明を受け同意いたします。

令和 年 月 日

利用者	住所
	氏名

保証人	住所
	氏名

(2) 介護保険適用外の方

内 容	金 額	回／週	1 週間あたりの利用料
食材料費（おやつ含む）	750 円	×	円
自費	300 円	×（回）	円
リハビリパンツ	250 円	×（枚）	円
パット代	150 円	×（枚）	円
連絡ノート	0 円	×（冊）	0 円
1 週間あたりの合計額			円

介護保険適用外の方の 1 週間あたりの利用料は_____円になります。

(3) 実施地域外の送迎費については、必要ありません。
実費 _____円となります。(片道)

(4) 地域密着型通所介護サービス及び通所型サービスの中で提供される便宜のうち、日常生活においても通常必要となるものに係わる費用であって、お客様に負担させることが適当と認められる費用は、お客様の負担となります。

3 キャンセル料

- ①サービス前日、午後 5 時までにご連絡を頂いた場合（無料）
 - ②サービス当日、午前 8 時 15 分までにご連絡を頂いた場合（無料）
 - ③サービス当日、午前 8 時 15 分までにご連絡を頂けなかった場合（1 日利用料の 30%）
- ※ やむを得ない事情があった場合は除く。

4 利用料等のお支払方法

お支払い方法についてはご相談ください。
基本的には銀行からの引き落としの手続きをお願いしております。
銀行用紙をお渡しいたしますのでご確認ください。

5 この地域密着型通所介護契約及び通所型サービス相当サービス契約は、指定居宅介護支援事業所_____の介護支援専門員である_____が利用者様のために作成した居宅サービス計画（ケアプラン）に従った内容です。

個人情報同意書

私（利用者）、及びその家族の個人情報については、以下に記載するとおり必要最小限の範囲内で使用することに同意します。

記

1、使用する目的

- (1) 居宅サービス計画に沿って円滑にサービスを提供するために実施されるサービス担当者会議及び介護支援専門員との連絡調整等において必要な場合
- (2) 利用者が自らの意思によって介護保険施設に入所されることに伴う必要最小限度の情報提供

2、使用する事業者の範囲

利用者が提供を受けるすべてのサービス事業者

3、使用する期間

契約で定める期間

4、条件

- (1) 個人情報の提供は必要最小限とし、提供にあたっては関係者以外の者に漏れることのないように細心の注意を払うこと
- (2) 個人情報を使用した会議においては、出席者、議事内容等を記録しておくこと

有限会社 みどりの郷あすか 御中

令和 年 月 日

〈利用者〉

住所

氏名

〈家族の代表〉

住所

氏名

利用者は、身体の状態等により署名ができないため、利用者本人の意思を確認のうえ、私が利用者に代わって、その署名を代筆しました。

〈署名代筆者〉

住所

氏名

個人情報（画像、写真）同意書

私（利用者）は施設内で撮影された写真や動画について個人情報を施設内での掲示、ご家族様や介護支援専門員、みどりの郷あすかホームページなどにおいて掲載することについて

・ 同意します

・ 同意しません

掲載については出来る限り個人の判別が出来ないように配慮させていただきます。

有限会社 みどりの郷あすか 御中

令和 年 月 日

〈利用者〉

住所

氏名

〈家族の代表〉

住所

氏名

利用者は、身体の状態等により署名ができないため、利用者本人の意思を確認のうえ、私が利用者に代わって、その署名を代筆しました。

〈署名代筆者〉

住所

氏名