

介護予防・日常生活支援総合事業

契 約 書

利用者 _____ 様

事業者 社会医療法人 栗 山 会
理事長 千葉 隆一

様（以下、ご利用者という。）と社会医療法人 栗山会（以下、事業者という。）は、介護保険法に基づき事業者が、ご利用者に対して行う居宅サービス（訪問介護）について、契約を締結します。

第1条（契約の目的）

- 事業者は、介護保険法等関係法令及びこの契約書・重要事項説明書に従い、ご利用者に対し、ご利用者が可能な限り居宅においてその能力に応じ、自立した日常生活を営むことができるよう訪問介護を提供します。
- 事業者は、訪問介護の提供にあたっては、ご利用者の要介護状態区分、及び認定審査会の意見に従って、ご利用者に対し訪問介護を提供します。
- ご利用者は、事業者から訪問介護の提供を受けたときは、事業者に対し別記〔サービス内容〕の記載に従い、利用料の自己負担分を支払います。

第2条（契約の期間）

- この契約の期間は、_____年_____月_____日から、ご利用者の要介護認定の有効期間満了日までとします。
但し、契約期間満了日以前にご利用者が要介護認定状態区分の変更の認定を受け、認定有効期間の満了日が更新された場合には、変更後の認定有効期間の満了日までとします。
- 上記契約期間満了日の14日以上前にご利用者から更新拒否の申し出がない場合はご利用者に対し、契約更新の意思を確認し、本契約と同一内容での更新の意思が確認された場合には、自動的に更新されるものとします。

- 3 ご利用者から更新拒否の意思が示された場合は、事業者は、他の事業者の情報を提供する等必要な措置をとります。

第3条（居宅サービス計画変更の援助）

事業者は、ご利用者が居宅サービス計画（ケアプラン）の変更を希望する場合は、速やかに介護支援専門員に連絡するなど必要な援助を行います。

第4条（訪問介護内容の変更）

- 1 事業者がご利用者に対して提供する訪問介護の内容、利用回数、利用料及び介護保険法適用の有無については、別記「サービス内容」のとおりです。
- 2 ご利用者は、いつでも訪問介護の内容を変更するよう申し出ることができます。事業者は、ご利用者から申し出があった場合、第1条に規定する契約の目的に反するなど変更を拒む適当な理由がない限り、速やかにその内容を変更します。
- 3 訪問介護の内容を変更した場合は、ご利用者と事業者とは、ご利用者が変更後に利用する訪問介護の内容、利用回数、利用料及び介護保険の適用の有無について、変更合意を交わします。

第5条（介護保険の適用を受けないサービスの説明）

事業者は、その提供するサービスのうち、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等について説明し、ご利用者の同意を得ます。

第6条（ご利用者の解約権）

ご利用者は事業者に対し、いつでもこの契約の解約を申し入れることができます。この場合には、1週間以上の予告期間をもって届け出るものとし、予告期間満了日に契約は解除されます。

第7条（事業者の解除権）

- 1 事業者は、ご利用者またはご家族、その他関係者が故意に法令違反その他著しく常識を逸脱する行為をなし、事業者の再三の申し入れにもかかわらず改善の見込みがなく、訪問介護の利用契約の目的を達することが著しく困難となった時（ハラスメント行為等があった時）は、速やかにこの契約を解除することができます。
- 2 事業者は、前項によりこの契約を解除する場合には、書面にてご利用者またはご利用者の家族に通知すると共に、担当の介護支援専門員又はご利用者が居住する市町村

に連絡をとり、必要な措置を講じます。

第8条（利用料）

- 1 事業者が提供する、サービスに対するご利用者利用料は別紙「重要事項説明書」の利用料に記載するとおりと致します
- 2 事業者が提供するサービスが、介護保険の適用を受ける場合には、ご利用者は事業者に対して、原則として負担割合証に基づく額を利用料として支払うこととなります。
- 3 毎月の利用料は翌月下旬に引き落としをする方法でお支払い下さい。（他のお支払い方法をご希望の方は、お申し出下さい）

第9条（利用料の滞納）

- 1 ご利用者が、正当な理由なく事業者を支払うべき利用料の自己負担分を2ヶ月分以上滞納した場合には、事業者はご利用者に対し、1ヶ月以上の期間を定めて、期間内に滞納額の全額の支払いがないときは、この契約を解除する旨の催告をすることができます。
- 2 事業者は、前項の催告をした場合には、ご利用者の担当の介護支援専門員・ご利用者が居住する市町村等と連絡をとり、解除後もご利用者の健康・生命に支障のないように、必要な措置を講じます。
- 3 事業者は、前項の措置を講じたうえで、ご利用者が第1項の期間内に滞納額の支払いをしなかったときは、この契約を解除することができます。

第10条（契約の終了）

次の各項のいずれかに該当する場合には、この契約は終了します。

- 一 ご利用者が死亡したとき。
- 二 第6条に基づき、ご利用者から解除の意思表示がなされたとき。
- 三 第7条に基づき、事業者から契約の解除の意思表示がなされ、予告期間が満了したとき。
- 四 第9条に基づき、事業者から契約の解除の意思表示がなされたとき。
- 五 ご利用者が介護保険施設へ入所した場合。
- 六 ご利用者の要介護状態区分が、要介護1から5となった場合。
- 七 最終サービス利用日から6か月後の月末までに利用が再開されなかった場合

第11条（秘密保持）

- 1 事業者及び事業者の従業者は、訪問介護を提供する上で知りえた、ご利用者及びその家族に関する秘密を第三者に漏らしません。この守秘義務は訪問介護終了後も同様です。
- 2 事業者は、ご利用者及びその家族から本契約書による同意を得ない限り、サービス担当者会議等において、ご利用者及びその家族に関する個人情報を用いません。（別紙同意書あり）

第12条（損害賠償）

- 1 事業者は、ご利用者に対する訪問介護の提供にあたって、ご利用者又はご利用者の家族の生命、身体、財産に損害が発生した場合は、速やかにご利用者又はご利用者の家族に対して損害を賠償します。但し、事業者に故意または過失がなかった場合はこの限りではありません。
- 2 前項の場合、ご利用者又はご利用者の家族に重大な過失がある場合は、賠償額を減額することができます。

第13条（相談及び苦情対応）

事業者は、ご利用者又はご利用者の家族からの相談及び苦情に対する窓口を設置し、サービスの提供に関する甲の要望、苦情等に迅速に対応し、その改善に努めます。

第14条（サービス提供の記録）

- 1 事業者は、訪問介護の提供に関する記録を作成し、完結した日より2年間保管します。なお、苦情および事故に関する記録は完結した日より5年間保管します。
- 2 ご利用者又はその家族は、事業者の営業時間内にその事業所において、ご利用者に関するサービス提供記録を閲覧又は開示を請求する事ができます。

第15条（その他の事項）

この契約書に定めのない事項については、介護保険法その他諸法令の定めるところを尊重し、ご利用者及び事業者の双方が誠意をもって協議のうえ定めます。

上記契約書の内容と、別紙重要事項説明書の内容、およびご利用者及び家族に関する

情報を用いることについて、ご利用者・事業者の同意を得たので、本書2通を作成し、署名のうえ、双方1通ずつ保有するものとします。

契約日 年 月 日

ご利用者

				-				
--	--	--	--	---	--	--	--	--

住 所

氏 名

電 話 ()

代理人

				-				
--	--	--	--	---	--	--	--	--

住 所

氏 名

電 話 ()

職 業

事業者

〒395-8505

住 所 長野県飯田市大通1丁目15番地

事業者 社会医療法人 栗山会

代表者 理事長 千葉 隆一

電 話 0265-22-5150 F A X 0265-22-3988

事業所

住 所 長野県飯田市大通1丁目30番地2

名 称 飯田病院ヘルパーステーション「すずらん」

管理者 村松 えりか

電 話 0265-22-5260 F A X 0265-56-6090

<長野県知事指定 第2070500521号>

[サービス内容]

<サービス提供責任者>

氏名		連絡先	(電話) 0265-22-5260
----	--	-----	-------------------

1. 提供するサービス

<input type="checkbox"/> 掃除や整理整頓 <input type="checkbox"/> 生活必需品の買い物 <input type="checkbox"/> 食事の準備や調理 <input type="checkbox"/> 衣類の洗濯や補修 <input type="checkbox"/> 薬の受け取り <input type="checkbox"/> 入浴、排泄、食事の介助など	
【サービス頻度】 <input type="checkbox"/> 週1回程度 <input type="checkbox"/> 週2回程度 <input type="checkbox"/> 週2回程度を超える	
【提供時間】 1回 60分未満	【介護保険適用】 有 ・ 無

※ケアプランに従って提供いたします。

2. 利用料 (一か月)

1割負担		2割負担		3割負担	
<input type="checkbox"/> 週1回程度	円	<input type="checkbox"/> 週1回程度	円	<input type="checkbox"/> 週1回程度	円
<input type="checkbox"/> 週2回程度	円	<input type="checkbox"/> 週2回程度	円	<input type="checkbox"/> 週2回程度	円
<input type="checkbox"/> 週2回程度(超)	円	<input type="checkbox"/> 週2回程度(超)	円	<input type="checkbox"/> 週2回程度(超)	円

※ 上記利用料は自己負担割合別で示しております

※ 上記利用料に処遇改善加算(Ⅲ)18.2%が上乗せになります

★介護保険の適用を受けない訪問介護サービスについては、利用料の全額をお支払いいただきます。

★毎月上旬に、利用料金(自己負担分)の請求書をお届けさせていただきます。

●支払い方法は ・引き落とし ・その他()となります。

●請求書の送り先(ご自宅以外) 宛名 _____ 様