

介護保険外サービス契約書別紙（兼重要事項説明書）

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）	社会福祉法人田上町社会福祉協議会
主たる事務所の所在地	〒959-1503 新潟県南蒲原郡田上町大字原ヶ崎新田3071番地
代表者（職名・氏名）	会長 高橋 勝之
設立年月日	昭和56年7月8日
電話番号	0256-57-5877

2. 利用事業所の概要

利用事業所の名称	社会福祉法人田上町社会福祉協議会
サービスの種類	介護保険外サービス(自費介護サービス)
事業所の所在地	〒959-1503 新潟県南蒲原郡田上町大字原ヶ崎新田3071番地
電話番号	0256-57-6271
管理者の氏名	大橋 奈津子
通常の実業の実施地域	田上町全域
第三者評価の実施の有無	有 ・ (無)

3. 提供するサービスの内容

①身体介護	食事介助、入浴介助、清拭、排泄介助、常時見守りを必要とする受診や外出の介助など
②家事支援	調理、洗濯、買い物、掃除、薬の受け取り、窓拭き、玄関前の雪抜け、身体介護を伴わない受診や外出の付き添いなど

4. 営業日時

営業日	日曜日から土曜日まで
営業時間	午前8時30分から午後5時30分まで ただし、営業時間外でサービス提供を希望される方については、相談に応じます。

5. 事業所の職員体制

管理者	1人
サービス提供責任者	2人
訪問介護員	8人

6. 利用料金

サービスを利用した場合の「基本利用料」は次のとおりです。

サービスの内容	30分未満	30分～1時間	以降30分ごと
身体介護	2,000円	4,000円	800円増
生活援助	1,000円	1,900円	700円増
身体生活混合	1,500円	2,900円	700円増

(1) 交通費

利用者やその家族の要請を受けて、通常の事業を実施する地域（田上町全域）を超える場合は、燃料費等実費として1kmにつき50円をご負担いただきます。

(2) 加算

早朝(午前6:00～午前8:00)	25%増
夜間(午後6:00～午後10:00)	25%増
深夜(午後10:00～午前6:00)	50%増

(3) キャンセル料

都合によりサービスの利用をキャンセルする場合は、当事業所にご連絡ください。

連絡先（電話番号） 0256-57-6271

利用予定日の直前にキャンセルした場合は、次のとおりキャンセル料をいただきます。

キャンセルの時期	キャンセル料	備考
利用予定日の前日まで	不要	容態急変の場合などは いたしません。
利用予定日の当日	利用料金の50%の額	

(4) 利用料の請求及び支払い方法

利用料金その他の 費用の請求方法等	利用者負担額及びその他の費用の額は、利用月ごとの合計金額により請求いたします。 ご利用当月分の利用料請求書を、翌月15日までにご利用者宛に送付いたします。
支払方法等	利用当月分の料金合計額を、翌月20日に指定の金融機関預金口座より引落しいたします。 契約の際には預金口座振替依頼書のご記入をお願いします。 お支払いの確認後領収書を発行いたしますので、必ず保管されますようお願いいたします。

7. 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。

8. 事故発生時の対応

サービス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等に連絡を行うとともに、必要な措置を講じます。

9. 虐待防止のための措置に関する事項

事業者は、利用者の人権の擁護・虐待の防止等のため、必要な体制の整備を行うとともに、従業者に対し研修を実施する等の措置を講じます。

10. 苦情相談窓口

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

窓口設置場所	社会福祉法人田上町社会福祉協議会
苦情解決責任者	富樫 敏文
苦情受付担当者	西澤ひろみ 大橋奈津子
連絡先(電話番号)	0256-57-6271

11. サービスの利用にあたっての留意事項

サービスの利用にあたって留意していただきたいことは、次のとおりです。

- (1) サービス提供の際、訪問介護員等は次の業務を行うことができません。
 - 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
- (2) 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、できる限り早めに当事業所の担当者へご連絡ください。
- (3) 訪問介護員等への贈り物や飲食物の提供などはお断りいたします。

年 月 日

事業者は、利用者へのサービス提供開始にあたり、上記のとおり説明しました。

事業者 所在地 南蒲原郡田上町大字原ヶ崎新田3071番地

事業者名 社会福祉法人田上町社会福祉協議会

代表者職・氏名 会長 高橋勝之 印

説明者職・氏名 サービス提供責任者

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 田上町大字

氏名 _____ 印

家族(又は法定代理人) 住所 _____

氏名 _____ 印