

生活支援サービス契約重要事項説明書

1. 生活支援サービス提供事業者

事業者の名称・所在地及び電話番号その他の連絡先		
事業者の名称	フリガナ	カブシキガイシャガッケンココファン
		株式会社学研ココファン
事業者の所在地	〒141-8420	
		東京都品川区西五反田二丁目11番8号
事業者の連絡先	電話番号	03-6431-1860
	FAX番号	03-6431-1864
	ホームページアドレス	http://www.cocofump.co.jp/
事業者の代表者名	代表取締役	森 猛

2. 住宅事業主体概要

事業主体の名称、主たる事務所の所在地及び電話番号その他の連絡先		
事業主体の名称	フリガナ	カブシキガイシャガッケンココファン
		株式会社学研ココファン
事業主体の主たる事務所の所在地	〒141-8420	
		東京都品川区西五反田二丁目11番8号
事業主体の連絡先	電話番号	03-6431-1860
	FAX番号	03-6431-1864
	ホームページアドレス	有 http://www.cocofump.co.jp/
		無
事業主体の代表者の氏名及び職名	氏名	森 猛
	職名	代表取締役
事業主体が行っている主な事業等	福祉に関する運営、企画、調査、立案、及びコンサルタント	

3. 住宅概要

住宅の名称・所在地及び電話番号その他の連絡先		
住宅の名称	フリガナ	ココファンセタガヤツルマキ
		ココファン世田谷弦巻
住宅の所在地	〒154-0016	
		東京都世田谷区弦巻1丁目3-20
住宅の連絡先	電話番号	03-6431-1860
	FAX番号	03-6431-1864
	ホームページアドレス	http://www.cocofump.co.jp/
住宅の管理者名	事業所長	
住宅の開設年月日	令和8年3月1日	
居住の契約方式	普通建物賃貸借契約	

4. 生活支援サービスの内容

生活支援サービスに関する方針等

</

医療連携の内容

協力医療機関	1	名称	
		住所	
		診療科目	
		協力内容	
協力医療機関	2	名称	
		住所	
		診療科目	
		協力内容	
協力歯科医療機関		名称	
		住所	
		協力内容	

5. 月額利用料の請求及び支払方法

請求方法	
毎月20日までに請求書を発行し、入居者様に送付します。振り込みの場合、手数料は入居者負担となります。 (基本サービス：翌月分・食事サービス：前月分・ふれあいサービス：前月分)	
支払方法	
毎月27日（当日が金融機関休業日にあたる場合はその翌営業日）に支払請求分を口座引落の方法でお支払いいただきます。	

6. 苦情に対応する窓口等

苦情に対応する窓口等の状況				
窓口の名称	株式会社学研ココファン 事業本部			
電話番号	03(6431)1860			
メールアドレス	co-soudan@cocofump.co.jp			
対応している時間	平日	8時	45分	～ 17時 45分
	土曜	時	分	～ 時 分
	日曜	時	分	～ 時 分
	祝日	時	分	～ 時 分
定休日	土曜・日曜・祝日			
サービスの提供により事故が発生したときの対応				
具体的な対応	生活支援サービス事業に関わる要望、苦情、事故等に対し、誠実かつ迅速に対応する。			
利用者アンケート調査、意見箱等利用者の意見等を把握する取組の状況				
① あり	実施日	随時		
	結果の開示	1 あり ② なし		
2 なし				

7. 生活支援サービス利用に当たっての留意事項

外出・帰宅・訪問等	
外出・帰宅及びご家族様等の来訪等の時間制限はありません。なお、夜間の外出の際や外泊時は、事前にフロントへご連絡下さい。	
共用施設の利用について	
食堂、ラウンジ	マナーを守り、ご自由にお使い下さい。
浴室・脱衣室	利用希望については、予定表に記載下さい。
洗濯室	利用希望については、予定表に記載下さい。
共同トイレ	マナーを守り、ご自由にお使い下さい。

8. 契約の解除内容等

入居者からの解約		
生活支援サービス契約書第6条及び普通建物賃貸借契約書契約条項第16条による		
契約解約時の連絡先	名称	ココファン世田谷弦巻
	電話番号	
事業者からの解除		
生活支援サービス契約書第6条及び普通建物賃貸借契約書契約条項第14条による		

9. 損害賠償責任保険の内容

損害賠償責任保険の加入状況	
☒ 有	・ 無 (損害保険ジャパン㈱)

説明年月日

令和 年 月 日

〇〇 〇〇 様に対して、生活支援サービス契約書及び生活支援サービス契約重要事項説明書に基づいて、重要な事項を説明しました。

登録事業者名 株式会社 学研ココファン

所在地 〒141-8420 東京都品川区西五反田二丁目11番8号

代表者名 代表取締役 森 猛 印

説明者氏名 事業所長 印

私は上記事業者から、生活支援サービス契約書及び生活支援サービス契約重要事項説明書に基づいて、重要な事項の説明を受けました。

署名 印

