

コープみらい介護保険適用外サービス契約書

「
」(以下、利用者と言います)とコープみらい中野介護センター(以下、事業者と言います)は、介護保険適用外サービスについて、次の通り契約します。

1. サービスの提供期間 本契約の期間は契約締結日から1年間とします。ただし、双方いずれからも期間満了1カ月前までに書面による意思表示がない場合は、同一条件をもって更に1年延長するものとします。以降も同様とします。

2. サービスの種類と内容、利用料

(1) サービスの種類

居室の清掃、外出同行、お話相手、介護保険で算定できない通院介助などのサービスを行う場合、サービスに対する料金を支払います。

(2) 利用料

①	基本時間帯(8:00~18:00)	15分あたり1,100円(税込)
②	早朝(6:00~8:00)・夜間(18:00~22:00)	15分あたり1,375円(税込)
③	深夜(22:00~6:00)	15分あたり1,650円(税込)
④	土曜・日曜・祝日について	①②③の25%増し
⑤	4時間以上(240分)は①~③に加え、以降15分毎に+385円	

※15分単位の料金となります。以降15分毎に15分あたりの料金をいただきます。

※利用者の居宅以外の場所に伺う場合にかかる交通費は利用者負担とし毎回実費をいただきます。

※公共交通機関を利用した場合は実費も利用者負担となります。

(3) 公共の交通機関で移動できない場合は、駐車場所の配慮をお願いします。

(4) 有料駐車場等が必要な場合は手配をお願いします。

3. サービスの提供と内容の変更

(1) 当サービスをご利用いただく際には、中野介護センターまでご連絡ください。

(2) 利用者がサービスの内容や時間を変更する場合には、速やかに連絡してください。

(3) 時間等の変更連絡がある場合は、必ず中野介護センターのサービス提供責任者にご連絡ください。

4. サービスの提供の記録

事業者は、介護保険外(自費)サービスの実施ごとにサービスの内容等を記録票に記入し、サービスの終了時に利用者の確認を受けることとします。利用者の確認を得た後、その控えを利用者に交付します。

5. 料金の支払い

原則として1日～月末のサービス提供分の利用料を、翌月15日までに請求をいたしますので、その月の25日までに支払ってください。支払い方法は、ゆうちょ銀行からの自動引落しをお願いします。

6. キャンセル

(1) 利用者がサービスの利用の中止をする際は、すみやかに下記までご連絡ください。

連絡先：コープみらい中野介護センター 電話番号：03-3382-5691

前日、または当日のキャンセルは、以下のキャンセル料を申し受ける事になります。

(ただし、利用者の容態の急変など、緊急やむを得ない事情がある場合には、キャンセル料は不要です)

(2) キャンセル料は、次の場合にお支払いいただきます。

連絡時間帯	キャンセル料
サービス利用日の前日17時までに連絡をいただいた場合	無料
サービス利用日の前日17時までに連絡がなかった場合	770円(税込)

7. 料金の変更

(1) 事業者は、利用者に対して1ヵ月前までに文書で通知することにより料金の変更(増額または減額)を申し入れることができます。

(2) 利用者が料金の変更を承諾する場合、新たな料金に基づく「契約書」を作成し、お互いに取り交わします。

(3) 利用者は、料金の変更を承諾しない場合、事業者に対し、文書で通知する事により、この契約を解約することができます。

8. 相談・苦情対応

(1) 利用者は提供されたサービスに不満がある場合、いつでも相談・苦情を申し立てることが可能です。苦情申し立て先：コープみらい福祉事業部 電話番号：048-755-9801

受付時間等：月～金曜日(祝日除く)、午前9時から午後5時まで

(2) 事業者は、苦情申し立てがあった場合、迅速に適切な対応を行ないます。

9. 契約の終了

次の事由に該当する場合、事業者は文書で通知することにより、直ちにこの契約を解約することができます。

(1) 利用者のサービス利用料の支払いが2ヵ月以上遅延し、催促にもかかわらず2週間以内に支払

われない場合。

- (2) 利用者またはその家族などが、事業者やサービス従事者に対して契約を継続し難いほどの不信行為を行った場合。

10. 損害賠償

本契約業務において、事業者には責任がある事故が発生し、利用者に何らかの損害を与えた場合、事業者は加入している「居宅介護サービス事業総合補償保険」の賠償範囲において補償するものとします。

11. その他

- (1) サービス提供時間が3時間を超える場合や通常食事をする時間帯においては、利用者の配慮の範囲で休憩をいただきます。
- (2) 事業者は、利用者のプライバシーを守秘し、事業者および利用者双方とも、業務を契機とする宗教活動、および政治活動をしてはならないこととします。
- (3) ヘルパーに対する贈り物や飲食物などのもてなしは固くお断りいたします。
- (4) 自然災害、事故等の理由で、業務を遂行できないことがあります。

12. 秘密保持

- (1) 事業者、介護支援専門員および事業者の使用する者は、サービスを提供する上で知り得た利用者および家族に関する秘密を正当な理由なく第三者に漏らしません。この守秘義務は契約終了後も同様です。
- (2) 事業者は、利用者および利用者の家族から予め文書で同意を得ない限り、サービス担当者会議等において、利用者の個人情報を用いません。
- (3) 利用者又はその家族の個人情報について、「個人情報の保護に関する法律」及び厚生労働省が策定した「医療・介護関係事業者における個人情報の適切な取扱いのためのガイダンス」を遵守し、適切な取扱いに努めます。

13. 契約事項の変更

契約事項の変更を行う場合には、事業者および利用者双方協議のうえ決定することとします。上記の契約を証するため、本書を2通作成し、利用者と事業者が署名押印のうえ、1通ずつ保有するものとします。

14. 代理人

利用者は、代理人を選任して、この契約を締結させることができ、また契約に定める権利の行使を義

務の履行を代理して行わせることができるものとします。

15. 裁判管轄

この契約に関してやむを得ず訴訟となる場合は、利用者および事業者は、利用者の住所地を管轄する裁判所を第一審管轄裁判所とすることを予め合意します。

契約締結日 _____ 年 ____ 月 ____ 日

介護保険適用外サービスの提供開始にあたり、本書面に基づいて契約書の説明を行いました。

<事業者> 事業者名 生活協同組合コープみらい
所在地 〒336-8523 埼玉県さいたま市南区根岸1丁目5番5号
代表者名 代表理事 専務理事 河田 喜一 印
<説明者> 事業所名 コープみらい中野介護センター

担当者名 _____

私は、本書面に基づいて事業所から介護保険適用外サービスについての契約書の説明および当該契約書の交付を受け、その内容について同意しました。本書2通を作成し、利用者と事業者が1通ずつ保有するものとします。

年 ____ 月 ____ 日

(利用者) 住所: _____

氏名: _____ 印

(代理人) 住所: _____

氏名: _____ 印

(利用者との続柄 _____)

利用者は、心身の状況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(所属・職等): _____

氏名: _____ 印