

通所介護〔予防通所介護〕

利用契約書

別紙 1

重要事項説明書

社会福祉法人 芳 清 会

デイサービスセンター 八瀬の里

〒350-1172

埼玉県川越市大字増形164番地

電話：049-247-7311（代表）

FAX：049-247-7312

通所介護〔予防通所介護〕利用契約書

_____様（以下、「利用者」といいます）と社会福祉法人芳清会（以下「事業者」といいます）は、事業者が利用者に対して提供する通所介護〔予防通所介護〕サービス等を利用することについて、次のとおり通所介護〔予防通所介護〕利用契約（以下「契約」といいます）を締結します。

第1条（契約の目的）

事業者は利用者に対し、介護保険法令の趣旨にしたがって、利用者が可能な限り自身の居宅において、自身の持つ能力に応じて、自立した日常生活を営むことができるよう通所介護〔予防通所介護〕サービスを提供します。利用者は、事業者に対し、通所介護〔予防通所介護〕サービスに対する利用料金を支払います。

第2条（契約期間）

1. この契約の契約期間は、令和____年____月____日から契約者の要介護認定の有効期間満了日までとします。
2. 契約満了の2週間前までに、利用者から事業者に対して、文書により契約終了の申し出がない場合、契約は自動更新されるものとします。

第3条（通所介護〔予防通所介護〕計画）

事業者は、利用者の日常生活希望を踏まえて「居宅サービス計画」に沿った、「通所介護〔予防通所介護〕計画」を作成します。事業者はこの「通所介護〔予防通所介護〕計画」の内容を利用者およびその家族に説明します。

第4条（通所介護〔予防通所介護〕の提供場・内容）

1. 通所介護〔予防通所介護〕の提供場所はデイサービスセンター八瀬の里です。所在地および施設の概要は【別紙1】の通りです。
2. 事業者は第3条に定められた通所介護〔予防通所介護〕計画に沿って通所介護〔予防通所介護〕を提供します。事業者は通所介護〔予防通所介護〕の提供にあたり、その内容について利用者に説明します。
3. 利用者は、サービスの内容の変更を希望する場合に、事業者に申し入れることができます。その場合、事業者は可能な限り利用者の希望に添うようにします。

第5条（サービス提供の記録）

1. 事業者は、通所介護〔予防通所介護〕の実施ごとに、利用中の様子などをこの契約書と同時に交付する連絡帳等に記入してお知らせします。
2. 事業者は、サービス提供記録を作成することとし、この契約の終了後2年間保管します。

3. 利用者は、事業所の営業時間内、その事業所にて、利用者自身に関する第2項のサービス提供記録を閲覧できます。

第6条（料金）

1. 利用者は、サービスの対価として【別紙1】に定める利用単位ごとの単価をもとに、計算された月ごとの合計金額を通所介護〔予防通所介護〕サービスの利用ごとに支払います。
2. 事業者は、1ヶ月ごとに利用料金を計算し、請求書に合計額と明細を付して、利用月の翌月18日前後までに利用者宛に郵送します。
3. 利用者は、一ヶ月の料金合計額を、請求を受けた日から20日以内に事業者を支払います。
4. 事業者は、利用者から料金の支払いを受けたときは、利用者に対し領収書を発行します。

第7条（サービスの中止）

1. 利用者は、事業者に対して、サービス提供日の当日午前8：30までにサービス中止を申し出た場合、料金を負担することなくサービス利用を中止することができます。
2. 利用者がサービス提供日の当日午前8：30以降にサービス利用の中止を申し出た場合、事業者は利用者に対して、料金の全部または一部を請求することができます。この場合の料金は第6条他の料金の支払いと合わせて請求します。
3. 3. 事業者は、利用者の体調不良、その他の理由により、通所介護〔予防通所介護〕の実施が困難と判断した場合、サービスを中止することができます。この場合の取り扱いについては【別紙1】に記載したとおりです。

第8条（料金の変更）

1. 事業者は、利用者に対して、1ヶ月前までに文書で通知することにより利用料及び食費等の単価の変更（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【別紙1】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ことにより、この契約を解約することができます。

第9条（契約の終了）

1. 利用者は、事業者に対して2週間の予告期間をおいて通知することにより、いつでもこの契約を解約することができます。
2. 事業者はやむを得ない事情がある場合、利用者に対して、30日間の予告期間を置いて理由を示した文書で通知することにより、この契約を解約することができます。

3. 次の事由に該当した場合は、利用者は、事業者に対して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 事業者が正当な理由なくサービスを提供しない場合。
 - ② 事業者が極秘厳守に反した場合。
 - ③ 事業者が利用者やその家族などに対して社会通念を逸脱する行為を行った場合。
 - ④ 事業者が破産した場合。
4. 次の事由に該当した場合、事業者は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金が1か月以上遅滞し、料金を支払うように催告したにもかかわらず15日以内に支払われない場合。
 - ② 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、または利用者の入院もしくは病気などにより、1か月以上にわたってサービス利用ができない状態であることが明らかになった場合。
 - ③ 利用者またはその家族が、事業者やサービス従事者または他の利用者に対し、この契約を継続し難いほどの背信行為を行った場合。
5. 次の事由に該当した場合は、この契約は自動的に終了します。
 - ① 利用者が他の介護保険施設に入所した場合・・・入所した日の翌日から
 - ② 利用者の要介護認定区分が自立と認定された場合
・・・・・・・・・・非該当となった日
 - ③ 利用者が死亡した場合・・・・・・・・死亡した日の翌日

第10条（秘密保持）

1. 事業者及び事業者の使用する者は、サービス提供をするうえで知り得た利用者及びその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、利用者から予め文書で同意を得ない限り、居宅介護支援事業所等に対し、利用者のおよびその家族の個人情報を用いません。
3. 事業者は、利用者の医療上、緊急の必要がある場合には、医療機関等に契約者に関する心身等の情報を提供できるものとします。また、サービス担当者会議においても同様と致します。

第11条（賠償責任）

1. 事業者は、この契約に基づいてサービスを提供するにあたって、事業者もしくは施設職員の故意や過失、もしくはこの契約上の注意義務に違反して利用者の生命・身体・財産に損害を与えた場合はその賠償責任を負います。ただし、その損害について、利用者の故意、過失もしくはこの契約上の注意義務違反、もしくは利用者に施設職員の正当な業務上の指示に違反が認められる場合は、その状況を斟酌してその賠償額の減額または免除することができるものとします。

2. 利用者は、施設において、故意または過失もしくはこの契約上の利用者の義務に違反して、施設設備または他の利用者の生命・身体・財産に損害を与えた場合は、その損害賠償責任を負います。その場合、前項のただし書きを準用します。
3. 事業者及び利用者は、前2項の賠償は、誠意を持って速やかに対応し、履行するものとしします。

第12条（緊急時の対応）

事業者は、現に通所介護〔予防通所介護〕の提供を行っているときの利用者の健康状態が急変した場合やその他必要な場合は、医師に連絡を取るとともに、予め届けられた連絡先へ可能な限り速やかに連絡する等必要な措置を講じます。

第13条（連携）

1. 事業者は、通所介護〔予防通所介護〕の提供にあたり、利用者の介護サービス計画を作成した介護支援専門員及び保険医療サービスまたは福祉サービスを提供する者との密接な連携に努めます。
 2. 事業者は、この契約書の写しを利用者の介護サービス計画を作成した介護支援専門員に速やかに送付します。
 3. 事業者は、この契約の内容が変更された場合またはこの契約が終了した場合は、その内容を記した書面の写しを速やかに利用者の介護サービス計画を作成した介護支援専門員に送付します。
- 尚、第9条2項または4項に基づいて解約通知をする際は、事前に利用者の介護サービス計画を作成した介護支援専門員に連絡します。

第14条（相談、苦情対応）

事業者は、利用者からの相談、苦情等に対応する窓口を設置し、通所介護〔予防通所介護〕に関する利用者の要望、苦情等に対し、迅速に対応いたします。

第15条（本契約に定めない事項）

1. 利用者及び事業者は、信義誠実をもってこの契約を履行するものとしします。
2. この契約に定めない事項については、介護保険法令その他諸法令の定めるところを尊重し、双方が誠意を持って協議のうえ定めます。

第16条（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、利用者及び事業者は、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。

【別紙 1】

○ 担当者 生活相談員

氏名 細田 恵実 電話 049 (247) 7389

○ 利用時の利用状況の確認

事業者は送迎時に利用者の状況等について把握するため、利用者またはご家族から即応、状況等についてお伺いします。

○ 通所介護〔予防通所介護〕内容

曜日	時間	迎え	送り	昼食	入浴	機能
月曜日	9 : 30 ~ 16 : 30	○	○	○	○	○
火曜日		○	○	○	○	○
水曜日		○	○	○	○	○
木曜日		○	○	○	○	○
金曜日		○	○	○	○	○

(土曜日、日曜日、年末30日・31日・年始1日～3日は休業となります)

・ ご利用場所およびご利用可能設備等

食堂兼活動室・休憩室・相談室・浴室（一般浴槽・個別浴槽・特殊浴槽）・送迎車等

・ サービス内容

通所介護〔予防通所介護〕計画に沿って、送迎、食事の提供、入浴介助、個別機能訓練その他必要な介護等を行います。

※具体的な内容は、月間予定表をご覧ください。

○ 料金

① 基本料金

(1) 要介護度 1～5（川越市地域加算 10.27 を乗じた表示となっております）

	一日あたりの利用料金	介護保険適用時の一日あたりの自己負担額		
	7～8時間未満	1割	2割	3割
要介護度 1	6,726円	673円	1,346円	2,018円
要介護度 2	7,938円	794円	1,588円	2,382円
要介護度 3	9,201円	921円	1,841円	2,761円
要介護度 4	10,454円	1,046円	2,091円	3,137円
要介護度 5	11,728円	1,173円	2,346円	3,519円

(2) 要支援 1～2（川越市地域加算を乗じた表示となっております）

	一月あたりの 利用料	介護保険適用時の一月あたりの自己負担		
		1割	2割	3割
要支援 1	17,171円	1,718円	3,435円	5,152円
要支援 2	35,205円	3,521円	7,041円	10,562円

② 通所介護加算料金

	1割	2割	3割
入浴費 介助浴 1回あたり	41円	82円	123円
個別機能訓練加算（Ⅰ）	88円	175円	262円
個別機能訓練加算（Ⅱ）	21円	41円	62円
サービス体制強化加算（Ⅲ）	7円	13円	19円
口腔機能向上加算Ⅰ	154円	308円	462円
延長加算（9時間以上10時間未満）	52円	103円	154円

③ 予防介護加算料金

	1割	2割	3割
運動器機能向上加算	231円	462円	693円
サービス体制強化加算（Ⅲ）要支援 1	25円	50円	74円
サービス体制強化加算（Ⅲ）要支援 2	50円	99円	148円
口腔機能向上加算Ⅰ	154円	308円	462円

④ 介護職員処遇改善加算（Ⅰ）上記の①から⑥に0.059%を乗じた金額

⑤ 介護職員等特定処遇改善加算（Ⅱ）上記の①から⑥に0.010%を乗じた金額

⑥ 介護職員等ベースアップ等支援加算 上記の①～⑥に0.011%を乗じた金額

⑦ 昼食費 1食あたり 700円 ※おやつ込み（全額自己負担）

⑧ 日常生活費 1日あたり 200円 （全額自己負担）

⑨ おむつ代 1日あたり 300円

⑩ その他、レク材料費、行事費等、その都度いただく場合がありますのでご了承ください。

※ 事前に行事内容等を合わせてお知らせ致します。

⑪ 時間延長 ご希望の場合は、事情により、相談に応じます。

※ 介護保険適応の場合でも、保険料の延滞等により、保険給付金が直接事業者を支払われない場合があります。

その場合は一旦1日あたりの利用料金を頂き、サービス提供証明書を発行いたします。

サービス提供証明書を後日、区市町村の窓口を提供しますと、差額の払い戻しを受けることができます。

※ 栄養相談は毎週水曜日（要予約）

○ キャンセル規程

契約者のご都合でサービスを中止する場合、下記のキャンセル料がかかります。

- ① ご利用の当日8:30までにご連絡いただいた場合・・・無料
ご利用の当日8:30までにご連絡がなかった場合・・・定額 700円
- ② 契約者が早退する場合・・・該当時間の利用料・食費・日常生活費の100%

○ 支払方法

毎月、18日前後に前月分の請求をいたしますので、月末までにお支払ください。お支払方法は、銀行・郵便局の指定口座から自動振替、銀行振り込み、現金による窓口精算の中からご契約の際に選択できます。

○ 健康上の理由による中止

- ① 風邪、病気の際はサービスの提供をお断りすることがあります。
- ② 当日の健康チェックの結果、体調が悪い場合、サービス内容の変更または中止することがあります。その場合、ご家族に連絡の上、適切に対応します。
- ③ ご利用中に体調が悪くなった場合、サービスを中止することがあります。その場合、ご家族に連絡の上、適切に対応します。また、必要に応じて、速やかに主治医の医師または歯科医師に連絡をとる等、必要な措置を講じます。

○ 相談、要望、苦情等の窓口

通所介護〔予防通所介護〕に関する相談、要望、苦情等は、相談・苦情担当か下記のサービス相談窓口までお申し出ください。なお、当該窓口に相談しにくい場合は苦情解決第三者委員もしくは福祉サービス苦情相談窓口にご相談ください。

★サービス相談窓口

電話番号 049(247)7311 特別養護老人ホーム 八瀬の里 相談係
受付時間 月曜日から土曜日 8時30分から17時30分まで

★苦情解決責任者 岡田 哲 電話番号 049(246)8319

★苦情解決体制 第三者委員

大嶋 照伸 電話番号 049(246)8513

鈴木 照枝 電話番号 049(246)9933

★福祉サービス苦情相談窓口

川越市役所介護保険課 電話番号 049(224)8811 (代表)

埼玉県国民健康保険団体連合会 電話番号 048(824)2568

埼玉県運営適正化委員会 電話番号 048(822)1243

※個人の秘密は守られます。

※相談は無料です。

事業者

<事業者名> 社会福祉法人 芳清会
 デイサービスセンター八瀬の里
<事業所番号> 1170401762
<所在地> 埼玉県川越市大字増形164番地
<代表者名> 理事長 岡田 力 ⑩

上記内容の説明を受け、了承しました。

年 月 日 <利用者氏名> _____ ⑩

(<身元引受人> _____ ⑩)

(<身元引受人続柄> _____)

通所介護〔予防通所介護〕重要事項説明書

＜ 令和5年 4月 1日 ＞

1. 当通所介護〔予防通所介護〕が提供するサービスについての相談窓口

電話番号 049(247)7389
 (月曜～金曜 8:30から17:30まで)
 担 当 生活相談員 細田 恵実
 ※ご不明な点は、何でもお尋ねください。

2. 社会福祉法人 芳清会 デイサービスセンター 八瀬の里の概要

(1) 提供できるサービスの概要と地域

施設名称	社会福祉法人芳清会デイサービスセンター八瀬の里
所在地	埼玉県川越市大字増形164番地
法人名	社会福祉法人 芳 清 会
代表者名	理事長 岡 田 力
電話番号	049-247-7389
サービスの種類	通所介護〔予防通所介護〕
介護保険事業者番号	1170401762
サービス提供地域	川越市、狭山市、日高市、鶴ヶ島市

※上記地域以外の方でもご希望の方はご相談ください。

(2) 同施設の職員体制

	常 勤	非常勤	兼務有無	業務内容
管 理 者	1名	0名	有	サービス管理全般
生 活 相 談 員	1名	0名	無	生活上の相談等
機 能 訓 練 指 導 員	1名	0名	無	リハビリテーション
事 務 職 員	1名	0名	有	一般事務、料金請求等
看 護 師	1名	1名	有	医療、健康管理業務等
介 護 職 員	3名	2名	無	日常介護業務等
管 理 栄 養 士	1名	0名	有	食生活、栄養相談

(3) 同施設の設備概要

定 員	29名	休 養 室	1室
食堂兼機能訓練室	1室	相 談 室	1室
浴 室	一般浴槽、個別浴槽、特殊浴槽	介 護 者 教 室	1室
機 能 訓 練 室	1室	送 迎 車	3台

(4) 営業時間

月曜日～金曜日（祝祭日含む）	9：30～16：30
土曜日、日曜日	休業日
年末年始休業	12月30日～1月3日

3. サービスの利用方法

(1) サービスの利用開始

ご希望の場合、まずはお電話でお申し込みください。当施設職員がお伺いします。ご利用開始日決定後、契約を締結した後、サービス提供を開始します。

※居宅サービス計画の作成を依頼している場合は、事前に介護支援専門員とご相談ください。

(2) サービス利用の終了

① 利用者のご都合でサービスを終了する場合

サービスの終了を希望する日の2週間前までに文書でお申し出ください。当施設の都合でサービスを終了する場合、終了1ヶ月前までに文書で通知いたします。

② 自動終了

以下の場合、双方の通知がなくても、自動的にサービスを終了いたします。

- ・利用者が介護保険施設に入所した場合
- ・利用者がお亡くなりになった場合

③ その他

- ・利用者が、サービス利用料の支払期限（月末）までに支払うことがなく、料金を支払うよう催告したにもかかわらず、15日以内に支払わない場合、または利用者やご家族などが当センターや当センターの従業員に対して本契約を継続しがたいほどの背信行為を行った場合は、サービス利用契約を終了させていただきます。
- ・やむを得ない事情により、当センターを閉鎖または縮小する場合、契約を終了させていただきます。この場合、契約終了30日前までに文書で通知いたします。
- ・上記の事由により契約が終了した場合であって、利用者のやむを得ない事由によりその契約終了日の翌日以降センターを利用することとなる場合は、その利用に要する実費を請求します。

4. 料金

① 基本料金

(1) 要介護度 1～5（川越市地域加算を乗じた表示となっております）

	一日あたりの利用料金	介護保険適用時の一日あたりの自己負担額		
	7～8時間未満	1割	2割	3割
要介護度 1	6,726円	673円	1,346円	2,018円
要介護度 2	7,938円	794円	1,588円	2,382円
要介護度 3	9,201円	921円	1,841円	2,761円
要介護度 4	10,454円	1,046円	2,091円	3,137円
要介護度 5	11,728円	1,173円	2,346円	3,519円

(2) 要支援 1～2（川越市地域加算を乗じた表示となっております）

	一月あたりの利用料	介護保険適用時の一月あたりの自己負担		
		1割	2割	1割
要支援 1	17,171円	1,718円	3,435円	5,152円
要支援 2	35,205円	3,521円	7,041円	10,562円

② 通所介護加算料金

	1割	2割	3割
入浴費 介護浴 1回あたり	41円	82円	123円
個別機能訓練加算（Ⅰ）	88円	175円	262円
個別機能訓練加算（Ⅱ）	21円	41円	62円
サービス体制強化加算（Ⅲ）	7円	13円	19円
口腔機能向上加算Ⅰ	154円	308円	462円
延長加算（9時間以上10時間未満）	52円	103円	154円

③ 予防介護加算料金

	1割	2割	3割
運動器機能向上加算	231円	462円	693円
サービス体制強化加算（Ⅲ）要支援 1	25円	50円	74円
サービス体制強化加算（Ⅲ）要支援 2	50円	99円	148円
口腔機能向上加算Ⅰ	154円	308円	462円

④ 介護職員処遇改善加算（Ⅰ）上記の①から⑥に0.059%を乗じた金額

⑤ 介護職員等特定処遇改善加算（Ⅱ）上記の①から⑥に0.010%を乗じた金額

⑥ 介護職員等ベースアップ等支援加算 上記の①～⑥に0.011%を乗じた金額

⑦ 昼食費 1食あたり ※おやつ込み 700円（全額自己負担）

⑧ 日常生活費 1日あたり 200円（全額自己負担）

日常生活費は、日用生活品の整備並びに、活動内容の充実をはかるために、ご利用者、全員を対象にご負担いただきます。

内訳 ・ (入浴用品、トイレ用品、タオル類ティッシュ類等)

- ⑨ おむつ代 1日あたり 300円
- ⑩ 理美容 顔剃り 800円
 - カットのみ 1,500円
 - カット(シャンプー) 1,800円
 - 毛染めコース(カット・シャンプー込み) 5,000円
- ⑪ その他、レク材料費、行事費等、その都度いただく場合がありますのでご了承ください。

※事前に行事内容等を合わせてお知らせ致します。

※栄養相談は毎週水曜日(要予約)

5. 当施設のデイサービスの特徴等

(1) 運営の方針

- ① 「忠恕の心」、「敬愛の心」、「感謝の心」を介護の基本理念とします。
- ② 契約者が、要介護状態となった場合でも、可能な限り居宅において、自立した生活ができるよう、必要な日常生活上の世話及び個別機能訓練等の介護を行うことにより、契約者の社会的孤立感の解消及び心身の機能の維持、並びに契約者の家族の身体的及び精神的負担の軽減を図るよう援助を行います。

(2) サービスの利用のために

事 項	有無	備 考
男性介護職員の有無	有	
時間延長の可否	有	
従業員への研修実施	有	随時実施
サービスマニュアルの作成	有	業務マニュアル・事業計画書等

(3) サービス利用にあたっての留意事項

・送迎時間

予め、利用者のご要望をお聞きした上で、当事業所で決めさせていただきます。道路事情等により、送迎時間が多少前後、また変更をおねがいすることもあります。

・服装等

活動の開始及び終了時には、看護師により健康チェックを致します。食前食後の飲み薬・点眼薬及び褥瘡・皮膚病等に使用する塗布薬・ガーゼなどをご持参くだされば、可能な範囲で処置のお手伝いをします。

当通所介護〔予防通所介護〕は、医療機関ではありませんので、診断・治療・薬の処方・販売はできません。

・金銭

人の出入りの多い場所です。多額の金額・貴重品の持ちこみはご遠慮ください。

・ 食事

常食のほかに、刻み食等も対応しておりますので、お申し出ください。

・ 設備、器具の利用

利用者のための設備、器具は、ご自由にお使い下さい。

・ 喫煙

防災のため、指定した喫煙場所をお願いいたします。

・ その他

広報活動等に活動中の写真を使用する場合がありますので、不都合がある方は、予めお申し出ください。

6. 非常災害対策

・ 防災時の対応……………緊急時災害マニュアルによる

・ 防災設備 ……………自動通報システム・スプリンクラー・温度感知器
煙感知器・屋内消化栓・消火器等設置

・ 防災訓練 ……………年2回（訓練内容は消防署へ提出）

7. サービス内容に関する苦情

ご利用者様相談・苦情窓口

担 当 生活相談員 細田 恵実

8. 緊急時の対応

利用者の体調の変化等、緊急の場合は下記に定める緊急連絡先に連絡します。

緊急連絡先①	
ふりがな	
氏 名	
住 所	
電話番号	自宅 携帯
続 柄	
緊急連絡先②	
ふりがな	
氏 名	
住 所	
電話番号	自宅 携帯
続 柄	
主治医	
病院または診療所名	
医 師 名	
住 所	
電話番号	

9. 当法人の概要

- ① 名称・法人種別 社会福祉法人 芳 清 会
- ② 代表者役職・氏名 理事長 岡 田 力
- ③ 本部所在地 埼玉県川越市大字増形 1 6 4 番地
- ④ 電話番号 0 4 9 - 2 4 7 - 7 3 1 1 (代表)
- ⑤ 運営する施設 特別養護老人ホーム 八瀬の里
 ショートステイサービス 八瀬の里
 デイサービスセンター 八瀬の里
 居宅介護支援事業所 八瀬の里

令和 年 月 日

通所介護〔予防通所介護〕サービスの提供開始にあたり、契約者に対して契約書及び本書面に基づいて重要な事項を説明しました。

事業所

< 所在地 > 埼玉県川越市大字増形 1 6 4 番地
 < 名 称 > 社会福祉法人 芳 清 会
 デイサービスセンター 八瀬の里

< 説明者氏名 > _____ (印)

私は契約書及び本書面により、事業者から通所介護〔予防通所介護〕サービスについて重要事項の説明を受けました。

利用者

< 住 所 > _____

< 氏 名 > _____ (印)

身元引受人（連帯保証人）：続柄_____

< 住 所 > _____

< 氏 名 > _____ (印)

同意書

令和 年 月 日

社会福祉法人 芳清会
デイサービスセンター 八瀬の里
管理者 岡田 哲 様

利用者

< 住 所 > _____

< 氏 名 > _____ (印)

身元引受人（連帯保証人）：続柄_____

< 住 所 > _____

< 氏 名 > _____ (印)

私は、社会福祉法人 芳清会 デイサービスセンター 八瀬の里と令和 年 月 日付けで締結した「通所介護〔予防通所介護〕利用契約書」に基づく通所介護〔予防通所介護〕計画書の作成にあたり、下記の事項に同意します。

記

1. 通所介護〔予防通所介護〕計画におけるサービスの種類、内容、利用料等について
2. 居宅介護支援事業者が開くサービス担当者会議及び行政機関への提出資料・医療機関への受診時に契約者の個人情報ならびに家族の個人情報等を用いること

画像・動画に関する同意

施設内掲示に同意(する ・ しない) 広報誌の掲載に同意(する ・ しない)

※する・しないのいずれかに○を記入して下さい。

上記の契約を証するため、本書2通を作成し、利用者・事業者が署名押印のうえ、一通ずつ保有するものとします。

契約締結日 令和 年 月 日

契約者氏名

事業者

<事業者>

社会福祉法人 芳清会
デイサービスセンター 八瀬の里

<介護保険事業者番号> 1170401762

<住所> 埼玉県川越市大字増形164番地

<代表者名> 理事長 岡田 力 (印)

利用者

<住所> _____

<氏名> _____ (印)

身元引受人（連帯保証人）：続柄 _____

<住所> _____

<氏名> _____ (印)