

介護予防通所リハビリテーション利用契約書

この契約の契約期間は、令和 年 月 日から令和 年 月 日までとする。

申し入れがない場合、本契約は自動更新させていただきます。

1 契約の目的

事業者は、介護保険法等の関係法令及びこの契約書に従い、ご利用様がその有する能力に応じて可能な限り居宅で自立した日常生活を営むことが出来るよう介護予防通所リハビリテーションを提供し、ご利用様は、事業者に対する料金を支払います。

2 サービスの内容

(1) 「介護予防通所リハビリテーション」は、事業者が管理運営する特定の施設に通って、当該施設において、専門職によるリハビリテーションの実施、入浴及び食事の提供（これらに伴う介護を含む）、生活等に関する相談・助言、健康状態の確認その他ご利用様に必要な日常生活上の世話をを行うサービスです。

(2) 事業者は、次の施設にてサービスを提供します。

サービス提供 を行う施設	所在地	広島県福山市神辺町字下御領 6 8 2 番地 1		
	名 称	医療法人 慈慧会 亀川病院	電 話	(084) 966-9277

3 運営の方針

利用者の生活機能の向上を実現するため、継続的な「サービスの質の管理」を通じて、適切なリハビリテーションを提供します。利用者の社会参加を促進し、自分らしく生きがいを持って日々楽しく過ごせるようサポートし、安心と笑顔をお届けします。居宅介護支援事業所とその他の事業所等と連携を図り、総合的なサービス提供に努めます。

4 サービス提供の記録等

(1) サービス提供をした際には、サービス提供表に基づいて作成した利用状況確認表に利用日、回数を記入して、ご利用様の確認を受けます。

(2) 事業者は、要支援認定を受けた方に対し、1ヶ月毎「介護予防通所リハビリテーション計画書」「リハビリテーション・栄養・口腔に係る実施計画書」の内容に沿ってサービス提供の状況、目標達成等の状況に関する「モニタリング、報告書」その他記録を作成（完成）して居宅介護支援事業者へ報告します。

(3) 事業者は、「介護予防通所リハビリテーション記録書」や、その他の記録を2年間は適正に保管し、ご利用様の求めに応じて閲覧に供し、又は実費負担によりその写しを交付します。

5 サービス提供についてのご相談・ご要望

サービス提供の責任者（サービス・コーディネーター等）は、次のとおりです。

サービスについてご相談や不満がある場合には、どんなことでもお寄せください。

責任者： 中岡 由香利

連絡先（電話）：(084) 966-9277

6 ご利用者様負担金

- (1) ご利用者様の方にお支払いいただくご利用負担金は、重要事項説明書のとおりです。
- (2) この金額は、介護保険の法定利用料に基づく金額です（又は、介護保険の法定利用料の範囲内で当社が設定した金額です）。
- (3) 介護保険外のサービスとなる場合（サービス利用料の一部が制度上の支給限度額を超える場合を含む。）には、全額自己負担となります。（介護保険外のサービスとなる場合には、居宅サービス計画を作成する際に居宅介護支援専門員から説明のうえ、ご利用者様の同意を得ることになります。）
- (4) 翌月の１０日以降に請求書をお届けしますので、毎月２０日までに現金にてお支払いいただきますよう、よろしくお願いします。

7 ご利用者様からの契約解除

ご利用者様から直ちに契約を解除することができる事由としては、次の項目です。

- (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、守秘義務に違反した場合
- (3) 事業者が、ご利用者様又はご家族の身体・財産・名誉等を傷つけ、又は著しい不信行為を行う場合

8 事業者からの契約解除

事業者から契約を解除することができる事由としては、次の項目です

- (1) ご利用者様が、３ヶ月以上利用料を滞納し、１４日以内の期間を定めた催告後も滞納している場合
- (2) ご利用者様が、事業者へ著しい不信行為（ハラスメント等も含む）を行う場合

9 ご利用中止の連絡先

- (1) ご利用者様がサービスのご利用の中止をする際には、すみやかに次の連絡先までご連絡ください。
連絡先（電話）：（084）966－9277 亀川病院 デイケアまで
- (2) ご利用者様の都合でサービスを中止にする場合には、できるだけサービス利用の前々日までにご連絡ください。キャンセル料は不要です。
* 当日のキャンセルは8：30までにご連絡下さい。それ以降は食費の請求をいたします。

10 その他

- (1) サービス従事者に対する贈り物や飲食等のもてなしは、ご遠慮させていただきます。
- (2) 送迎車のトラブルや交通事情等でお伝えした時間にお迎えにあがれない場合があります。
なお、その場合はお電話にてお知らせ致します。ご理解くださいますようお願い致します。
- (3) 原則として指定されたご自宅までは責任を持ってお送り致しますが、その後についてはご家族で対応してください。
なお、ご利用者様のお迎えの際及びお送りした後（ご家族が不在の場合）の事故等については、責任を負いかねますので、ご了承ください。
- (4) 自傷他害などの行為がある方は来所（ご利用）をご遠慮願う場合がありますが、ご了承ください。

サービス契約に当たり上記のとおり説明します。

令和 年 月 日

(事業者) 所在地 広島県福山市神辺町字下御領682番地1

事業者名 医療法人 慈慧会 亀川病院

代表者名 亀川 禎央 (印)

上記の内容について説明を受け、同意しました。

令和 年 月 日

(ご利用者様) 住 所

氏 名 (印)

(ご家族様又は後見人)

住 所 _____

氏 名 (印)

本人との関係