

重要事項説明書

(介護予防) 通所介護
日常生活支援総合事業

1 事業所の概要

事業所名	横浜市平戸地域ケアプラザ
所在地	横浜市戸塚区平戸2-33-57
介護保険事業所番号	1471000115
管理者 連絡先	福永健 045-825-3462
サービス提供地域	戸塚区平戸町 平戸1～5丁目 保土ヶ谷区境木本町 権太坂1～3丁目 南区六ッ川2～4丁目

2 事業所の職員体制等

職種	従事するサービス種類、業務	人員
管理者	運営管理、苦情受付	1名
相談員	利用申込、訪問、相談	3名 (常勤3名)
看護師	健康管理、相談	5名 (常勤1名、非常勤4名)
介護員	心身の状態に応じた介護	14名 (常勤5名、非常勤9名)

3 サービスの提供時間及び営業時間、定員について

定員	営業日	営業時間	サービス提供時間
35名	月～土 (祝祭日含む)	9:00～17:30	9:30～16:40

(注) 日曜日、年末年始(12/29～1/3)は休業となります。

4 利用者負担金

※ 利用者負担金は、次の3種類に分かれます。具体的な金額は下記のとおりです。

- ① 介護報酬に係る利用者負担金 (費用全体の1割または2割または3割)
- ② 運営基準 (厚生省令) で定められた「その他の費用」 (全額、自己負担)
- ③ 通常のサービス提供の範囲を超える保険外の費用 (全額、自己負担)

なお、②又は③の費用が必要となる場合には、事前に詳細を説明のうえ、利用者の同意を得なければならないこととされています (疑問点等があれば、お尋ねください)。

(1) 料金表：通所介護・日常生活支援総合事業説明書の3・利用者負担金を参照

(2) その他

ア 交通費は通常のサービス提供地域（又は送迎地域）以外の地域についてのみ、
所定の交通費（実費相当）が必要となります。（おおむね5キロ以上500円）

イ 自己負担金は、次のいずれかの方法によりお支払いいただきますようお願い
します。

A 自動口座引き落とし（ご指定の金融機関の口座から月1回引き落とします。）

B 現金払い（サービス提供時に毎回又は月1回定められた日にお支払い願います）

C 銀行振り込み（期日までに利用者の方がお振り込み願います。手数料は利用
者負担となります。）

ウ 上記の利用者負担金は、「法定代理受領（現物給付）」の場合について記載し
ています。

居宅サービス計画・介護予防プランを作成しない場合などは、「償還払い」と
なります。

※ 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・介護予防ケアプランを作成する際に介護支援専門
員から説明のうえ、利用者の同意を得ることになります。）

5 サービス利用の中止

(1) 利用者がサービスの利用を中止する際には、すみやかに所定の連絡先までご連
絡ください。 連絡先（電話）：045-825-3462

(2) 利用者の都合でサービスを欠席にする場合には、遅くともサービス利用の前々日
までにご連絡ください。

6 緊急時の対応

サービス提供にあたり事故、体調の急変等が生じた場合は、事前の打ち合せに基づ
き、家族、主治医、救急機関、居宅介護支援事業者等に連絡します。

医療機関等	主治医等の氏名 連 絡 先
緊急連絡先	氏 名 (続柄： 連 絡 先

7 非常災害対策 その他

(1) 天候、災害等で送迎が困難な場合(下記の状況)は、サービスを中止いたします。

① 7：30の段階で気象予報の警報が発令されている場合

(8：00の時点でご連絡します。)

② 降雪、積雪、凍結等により送迎車運行が困難な場合

(8：00の時点でご連絡します。)

③ サービス利用中に上記①②に順じた状況が発生した場合、サービスの中止(早退)をします。

④ 事故、設備の不調によりサービス提供が困難な場合。

(2) 災害時の対応

地震、火災時はスタッフの誘導にしたがって避難してください。

8 相談窓口、苦情対応

○ サービスに関する相談や苦情については、次の窓口にご連絡願います。

お客様相談コーナー	電話番号 045-825-3462 fax番号 045-825-3464 所長(責任者) 福永 健 対応時間 9:00~17:00
-----------	--

○ 次の機関に苦情申出等ができます。

戸塚区 高齢・障害支援課	電話番号 045-866-8452 対応時間 8:45~17:00
保土ヶ谷区 高齢・障害支援課	電話番号 045-334-6394 対応時間 8:45~17:00
南区 高齢・障害支援課	電話番号 045-341-1138 対応時間 8:45~17:00
港南区 高齢・障害支援課	電話番号 045-847-8495 対応時間 8:45~17:00
神奈川県国民健康保険 団体連合会	電話番号 045-329-3447
横浜市 はまふくコール (横浜市苦情相談コール センター)	電話番号 045-263-8084

9 当法人の概要

名称・法人種別	社会福祉法人聖ヒルダ会	
代表者名	理事長 渋澤 一郎	
本社所在地	戸塚区汲沢町1060	
電話	電話045-864-5933	
業務の概要	ベタニヤ・ホーム	軽費老人ホーム
	ケアセンター ベタニヤ	介護予防・訪問介護
	デイサービス ベタニヤ	地域密着型介護予防・通所介護
	横浜市平戸地域ケアプラザ	地域活動・交流 地域包括支援センター 居宅介護支援 通所介護 生活支援体制整備事業
	戸塚区生活支援センター	自立生活アシスタント事業 指定特定相談・指定一般相談支援事業 自立生活援助事業
	聖マリア館	高齢者宿泊施設
	法人事業として	横浜市高齢者用市営住宅等生活援助員派遣事業 ベタニヤ・パーク
事業所数	3事業所	

10 第三者評価実施状況

なし

11 職員の研修

採用時研修・・・採用後6ヶ月以内

職員の資質向上を図る為、年間計画に基づいて研修を行っています。

本書面に基づき 法人職員（_____）から上記「重要事項説明書」の説明に同意し、交付を受けました。

令和 年 月 日

(利用者) 住所 _____

名前 _____ 印 _____

立会人

住所 _____

名前 _____ 印 続柄（ ） _____

(注)「立会人」欄には、本人とともに契約内容を確認し、緊急時などに利用者の立場に立って事業者との連絡調整等を行える方がいる場合に記載してください。なお、立会人は、契約上の法的な義務等を負うものではありません。

通所介護・日常生活支援総合事業契約書

横浜市平戸地域ケアプラザ

第1条（通所介護・日常生活支援総合事業の目的）

横浜市平戸地域ケアプラザ（以下「事業者」という。）は、介護保険法等の関係法令及びこの契約書に従い、利用者に対し可能な限り居宅においてその有する能力に応じて、自立した日常生活を営むことができるよう通所介護・日常生活支援総合事業サービスを提供します。

第2条（サービス内容）

事業者が利用者に対し提供するサービスは次のとおりとし、本契約書に定めるものの他、通所介護・日常生活支援総合事業説明書に定める内容に基づき、サービスを提供するものとします。

- （1）生活相談（相談援助等）
- （2）機能訓練（日常動作訓練）
- （3）介護サービス
- （4）健康状態の確認
- （5）送迎
- （6）給食
- （7）入浴

第3条（契約期間）

- 1 この契約の契約期間は、令和_____年___月___日から、利用者の要支援認定または要介護認定の有効期間満了日までとします。
- 2 上記の契約期間満了日の7日前までに利用者から更新・解約の意思表示がない場合は、契約を同一内容により自動更新されるものとします。

第4条（（介護予防）通所介護計画の作成）

- 1 事業者は、利用者の日常生活における心身の状況、意向及びその置かれている環境等を踏まえて、利用者の居宅サービス計画書、介護予防サービス計画書または介護予防サービス支援計画書（以下「介護予防ケアプラン」）に沿って必要となる（介護予防）通所介護計画を個別に作成し、これに沿って計画的にサービスを提供します。（介護予防）通所介護計画を作成した場合は、利用者に説明のうえその写しを提出します。
- 2 事業者は、利用者がサービスの内容や提供方法等の変更を希望する場合は、その変更が居宅サービス計画・介護予防ケアプランの範囲内で対応が可能なときは、速やかに（介護予防）通所介護計画の変更等の対応を行います。
- 3 事業者は、利用者が居宅サービス計画・介護予防ケアプランの変更を希望する場合は、速やかに介護支援事業者、地域包括支援センター（以下「介護支援事業者」）への連絡調整等の援助を行います。

第5条（サービス提供の記録等）

事業者は、サービスを提供した際には、利用者に対するサービス提供に関する記録を整備し、利用者へのサービス提供が終了した日から5年間保存します。また、利用者の求めに応じて閲覧に供し、実費負担によりその写しを提出します。

第6条（利用者負担金及びその滞納）

- 1 事業者が提供するサービスの利用者負担金については、関係法令に基づき、別添説明書に定めるとおりとします。ただし、契約期間中に関係法令に変更があった場合は、これに従って改訂後の金額が適用されます。
- 2 サービス内容を変更した場合は、その変更内容により利用者負担金も変更されます。
- 3 利用者が正当な理由なく事業者を支払うべき利用者負担金を2ヶ月以上滞納した場合には、事業者は1ヶ月以上の期間を定めて、期間内に滞納額の支払いがない場合は、この契約を解除する旨の催告をすることができます。
- 4 前項の催告をしたときは、事業者は、利用者の日常生活を維持する見地から、居宅サービス計画・介護予防ケアプランを作成した介護支援事業者と協議し、居宅サービス計画・介護予防ケアプランの変更、介護保険外の公的サービスの利用等について、必要な調整を行うよう要請するものとします。
- 5 事業者は、前項に定める調整の努力を行い、かつ第2項に定める期間が満了した場合には、この契約を文書により解除することができます。

第7条（利用者の解約権）

利用者は、事業者に対しいつでも1週間以上の予告期間をもって、この契約を解約することができます。

第8条（事業者の解除権）

事業者は、利用者の著しい不信行為により契約を継続することが困難となった場合は、その理由を記載した文書により、この契約を解除することができます。この場合、事業者は、居宅サービス計画・介護予防ケアプランを作成した介護支援事業者にその旨を連絡します。

第9条（契約の終了）

次のいずれかの事由が発生した場合は、この契約は終了するものとします。

- (1) 第6条第5項の条件が満たされ、事業者からの契約解除の意思表示がなされたとき。
- (2) 第7条の利用者から解約の意思表示がなされ、予告期間が満了したとき。
- (3) 第8条の条件が満たされ、事業者から契約解除の意思表示がなされたとき。
- (4) 次の理由で利用者にサービスを提供できなくなったとき。
 - ア 利用者が介護保険施設や医療施設に入所又は入院したとき。
 - イ 利用者について要介護・要支援認定が受けられなかったとき。
 - ウ 利用者が死亡。
 - エ その他、通所介護事業の継続が困難となった場合。
 - * 入院等の理由により、3ヶ月間ご利用がなかった場合は、登録を保留（長期欠席者扱い）とします。利用再開の際は利用曜日、送迎時間に変更にな

る場合があります。さらにそれ以後3ヶ月のご利用がなかった場合（最終利用日から半年間を経た場合）は、特別な事情がない限り、登録は取り下げ（利用終了）となります（再開時は新規利用扱いとなります）。

第10条（損害賠償）

- 1 事業者は、通所介護の実施にあたって利用者の生命・身体・財産に損害を与えた場合には、その損害を賠償します。ただし、事業者の責めに帰すべき事由によらない場合には、この限りではありません。
- 2 事業者は、利用者の故意又は重大な過失により損害を受けた場合は、その損害賠償を請求することができます。

第11条（秘密保持）

- 1 事業者及びその従業員は、サービスを提供する上で知り得た利用者及びその家族に関する秘密及び個人情報については、利用者又は第三者の生命、身体等に危険がある場合など正当な理由がある場合を除いて、契約中及び契約終了後、第三者に漏らすことはありません。
- 2 あらかじめ文書により利用者の同意を得た場合は、前項の規定にかかわらず、一定の条件の下で情報提供をすることができます。

第12条（身体的拘束等の禁止）

- 1 事業者はサービス提供にあたり、身体的拘束その他利用者の行動を制限する行為を行いません。ただし、利用者または他の利用者の生命または身体を保護する為、緊急やむをえない場合は、この限りではありません。
- 2 前項ただし書きの規定に基づき、身体的拘束などの行為を行った場合には、事業者は、ただちに、その日時、態様、利用者の心身の状況、緊急やむを得なかった理由、当該行為が必要と判断した職員等及び当該行為を行った職員などの氏名その他必要な事項について、サービス提供記録書等に記録します。

第13条（苦情対応）

- 1 利用者は、提供された通所介護サービスに苦情がある場合は、事業者、介護支援専門員、区役所又は国民健康保険団体連合会に対して、いつでも苦情を申し立てることができます。
- 2 事業者は、苦情対応の窓口責任者及びその連絡先を明らかにするとともに、苦情の申立て又は相談があった場合には、迅速かつ誠実に必要な対応を行います。
- 3 事業者は、利用者が苦情申立て等を行ったことを理由として何らの不利益な取扱いをすることはありません。

第14条（契約外条項など）

この契約及び介護保険法等の関係法令で決められていない事項については、介護保険法、その他関係法令の趣旨を尊重し、利用者と事業者との協議により定めます。

通所介護・日常生活支援総合事業説明書

1 サービスの内容

(1) 「通所介護・日常生活支援総合事業サービス」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、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利用者に必要な日常生活上の世話、並びに機能訓練を行うサービスです。

(2) 事業者は、次の施設及び日程によりサービスを提供します。

サービス提供 を行う施設	所在地	横浜市戸塚区平戸 2-33-57	
	名称	電話	
	横浜市平戸地域ケアプラザ	045-825-3462	

	曜日	時間帯	内容(概要)
1)	曜日	: ~ :	入浴・食事・送迎(往路)・送迎(復路)
2)	曜日	: ~ :	入浴・食事・送迎(往路)・送迎(復路)
3)	曜日	: ~ :	入浴・食事・送迎(往路)・送迎(復路)
4)	曜日	: ~ :	入浴・食事・送迎(往路)・送迎(復路)

(曜日が特定しない場合)

	利用日	時間帯	内容(概要)
1)			
2)			
3)			
4)			
5)			
6)			
7)			

2 サービス提供責任者等

サービス提供の責任者(管理者等)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。

氏名：所長 福 永 健 連絡先(電話)：045-825-3462

3 利用者負担金

利用者の方からいただく利用者負担金は、次表のとおりです。この金額は、次の3種類に分かれます。（なお、②又は③の費用が必要となる場合には、事前に詳細を説明のうえ、利用者の同意を得なければならないこととされています。）

① 通所介護の利用者負担金

<要介護：1割負担>

通所介護費(1回につき)	5時間～6時間未満		6時間～7時間未満		7時間～8時間未満	
	単位数	利用者負担額	単位数	利用者負担額	単位数	利用者負担額
(イ) 通常規模						
要介護 1	570	612	584	627	658	706
要介護 2	673	722	689	739	777	833
要介護 3	777	833	796	854	900	965
要介護 4	880	944	901	966	1,023	1,097
要介護 5	984	1,055	1,008	1,081	1,148	1,231
加算項目	単位数	利用者負担額	備 考			
(ロ) 入浴介助加算(Ⅰ)	40	43	1日につき			
(ハ) 中重度者ケア体制加算	45	49	要介護3以上の利用者の占める割合が「100分の30以上」である。1日につき。			
(ニ) 若年性認知症利用者受入加算	60	65	若年性認知症利用者に対して、個別に担当者を定め、ご利用者の特性やニーズに応じたサービス提供を行います。1日につき。			
(ホ) サービス体制強化加算(Ⅱ)	18	20	サービスを直接提供する職員中、介護福祉士の割合が50%以上配置されている場合。1日につき。			
介護職員処遇改善加算(1月につき)						
介護職員等処遇改善加算(Ⅰ)	(介護報酬総単位数×1(介護職員処遇改善加算を除く)×9.2%)×2×10.72					

※1 介護報酬総単位数＝基本サービス費＋各種加算減算

※2 1単位未満の端数四捨五入

※3 介護職員処遇改善加算の利用者負担額(1割)は、

上記額 － (上記額×0.9(1円未満切捨て))

※4 利用者負担金＝単位数(加算含む)×10.72円(地域加算)を計算した合計額の10%

※5 介護保険法及び省令等の改正により、単位数および金額が変更になることがあります。

<要介護：2割負担>

通所介護費(1回につき)	5時間～6時間未満		6時間～7時間未満		7時間～8時間未満	
	単位数	利用者負担額	単位数	利用者負担額	単位数	利用者負担額
(イ) 通常規模						
要介護 1	570	1,223	584	1,253	658	1,411
要介護 2	673	1,443	689	1,478	777	1,666
要介護 3	777	1,666	796	1,707	900	1,930
要介護 4	880	1,887	901	1,932	1,023	2,194
要介護 5	984	2,110	1,008	2,162	1,148	2,462
加算項目	単位数	利用者負担額	備 考			
(ロ) 入浴介助加算(Ⅰ)	40	86	1日につき			
(ハ) 中重度者ケア体制加算	45	97	要介護3以上の利用者の占める割合が「100分の30以上」である。1日につき。			
(ニ) 若年性認知症利用者受入加算	60	129	若年性認知症利用者に対して、個別に担当者を定め、ご利用者の特性やニーズに応じたサービス提供を行います。1日につき。			
(ホ) サービス体制強化加算(Ⅱ)	18	39	サービスを直接提供する職員中、介護福祉士の割合が50%以上配置されている場合。1日につき。			
介護職員処遇改善加算(1月につき)						
介護職員等処遇改善加算(Ⅰ) (介護報酬総単位数×1(介護職員処遇改善加算を除く)×9.2%)※2×10.72						

※1 介護報酬総単位数＝基本サービス費＋各種加算減算

※2 1単位未満の端数四捨五入

※3 介護職員処遇改善加算の利用者負担額(2割)は、

$$\text{上記額} \times 0.8 \text{ (1円未満切捨て)}$$

※4 利用者負担金＝単位数(加算含む)×10.72円(地域加算)を計算した合計額の20%

※5 介護保険法及び省令等の改正により、単位数および金額が変更になることがあります。

<要介護：3割負担>

通所介護費(1回につき)	5時間～6時間未満		6時間～7時間未満		7時間～8時間未満	
	単位数	利用者負担額	単位数	利用者負担額	単位数	利用者負担額
(イ) 通常規模						
要介護 1	570	1,834	584	1,879	658	2,117
要介護 2	673	2,165	689	2,216	777	2,499
要介護 3	777	2,499	796	2,560	900	2,895
要介護 4	880	2,831	901	2,898	1,023	3,290
要介護 5	984	3,165	1,008	3,242	1,148	3,692
加算項目	単位数	利用者負担額	備 考			
(ロ) 入浴介助加算(Ⅰ)	40	129	1日につき			
(ハ) 中重度者ケア体制加算	45	145	要介護3以上の利用者の占める割合が「100分の30以上」である。1日につき。			
(ニ) 若年性認知症利用者受入加算	60	193	若年性認知症利用者に対して、個別に担当者を定め、ご利用者の特性やニーズに応じたサービス提供を行います。1日につき。			
(ホ) サービス体制強化加算(Ⅱ)	18	58	サービスを直接提供する職員中、介護福祉士の割合が50%以上配置されている場合。1日につき。			
介護職員処遇改善加算(1月につき)						
通所型独自介護職員等処遇改善加算(Ⅰ)	(介護報酬総単位数×1(介護職員処遇改善加算を除く)×9.2%)×2×10.72					

※1 介護報酬総単位数＝基本サービス費＋各種加算減算

※2 1単位未満の端数四捨五入

※3 介護職員処遇改善加算の利用者負担額(3割)は、

上記額 － (上記額×0.7(1円未満切捨て))

※4 利用者負担金＝単位数(加算含む)×10.72円(地域加算)を計算した合計額の30%

※5 介護保険法及び省令等の改正により、単位数および金額が変更になることがあります。

<日常生活支援総合事業 要支援：1割負担>

通所型サービス費(独自)(1月につき)	単位数	利用者負担額	備 考
(イ) 通所型サービス費(独自)			
通所型独自サービス 1	1,798	1,928	要支援1(週1回程度)
通所型独自サービス/22	1,798	1,928	要支援2(週1回程度)
通所型独自サービス 2	3,621	3,882	要支援2(週2回程度)
加算項目	単位数	利用者負担額	備 考
(ロ) サービス体制強化加算(Ⅱ)			サービスを直接提供する職員中、介護福祉士の割合が50%以上配置されている場合。
通所型独自サービス提供体制加算Ⅱ1	72	78	要支援1(週1回程度)
通所型独自サービス提供体制加算Ⅱ/22	72	78	要支援2(週1回程度)
通所型独自サービス提供体制加算Ⅱ2	144	155	要支援2(週2回程度)
介護職員処遇改善加算(1月につき)			
通所型独自介護職員等処遇改善加算(Ⅰ)	(介護報酬総単位数※1(介護職員処遇改善加算を除く)×9.2%)※2×10.72		

※1 介護報酬総単位数＝基本サービス費＋各種加算減算

※2 1単位未満の端数四捨五入

※3 介護職員処遇改善加算の利用者負担額(1割)は、

上記額－(上記額×0.9(1円未満切捨て))

※4 利用者負担金＝単位数(加算含む)×10.72円(地域加算)を計算した合計額の10%

※5 介護保険法及び省令等の改正により、単位数および金額が変更になることがあります。

<日常生活支援総合事業 要支援：2割負担>

通所型サービス費(独自)(1月につき)	単位数	利用者負担額	備 考
(イ) 通所型サービス費(独自)			
通所型独自サービス 1	1,798	3,855	要支援1(週1回程度)
通所型独自サービス/22	1,798	3,855	要支援2(週1回程度)
通所型独自サービス 2	3,621	7,764	要支援2(週2回程度)
加算項目	単位数	利用者負担額	備 考
(ロ) サービス体制強化加算(Ⅱ)			サービスを直接提供する職員中、介護福祉士の割合が50%以上配置されている場合。
通所型独自サービス提供体制加算Ⅱ1	72	155	要支援1(週1回程度)
通所型独自サービス提供体制加算Ⅱ/22	72	155	要支援2(週1回程度)
通所型独自サービス提供体制加算Ⅱ2	144	309	要支援2(週2回程度)
介護職員処遇改善加算(1月につき)			
通所型独自介護職員等処遇改善加算(Ⅰ)	(介護報酬総単位数※1(介護職員処遇改善加算を除く)×9.2%)※2×10.72		

※1 介護報酬総単位数＝基本サービス費＋各種加算減算

※2 1単位未満の端数四捨五入

※3 介護職員処遇改善加算の利用者負担額(2割)は、

$$\text{上記額} - (\text{上記額} \times 0.8 \text{ (1円未満切捨て)})$$

※4 利用者負担金＝単位数(加算含む)×10.72円(地域加算)を計算した合計額の20%

※5 介護保険法及び省令等の改正により、単位数および金額が変更になることがあります。

<日常生活支援総合事業 要支援：3割負担>

通所型サービス費(独自)(1月につき)	単位数	利用者負担額	備 考
(イ) 通所型サービス費(独自)			
通所型独自サービス 1	1,798	5,783	要支援1(週1回程度)
通所型独自サービス/22	1,798	5,783	要支援2(週1回程度)
通所型独自サービス 2	3,621	11,646	要支援2(週2回程度)
加算項目	単位数	利用者負担額	備 考
(ロ) サービス体制強化加算(Ⅱ)			サービスを直接提供する職員中、介護福祉士の割合が50%以上配置されている場合。
通所型独自サービス提供体制加算Ⅱ1	72	232	要支援1(週1回程度)
通所型独自サービス提供体制加算Ⅱ/22	72	232	要支援2(週1回程度)
通所型独自サービス提供体制加算Ⅱ2	144	464	要支援2(週2回程度)
介護職員処遇改善加算(1月につき)			
通所型独自介護職員等処遇改善加算(Ⅰ)	(介護報酬総単位数※1(介護職員処遇改善加算を除く)×9.2%)※2×10.72		

※1 介護報酬総単位数＝基本サービス費＋各種加算減算

※2 1単位未満の端数四捨五入

※3 介護職員処遇改善加算の利用者負担額(3割)は、
 上記額－(上記額×0.7(1円未満切捨て))

※4 利用者負担金＝単位数(加算含む)×10.72円(地域加算)を計算した合計額の30%

※5 介護保険法及び省令等の改正により、単位数および金額が変更になることがあります。

② 運営基準（厚生省令）で定められた「その他の費用」（全額、自己負担）

区 分	金 額 (単 位)	内 容 の 説 明
1)食 費	1日 800円	おやつ代(100円)含む
2)おむつ代	パンツ型おむつ(1枚) 150円 フラット型おむつ(1枚) 150円	利用者の希望によって提供した場合
3)日用品費	日用品全般→実費	利用者の希望によって提供した場合
4)交通費	事業所から片道おおむね5キロ未 満 無料 事業所から片道おおむね5キロ以 上 500円	

③ 通常のサービス提供の範囲を超える保険外の費用（全額、自己負担）【例】

区 分	金 額 (単 位)	内 容 の 説 明
行事代	実費	利用者の希望によって参加した場合

(注) ③は、①及び②で定められている内容以外のサービス提供を受けた場合又は制度上の支給限度額を超えてサービス提供を受けた場合に要する費用です。

- (2) 利用者負担金は、サービスを提供した翌々月の27日に、ご指定の金融機関の口座から引き落としとなりますので、よろしくお願ひします。

4 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) 利用者間による、デイサービス利用中の物品・食品のやり取りは禁止とさせていただきます。

利用者及び事業者は、本契約書及び説明書について、双方ともに確認し、合意のうえ通所介護の契約を締結しますので、契約が成立したことを証するため、各自記名押印の上、各自その1通を保有することとします。

本書面に基づき 法人職員（_____）から上記「通所介護・日常生活支援総合事業契約書」「通所介護・日常生活支援総合事業説明書」の説明を受けサービス提供開始に同意いたします。

令和 年 月 日

(利用者) 住所 _____

名前 _____ 印 _____

上記代理人（代理人を選任した場合）

住所 _____

名前 _____ 印 _____

立会人

住所 _____

名前 _____ 印 _____

(注)「立会人」欄には、本人とともに契約内容を確認し、緊急時などに利用者の立場に立って事業者との連絡調整等を行える方がいる場合に記載してください。なお、立会人は、契約上の法的な義務等を負うものではありません。

(事業者) 横浜市戸塚区平戸2-33-57

社会福祉法人聖ヒルダ会
横浜市平戸地域ケアプラザ
理事長 渋澤 一郎

個人情報使用同意書

(介護予防) 通所介護
日常生活支援総合事業

私（利用者及びその家族）の個人情報については、次に記載するところにより必要最小限の範囲内で使用することに同意します。

記

1 使用する目的

利用者のための介護予防・通所介護計画の作成（変更）及び、円滑なサービス提供のために実施されるサービス担当者会議、介護支援専門員や事業者及び関係機関との連絡調整等において必要な場合。

2 使用する事業者の範囲

指定介護（予防）サービス事業者及び介護保険外サービス事業者の担当者、及び主治医や医療機関の担当者、並びにご利用するにあたって協力が必要な地域の行政機関や民生委員などの関係機関（団体）の担当者（ご利用に際し協力が必要な関係者に限る）。

3 使用する期間

（介護予防）通所介護・日常生活支援総合事業契約書に定める期間

4 条件

- (1) 個人情報の提供は必要最低限とし、提供にあたっては関係者以外の者に漏れることのないよう細心の注意を払うこと。
- (2) 緊急を要すると判断した場合は、必要最低限の個人情報を上記以外の者に提供することもある。その場合は、相手方に対して、関係者以外の者に漏れることのないよう厳重に注意を促すとともに、速やかに、利用者（ご家族等）に対して報告すること。
- (3) 個人情報を使用した会議、相手方、内容等の経過を記録しておくこと。

令和 年 月 日

通所介護 横浜市平戸地域ケアプラザ 様

（及び上記2に該当する関係者 様）

(利用者) 住所 _____

名前 _____ 印 _____

(利用者の家族) 住所 _____

名前 _____ 印 _____