

**介護予防・日常生活支援総合事業**  
**第1号訪問事業（介護予防訪問介護相当）契約書別紙（兼重要事項説明書）①**

あなた（利用者）に対するサービスの提供開始にあたり、当事業者があなたに説明すべき重要事項は、次のとおりです。

**1. 事業者（法人）の概要**

事業者（法人）の名称	合同会社ORIGIN
主たる事務所の所在地	〒580-0032 松原市天美東7丁目4番3号
代表者（職名・氏名）	代表社員 河上 俊之
設立年月日	令和元年6月28日
電話番号	072-247-4691

**2. ご利用事業所の概要**

ご利用事業所の名称	いろ葉ヘルパーステーション	
サービスの種類	第1号訪問事業（介護予防訪問介護相当）	
事業所の所在地	〒580-0032 松原市天美東7丁目4番3号	
電話番号	072-247-4691	
指定年月日・事業所番号	令和元年10月1日指定	2774802322
管理者の氏名	瀬川 眞澄	
通常の事業の実施地域	松原市全域	

**3. 事業の目的と運営の方針**

事業の目的	要支援者及び事業対象者が、その有する能力に応じ、可能な限り居宅において自立した日常生活を営むことができるよう、生活の質の確保及び向上を図るとともに、安心して日常生活を過ごすことができるよう、介護予防サービスを提供することを目的とします。
運営の方針	事業者は、利用者の心身の状況や家庭環境等を踏まえ、介護保険法その他関係法令及びこの契約の定めに基づき、関係する市町村や事業者、地域の保健・医療・福祉サービス等と綿密な連携を図りながら、利用者の要支援状態の軽減や悪化の防止、もしくは要介護状態となることの予防のため、適切なサービスの提供に努めます。

**4. 提供するサービスの内容**

第1号訪問事業（介護予防訪問介護相当）は、訪問介護員等が利用者のお宅を訪問し、入浴、排せつや食事等の介助、調理、洗濯や掃除等の家事など、日常生活上の世話をを行うサービスです。

具体的には、サービスの内容により、以下の区分に分けられます。

身体介護	利用者の身体に直接接触して行う介助や日常生活を営むのに必要な機能を高めるための介助や専門的な援助を行います。 例) 起床介助、就寝介助、排泄介助、身体整容、食事介助、更衣介助、清拭(せいしき)、入浴介助、体位交換、服薬介助、通院・外出介助など
生活援助	家事を行うことが困難な利用者に対して、家事の援助を行います。 例) 調理、洗濯、掃除、買い物、薬の受取り、衣服の整理など

## 5. 営業日時

営業日	月曜日から金曜日まで ただし、年末年始（12月31日から1月3日）を除きます。
営業時間	午前9時00分から午後5時30分まで

## 6. 事業所の職員体制

従業者の職種	勤務の形態・人数
サービス提供責任者	1名以上
訪問介護員	2.5名以上
介護福祉士	1名以上
事務職員	0名

## 7. サービス提供の責任者

あなたへのサービス提供の責任者及び管理責任者（管理者）は下記のとおりです。  
サービス利用にあたって、ご不明な点やご要望などありましたら、何でもお申し出ください。

サービス提供責任者の氏名	
管理責任者の氏名	瀬川 眞澄

## 8. 利用料

あなたがサービスを利用した場合の「基本利用料」はお支払が必要です。あなたからお支払いいただく「利用者負担金」は、**原則として負担割合証に応じた額**です。ただし、介護保険の支給限度額を超えてサービスを利用する場合、超えた額の全額をご負担いただきます。

### (1) キャンセル料

利用予定日の直前にサービス提供をキャンセルした場合は、以下のとおりキャンセル料をいただきます。ただし、あなたの体調や容体の急変など、やむを得ない事情がある場合は、キャンセル料は不要とします。また、介護予防訪問介護相当サービスは、利用料が月単位の定額のため、キャンセル料は不要とします。

キャンセルの時期	キャンセル料
----------	--------

利用予定日の前日	キャンセル料は不要です
利用予定日の当日	900円

## (2) 支払い方法

利用料（利用者負担分の金額）は、1ヶ月ごとにまとめて請求しますので、次のいずれかの方法によりお支払いください。

なお、利用者負担金の受領に関わる領収書等については、利用者負担金の支払いを受けた後に差し上げます。

支払い方法	支払い要件等
口座引き落とし	サービスを利用した月の翌月の26日（祝休日の場合は直後の平日）に、あなたが指定する下記の口座より引き落とします。 ゆうちょ銀行 ご指定口座
銀行振り込み	サービスを利用した月の翌月の末日（祝休日の場合は直前の平日）までに、事業者が指定する下記の口座にお振り込みください。 ゆうちょ銀行 408 普通預金 6914977
現金払い	サービスを利用した月の翌月の末日（休業日の場合は直前の営業日）までに、現金でお支払いください。

## 9. 緊急時における対応方法

サービス提供中に利用者の体調や容体の急変、その他の緊急事態が生じたときは、速やかに下記の主治医及び家族等へ連絡を行う等、必要な措置を講じます。

利用者の主治医	医療機関の名称 氏名 所在地 電話番号	
緊急連絡先 (家族等)	氏名（利用者との続柄） 電話番号	

## 10. 事故発生時の対応

サービスの提供により事故が発生した場合は、速やかに利用者の家族、担当の地域包括支援センター及び松原市等へ連絡を行うとともに、必要な措置を講じます。

### 11. 苦情相談窓口

(1) サービス提供に関する苦情や相談は、当事業所下記の窓口でお受けします。

事業所相談窓口	電話番号 072-247-4691 面接場所 当事業所の相談室
---------	------------------------------------

(2) サービス提供に関する苦情や相談は、下記の機関にも申し立てることができます。

苦情受付機関	松原市健康部高齢介護課	電話番号 072-337-3131
	大阪府国民健康保険団体連合会	電話番号 06-6949-5418

### 12. サービスの利用にあたっての留意事項

サービスのご利用にあたってご留意いただきたいことは、以下のとおりです。

(1) サービス提供の際、訪問介護員等は以下の業務を行うことができませんので、あらかじめご了解ください。

- ① 医療行為及び医療補助行為
- ② 各種支払いや年金等の管理、金銭の貸借など、金銭に関する取扱い
- ③ 他の家族の方に対する食事の準備 など

(2) 訪問介護員等に対し、贈り物や飲食物の提供などはお断りいたします。

(3) 体調や容体の急変などによりサービスを利用できなくなったときは、できる限り早めに担当の地域包括支援センター又は当事業所の担当者へご連絡ください。

令和 年 月 日

事業者は、利用者へのサービス提供開始にあたり、上記のとおり重要事項を説明しました。

事業者 所在地 松原市天美東7丁目4-3

事業者(法人)名 合同会社ORIGIN

いろ葉ヘルパーステーション

代表者職・氏名 代表社員 河上 俊之 印

説明者職・氏名 印

私は、事業者より上記の重要事項について説明を受け、同意しました。

また、この文書が契約書の別紙(一部)となることについても同意します。

利用者	住所	
	氏名	印
TEL 自宅		
TEL 携帯		

代筆者 (又は法定代理人)	住所	
	氏名	印
	続柄	
TEL 自宅		
TEL 携帯		

(代筆の理由 )