

# 社会福祉法人函館幸成会 居宅サービス利用契約書

事業者：  I デイサービスセンターこうせいえん  
 II 短期入所生活介護事業所幸成園

## 第1条（サービスの目的及び内容）

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、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、次の介護保険給付の対象となるサービスを提供します。

- |   |              |              |
|---|--------------|--------------|
| <input type="checkbox"/> ①通所介護                | } サービス内容：別紙1 |              |
| <input type="checkbox"/> ②第1号通所事業（国基準通所型サービス） |              |              |
| <input type="checkbox"/> ③短期入所生活介護            |              | } サービス内容：別紙2 |
| <input type="checkbox"/> ④介護予防短期入所生活介護        |              |              |

上記サービスのうち、□内がチェックされたサービスを提供します。

- それぞれのサービス内容の詳細は、カッコ内の別紙に記載のとおりです。
- 提供するサービスの種類又は内容を変更する場合には、付属の「契約変更欄」に必要事項を記載し、記名押印するとともに、変更内容に係る別紙を追加して添付します。

## 第2条（契約期間）

この契約の有効期間は、契約日から、契約日時点における利用者の要介護（支援）及び事業対象者認定有効期間満了日までとします。但し、利用者の契約時の要介護（支援）及び事業対象者認定有効期間の満了日が、契約期間の満了日より前に到来し、要介護（支援）及び事業対象者認定が更新される場合は、更新後の要介護（支援）及び事業対象者認定有効期間の満了日をもって本契約期間の満了日とします。

- 前項の契約満了日の7日前までに利用者から解約の申し出がない場合、この契約はさらに6ヶ月間同一の内容で更新されます。更新後の契約についても、前項の但書が適用されます。

## 第3条（個別サービス計画等）

事業者は、利用者の日常生活の状況及びその意向を踏まえて、利用者の居宅サービス計画又は介護予防サービス計画（ケアプラン）に沿って、必要となるサービス種類ごとに「個別サービス計画」を作成し、これに従って計画的にサービスを提供します。個別サービス計画を作成した場合は、利用者に説明のうえ提出します。

- 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で、その変更が居宅サービス計画又は介護予防サービス計画（ケアプラン）の範囲内で可能なときは、速やかに個別サービス計画の変更等の対応を行います。
- 事業者は、利用者が居宅サービス計画又は介護予防サービス計画（ケアプラン）の変更を希望する場合は、速やかに居宅介護支援事業者又は地域包括支援センターへの連絡調整等の援助を行います。

## 第4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、あらかじめ定めた「サービス提供記録書」等の書面に、提供したサービス内容等の必要事項を記入し、利用者の確認を受けることとします。

- 事業者は、一定期間ごとに、目標達成の状況等を記載して前項のサービス提供記録書等の記録を作成して、利用者に説明のうえ提出します。
- 事業者は、サービス提供記録書等の記録を作成した後5年間はこれを適正に保存し、利用者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。

## 第5条（利用者負担金及びその滞納）

サービスに対する利用者負担金は、サービスごとに別紙に記載するとおりとします。なお、利用者負担金は関係法令に基づいて定められるため、契約期間中に関係法令が改定された場合には、改定後の金額を適用するものとします。

- 2 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3ヶ月分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、期間満了までに利用料を支払わない場合には契約を解除する旨の催告をすることができます。
- 3 前項の催告をしたときは、事業者は、居宅サービス計画又は介護予防サービス計画（ケアプラン）を作成した居宅介護支援事業者又は地域包括支援センターと協議し、利用者の日常生活を維持する見地から、居宅サービス計画又は介護予防サービス計画の変更、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。
- 4 事業者は、前項に定める協議等の努力を行い、かつ第2項に定める期間が満了した場合には、文書によりこの契約を解除することができます。

#### 第6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7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、居宅サービス計画又は介護予防サービス計画（ケアプラン）を作成した居宅介護支援事業者又は地域包括支援センターにその旨を連絡します。

#### 第8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2条の規定により事前に更新の合意がなされないまま契約の有効期間が満了したとき
- (2) 第5条の規定により事業者から解除の意思表示がなされたとき
- (3) 第6条の規定により利用者から解約の意思表示がなされ、かつ予告期間が満了したとき
- (4) 第7条の規定により事業者から契約解除の意思表示がなされたとき
- (5) 次の理由により利用者にサービスを提供できなくなったとき
  - ① 利用者が介護保険施設や医療施設に入所又は入院したこと
  - ② 利用者が要介護認定を受けられなかったこと
  - ③ 利用者が死亡したこと

#### 第9条（損害賠償）

事業者は、サービスの提供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。但し、自ら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。

#### 第10条（秘密保持）

事業者は、業務上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、一定の条件の下で個人情報を利用できるものとします。

#### 第11条（苦情対応）

利用者は提供されたサービスに苦情がある場合には、事業者、介護支援専門員、市町村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、迅速かつ誠実に対応します。なお、この契約における苦情対応の担当者は次のとおりです。

① 担当者 不京真一

② 連絡先 〒041-0801 北海道函館市桔梗町4-3-5番地2-8

TEL 0138(47)1113 / FAX 0138(47)1114 / E-MAIL kouseien@cocoa.ocn.ne.jp

社会福祉法人函館幸成会 本部事務所 内

3 市町村及び国民健康保険団体連合会の苦情対応窓口は次のとおりです。

(1)市町村苦情対応窓口

- ①機関名 函館市保健福祉部高齢福祉課
- ②連絡先 〒040-8666 北海道函館市東雲町4番13号  
TEL 0138(21)3025 / FAX 0138(26)5936

(2)国民健康保険団体連合会苦情対応窓口

- ①機関名 北海道国民健康保険団体連合会
- ②連絡先 〒060-0062 北海道札幌市中央区南2条西14丁目  
TEL 011(231)5175 / FAX 011(233)2178

4 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12条（契約外条項等）

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

2 この契約書は、介護保険法に基づくサービスを対象としたものですので、利用者がそれ以外のサービスを希望する場合には、別途契約するものとします。

上記のとおり、居宅サービスの契約を締結します。

令和 年 月 日

利用者 住所 \_\_\_\_\_  
氏名 \_\_\_\_\_ 印  
電話 \_\_\_\_\_

代筆者（続柄 \_\_\_\_\_）  
住所 \_\_\_\_\_  
氏名 \_\_\_\_\_ 印

〔 上記代理人（代理人を選任した場合）  
住所 \_\_\_\_\_  
氏名 \_\_\_\_\_ 印 〕

（注）「代筆者」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、代筆者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）  
該当にチェック  所在地 函館市桔梗町435番地28  
事業者名 デイサービスセンターこうせいえん  
代表者名 施設長 廣正賢治

所在地 函館市桔梗町435番地28  
事業者名 短期入所生活介護事業所幸成園  
代表者名 施設長 廣正賢治

（注）事業者該当にチェックがないものは無効です。

私は居宅介護サービス計画又は介護予防サービス計画作成者として、この契約の内容がこれに沿った内容であることを確認しました。

令和 年 月 日  
(確認者) 所在地 \_\_\_\_\_  
事業者名 \_\_\_\_\_  
職氏名 \_\_\_\_\_ 印

【契約書付属】

## 契約変更合意欄

【第 回変更・更新】

本件契約の内容を次のとおり変更します。

変更の内容：

別紙の扱い：

令和 年 月 日

(利用者) 住所 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_ (印)

(代筆者 (続柄 \_\_\_\_\_)) (該当する場合)

住所 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_ (印)

(事業者) 所在地 函館市桔梗町435番地28

事業者名 \_\_\_\_\_

代表者名 \_\_\_\_\_ (印)

【別紙 1】

通所介護及び第 1 号通所事業（国基準通所型サービス）サービス説明書

1 サービスの内容

- (1) 通所介護サービス及び第 1 号通所事業（国基準通所型サービス）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 函館市桔梗町 4 3 5 番地 2 8  
 電話 0 1 3 8 - 3 4 - 2 5 5 5  
 名称 デイサービスセンターこうせいえん  
 \*サービス提供日程  
 毎週 ・ ・ ・ ・ 曜日 時 分～ 時 分  
 その他
- (3) サービス提供にあたっては、別に作成する「通所介護計画書」又は「第 1 号通所事業計画書」に沿って計画的に提供します。
- (4) 前項の通所介護計画書又は第 1 号通所事業計画書は利用者もしくは利用者が別に契約する居宅介護支援事業者又は地域包括支援センターが作成する居宅サービス計画又は介護予防サービス計画（ケアプラン）に基づき作成するものとし、契約書第 2 条による契約期間をもって有効とし、契約が更新された場合は新たな居宅サービス計画又は介護予防サービス計画（ケアプラン）に基づき通所介護計画書又は第 1 号通所事業計画書を作成します。なお、契約更新後の居宅サービス計画又は介護予防サービス計画（ケアプラン）に特段の変更がなく、利用者の希望にも特段の変更がない場合、従前の通所介護計画又は介護予防サービス計画を次期契約期間終了日まで有効とし、以後も同様とします。

2 サービス提供の記録等

- (1) サービス提供をした際には、あらかじめ定めた通所介護記録書又は第 1 号通所事業計画書等の書面に必要事項を記入して、利用者の確認を受けます。
- (2) 事業者は、一定期間ごとに通所介護計画書又は第 1 号通所事業計画書の内容に沿って、サービス提供の状況、目標達成等の状況等に関する通所介護記録書その他の記録を作成して、利用者へ説明のうえ交付します。
- (3) 前項の通所介護記録書の利用者への交付については、利用者の希望によるものとし、交付希望の有無を本契約書添付の重要事項説明書確認欄に記載するものとし、
- (4) 事業者は、通所介護記録書又は第 1 号通所事業計画記録書その他の記録を作成完了後 2 年間は適正に保管し、利用者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。

3 サービス提供責任者等

サービス提供の責任者は、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 廣正 勇人 / 連絡先 (事業所) 電話 0 1 3 8 - 3 4 - 2 5 5 5

4 利用者負担金

- (1) 利用者の方からいただく利用者負担金は、次のとおりです。

・通所介護			
ご利用 1 回につき	(法定利用料)		円
〃	(食費)	600円	円
	合計		円
・1号通所事業（国基準通所型サービス）			
ご利用 1 月につき	(法定利用料)		円
〃	(食費) 600円 ×	回 =	円
	合計		円

- (2) 法定利用料の金額は、介護保険の法定利用料に基づく金額です。
- (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、利用者の同意を得ることになります。）
- (4) 利用者負担金は、ご利用月の翌月 10 日までに、前月のご利用回数に本条第 1 項の金額を乗じて得た額を記載した請求書を発行させていただきますので、請求内容をご確認の上、請求書到達の翌月 10 日までに現金又は指定の金融機関口座へお振り込みにてお支払いいただきます。

- (5) 本条第1項の法定負担金は厚生労働大臣が定める法定費用の1割または2割の額となっており、利用者の方の介護度等により決定されます。契約書第2条により本契約が更新され、利用者の方の介護度等に変更が生じた場合は、変更後の介護度に該当する法定費用の1割または2割の額に変更されます。また、厚生労働大臣が定める法定費用の額が変更された場合も、変更後の法定費用の1割または2割の額に変更されるものとします。

## 5 キャンセル

- (1) 利用者がサービス利用を中止する際には、すみやかに次の連絡先までご連絡ください。  
連絡先（電話）0138-34-2555
- (2) 利用者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。前日又は当日のキャンセルは、次のキャンセル料を申し受ける場合もありますので、ご了承ください（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は、キャンセル料は不要です）。
- (3) キャンセル料は、利用者負担の支払いに合わせてお支払いいただきます。  
①サービス利用日の前々日まで 無料  
②サービス利用日の前日まで 利用者負担金の50%  
③サービス利用日の当日 利用者負担金の100%

## 6 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。

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 函館市桔梗町435番地28  
事業者名 デイサービスセンターこうせいえん  
代表者名 施設長 廣 正 賢 治



【別紙2】

短期入所生活介護及び介護予防短期入所生活介護サービス説明書

1 サービスの内容

- (1) 短期入所生活介護サービス及び介護予防短期入所生活介護サービスは、事業者が管理運営する特定の施設において、当該施設において入浴、排泄及び食事の提供（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 函館市桔梗町435番地28  
 電話 0138-47-1113  
 名称 短期入所生活介護事業所幸成園（特別養護老人ホーム幸成園内）  
 \*サービス提供日程  
 利用者との契約期間内で、かつ、当該施設の利用ベットが空いている期間で、利用者の希望する期間。（但し、利用者の要介護度別の利用回数限度内）
- (3) 当該施設の利用申し込みは、電話にて受付しております。また、空き状況等の問い合わせにつきましては随時対応します。
- (4) サービス提供にあたっては、別に作成する「短期入所生活介護計画書」又は「介護予防短期入所生活介護計画書」に沿って計画的に提供します。

2 サービス提供の記録等

- (1) サービス提供をした際には、あらかじめ定めた短期入所生活介護記録書又は介護予防短期入所生活介護計画等の書面に必要事項を記入して、利用者の確認を受けます。
- (2) 事業者は、一定期間ごとに短期入所生活介護計画書又は介護予防短期入所生活介護計画の内容に沿ってサービス提供の状況、目標達成等の状況等に関する短期入所生活介護記録書その他の記録を作成して、利用者に説明のうえ交付します。
- (3) 事業者は、短期入所生活介護記録書又は介護予防短期入所生活介護記録書その他の記録を作成完了後2年間は適正に保管し、利用者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。

3 サービス提供責任者等

サービス提供の責任者は、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 藪竜一 / 連絡先（事業所）電話 0138-47-1113

4 利用者負担金

- (1) 利用者の方からいただく利用者負担金は、次のとおりです。

①滞在費。但し、利用者が使用する居室別に、厚生労働大臣が定める利用者別の負担限度額をその上限とします。（負担限度額第4段階の利用者を除く。）

居室区分及び負担限度額別滞在費(日額)

区 分	負 担 限 度 額			
	第1段階	第2段階	第3段階	第4段階
ユニット型個室	820円	820円	1,310円	2,006円
従来型個室	320円	420円	820円	1,171円
多床室(相部屋)	0円	370円	370円	855円

②食費。但し、厚生労働大臣が定める利用者別の負担限度額をその上限とします。

1)食費額 朝食330円 / 昼食440円 / 夕食610円 (各1食)

2)負担限度額別食費(日額)

区分	負 担 限 度 額			
	第1段階	第2段階	第3段階	第4段階
食 費	300円	600円	① 1,000円	1,445円
			② 1,300円	

・短期入所生活介護 ※食費は提供内容により記載額以下となる場合があります。

ご利用1回につき (法定利用料)	円
〃 (滞 在 費)	円
〃 (食 費)	円 (※負担段階別日額上限)
合 計	円

・介護予防短期入所生活介護 ※食費は提供内容により記載額以下となる場合があります。

ご利用1回につき (法定利用料)	円
〃 (滞 在 費)	円
〃 (食 費)	円 (※負担段階別日額上限)

合 計 円

- (2) 法定利用料の金額は、介護保険の法定利用料に基づく金額です。
- (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、利用者の同意を得ることになります。）
- (4) 利用者負担金は、ご利用月の翌月10日までに、前月のご利用回数に本条第1項の金額を乗じて得た額と送迎を実施した場合の法定費用の合計額を記載した請求書を発行させていただきますので、請求内容をご確認の上、請求書到達の翌月10日までに現金又は指定の金融機関口座へお振り込みにてお支払いいただきます。
- (5) 本条第1項の法定負担金は厚生労働大臣が定める法定費用の1割の額となっており、利用者の方の介護度により決定されます。契約書第2条により本契約が更新され、利用者の方の介護度に変更が生じた場合は、変更後の介護度に該当する法定費用の1割の額に変更されます。また、厚生労働大臣が定める法定費用の額が変更された場合も、変更後の法定費用の1割の額に変更されるものとします。

5 キャンセル

- (1) 利用者がサービス利用を中止する際には、すみやかに次の連絡先までご連絡ください。  
連絡先（電話）0138-47-1113
- (2) 利用者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。前日又は当日のキャンセルは、次のキャンセル料を申し受ける場合もありますので、ご了承ください（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は、キャンセル料は不要です）。
- (3) キャンセル料は利用申込期間分の利用者負担の支払いに合わせてお支払いいただきます。
  - ① サービス利用日の前々日まで 無料
  - ② サービス利用日の前日まで 利用者負担金の50%
  - ③ サービス利用日の当日 利用者負担金の100%

6 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。

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 函館市桔梗町435番地28  
事業者名 短期入所生活介護事業所幸成園  
代表者名 施設長 廣正賢治





# 重要事項説明書（居宅サービス共通）

## 1 事業所の概要

事業所名	I デイサービスセンターこうせいえん II 短期入所生活介護事業所幸成園		
所在地	函館市桔梗町435番地28		
提供可能サービス及び介護保険事業所番号	①通所介護 ②1号通所事業（国基準通所型サービス） ③短期入所生活介護 ④介護予防短期入所生活介護		0171400021号
管理者及び連絡先	事業所種類	氏名	連絡先
	I デイサービスセンターこうせいえん	廣正賢治	0138-34-2555
	II 短期入所生活介護事業所幸成園	"	0138-47-1113
サービス提供地域	I デイサービスセンターこうせいえん II 短期入所生活介護事業所幸成園	函館市(旧戸井町、旧恵山町、旧榎法華村、旧南茅部町を除く)及び七飯町	

## 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	I デイサービスセンターこうせいえん II 短期入所生活介護事業所幸成園	1名
介護支援専門員	I デイサービスセンターこうせいえん II 短期入所生活介護事業所幸成園	0名 2名（常勤2名）
サービス提供責任者	I デイサービスセンターこうせいえん II 短期入所生活介護事業所幸成園	1名 1名
サービス担当職員	I デイサービスセンターこうせいえん II 短期入所生活介護事業所幸成園	14名（常勤8名、非常勤6名） 69名（常勤65名、非常勤4名）
事務担当職員	I デイサービスセンターこうせいえん II 短期入所生活介護事業所幸成園	3名（常勤3名）
サービス提供者	看護師	2名（非常勤2名） 7名（常勤7名）
	介護福祉士	11名（常勤7名、非常勤4名） 43名（常勤41名、非常勤2名）
	ホームヘルパー1級	1名（非常勤1名）
	II 短期入所生活介護事業所幸成園	2名（常勤2名）
	ホームヘルパー2級	2名（常勤1名、非常勤1名）
	II 短期入所生活介護事業所幸成園	20名（常勤20名）

## 3 営業時間

サービス種類	平 日	土、日祝祭日
I デイサービスセンターこうせいえん	9:30~15:00	休 業
II 短期入所生活介護事業所幸成園	通年・24時間営業 但し、利用開始、終了時間は8:30~17:00を原則とします。	

（注）年末年始（12/31~1/3）は「土、日祝祭日」の扱いとなります。

## 4 サービス利用料及び利用者負担

- (1) 通所介護
- |                 |      |
|-----------------|------|
| ご利用1回につき（法定利用料） | 円    |
| "（食費）           | 600円 |
| 合 計             | 円    |
- (2) 1号通所事業（国基準通所型サービス）
- |                 |   |
|-----------------|---|
| ご利用1月につき（法定利用料） | 円 |
| "（食費）600円× 回 =  | 円 |
| 合 計             | 円 |
- (3) 短期入所生活介護 ※食費は提供内容により記載額以下となる場合があります。
- |                 |               |
|-----------------|---------------|
| ご利用1回につき（法定利用料） | 円             |
| "（滞在費）          | 円             |
| "（食費）           | 円（※負担段階別日額上限） |
| 合 計             | 円             |
- (4) 介護予防短期入所生活介護 ※食費は提供内容により記載額以下となる場合があります。
- |                 |               |
|-----------------|---------------|
| ご利用1回につき（法定利用料） | 円             |
| "（滞在費）          | 円             |
| "（食費）           | 円（※負担段階別日額上限） |
| 合 計             | 円             |

- (5) 通所介護及び短期入所生活介護又は1号通所事業（国基準通所型サービス）及び介護予防短期入所生活介護事業の提供において提供される便宜のうち、日常生活においても通常必要となるものに係る費用で、利用者より徴収することが適当と認められる費用
- (6) その他
- ① サービスに対する利用者負担金は、サービスごとに別紙に記載するとおりとします。
  - ② 上記の利用者負担金（法定利用料）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。  
居宅サービス計画を作成しない場合など「償還払い」となる場合には、いったん利用者が利用料（10割）を支払い、その後市町村に対して保険給付分（9割または8割）を請求することになります。
- ※ 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、居宅サービス計画を作成する際に居宅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 キャンセル

- (1) 利用者がサービスの利用の中止をする際には、すみやかに所定の連絡先までご連絡ください。  
全体窓口（連絡先）（電話）：0138-47-1113
- (2) 利用者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。前日又は当日のキャンセルは、所定のキャンセル料を申し受ける場合もありますので、ご了承ください（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は、キャンセル料は不要です）。

## 6 緊急事態における対応

事業の提供を行っているときに利用者に病状の急変等が生じた場合その他必要な場合は、速やかに主治医師又は医療機関への連絡を行う等の必要な措置を講じるものとします。

## 7 事故発生時の対応

- (1) 管理者は、利用者に対する事業のサービス提供により事故が発生した場合、速やかに関係市町村、利用者の家族等へ連絡を行うとともに、必要な措置を講ずるものとする。
- (2) 利用者に対し、事業のサービス提供により賠償すべき事故が発生したと認めた場合、速やかに損害賠償を行うものとする。

## 8 当法人のサービスの方針等

社会福祉法の基本理念に基づき、地域の要援護高齢者の自立支援を目的とし、地域福祉の向上に貢献することを運営の方針としています。

## 9 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、次の窓口で対応いたします。

### ・当事業所

- ① 担当者 不京真一
- ② 連絡先 〒041-0801 北海道函館市桔梗町435番地28  
TEL 0138(47)1113 / FAX 0138(47)1114 / E-MAIL kouseien@cocoa.ocn.ne.jp  
社会福祉法人函館幸成会 本部事務所 内

### ・市町村窓口

- ① 機関名 函館市保健福祉部高齢福祉課
- ② 連絡先 〒040-8666 北海道函館市東雲町4番13号  
TEL 0138(21)3025 / FAX 0138(26)5936

### ・国民健康保険団体連合会窓口

- ① 機関名 北海道国民健康保険団体連合会
- ② 連絡先 〒060-0062 北海道札幌市中央区南2条西14丁目  
TEL 011(231)5175 / FAX 011(233)2178

## 10 第三者評価の実施状況

第三者評価は現在実施しておりません。



# 個人情報使用同意書

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  
利用者のための居宅サービス計画に沿って円滑にサービスを提供するために実施されるサービス担当者会議、介護支援専門員と事業者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  
居宅サービス計画に定められた事業者
- 3 使用する期間  
契約締結日から契約満了日まで
- 4 条件  
(1) 個人情報の提供は必要最小限とし、提供に当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) 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

- (事業者) 該当にチェック  デイサービスセンターこうせいえん 様  
 短期入所生活介護事業所幸成園 様

(利用者) 住所 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_ 印

(代筆者 (続柄)) 住所 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_ 印

(利用者の家族) 住所 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_ 印