

**介護予防・日常生活支援総合事業  
第一号通所事業契約書別紙（兼重要事項説明書）**

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	株式会社 cub
主たる事務所の所在地	〒371-0221 前橋市樋越町 993 番地 2
代表者（職名・氏名）	代表取締役 山田亮佑
設立年月日	令和 3 年 2 月 18 日
電話番号	027-888-6689

**2. ご利用事業所の概要**

ご利用事業所の名称	リハビリスペース ダイナソー 相生	
サービスの種類	介護予防通所介護相当サービス	
事業所の所在地	〒376-0011 桐生市相生町 4 丁目 70-5 レジデンス OK 101	
電話番号	0277-46-6338	
指定年月日・事業所番号	令和 3 年 8 月 1 日	10A0300026
実施単位・利用定員	2 単位	定員 10 人
通常の事業の実施地域	桐生市、みどり市	

**3. 事業の目的と運営の方針**

事業の目的	要支援状態等である利用者が、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、介護予防通所介護相当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等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

第一号通所事業は、事業者が設置する事業所（デイサービスセンター）に通っていただき、生活等に関する相談及び助言、健康状態の確認やその他利用者に必要な日常生活上の支援及び理学療法士による機能訓練を行うことにより、利用者の心身機能の維持を図るサービスです。

#### 5. 営業日時

営業日	月曜日から金曜日まで ただし、国民の祝日（振替休日を含む）及び年末年始（12月29日から1月3日）及びお盆（8月13日から8月16日）を除きます。
営業時間	午前8時00分から午後5時00分まで
サービス提供時間	午前9時30分から午後12時30分、午後1時30分から午後4時30分 延長時間は、午前9時00分から午前9時30分まで 及び 午後4時30分から午後5時00分までとする。

#### 6. 事業所の職員体制

従業者の職種	勤務の形態・人数
生活相談員	常勤 1人
介護職員	常勤 1人
機能訓練指導員	常勤 1人

#### 7. サービス提供の担当者

あなたへのサービス提供の担当職員（生活相談員）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。

担当職員の氏名	生活相談員 山田 直美
管理責任者の氏名	管 理 者 山田 直美

## 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」は以下のとおりであり、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基本利用料の1割、2割又は3割の額です。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。また、介護保険料滞納による支給制限対象者につきましては、3割（負担割合証に記載の割合が3割の場合は4割）の負担となります。

### (1) 第一号通所事業・介護予防通所介護相当サービスの利用料

#### 【1週当たりの標準的な回数を定める場合】

利用者の 要介護度	基本利用料 (1月につき)	利用者負担 (1割)	利用者負担 (2割)	利用者負担 (3割)
事業対象者 要支援1	17,980円	1,798円	3,596円	5,394円
事業対象者 要支援2	36,210円	3,621円	7,242円	10,863円

#### 【1月当たりの回数を定める場合】

利用者の 要介護度	基本利用料 (1回につき)	利用者負担 (1割)	利用者負担 (2割)	利用者負担 (3割)
事業対象者 要支援1 (月1回～4回)	4,360円	436円	872円	1,308円
事業対象者 要支援2 (月1回～8回)	4,470円	447円	894円	1,341円

上記の基本利用料は、厚生労働大臣が告示で定める金額であり、これが改定された場合は、これら基本利用料も自動的に改定されます。なお、その場合は、事前に新しい基本利用料を書面でお知らせします。

【減算】

以下の要件を満たす場合、下記の額を算定します。

減算の種類	減算の要件		減算額			
			基本利用料	利用者負担 (1割)	利用者負担 (2割)	利用者負担 (3割)
同一建物減算	事業所と同一建物に居住する者又は同一建物から通う者に対し指定相当通所型サービスを行った場合	事業対象者 ・要支援1	17,980円	-376円	-752円	-1128円
		事業対象者 ・要支援2	36,210円	-752円	-1504円	-2256円
高齢者虐待防止措置未実施減算	別に厚生労働大臣が定める基準を満たさない場合		所定単位数の100分の1に相当する単位数を所定単位数から減算			
業務継続計画未実施減算	別に厚生労働大臣が定める基準を満たさない場合		所定単位数の100分の1に相当する単位数を所定単位数から減算			
定員超過利用 人員基準欠如加算	利用者の数が利用者定員を超える場合又は看護・介護職員の員数が基準に満たない場合	事業対象者 ・要支援1	上記基本部分の30%減算 (上記基本部分の70%のみを算定)			
		事業対象者 ・要支援2	上記基本部分の30%減算 (上記基本部分の70%のみを算定)			
送迎減算	事業所が送迎を行わない場合	全対象者	(片道につき-47円)			

(2) その他の費用

おやつ 飲み物	飲み放題の各種ドリンク、簡単な軽食（おやつ）代として、 1回につき <b>150円</b> いただきます。
食事	食事の提供を受けた場合、1回につき <b>780円</b> の食費をいただきます。
その他	上記以外の日常生活において通常必要となる経費であって、利用者負担が適当と認められるもの（利用者の希望によって提供する日常生活上必要な身の周り品など）について、費用の実費をいただきます。

(3) 支払い方法

上記（1）の利用料（利用者負担分の金額）は、1ヵ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。

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 <b>26日</b> （祝休日の場合は直前の平日）に、あなたが指定する下記の口座より引き落とします。 銀行 支店 普通口座
銀行振り込み	サービスを利用した月の翌月の <b>26日</b> （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込みください。 桐生信用金庫 本店 普通口座 1354815
現金払い	サービスを利用した月の翌月の <b>26日</b> （祝休日の場合は直前の平日）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） 住所 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等へ連絡を行うとともに、必要な措置を講じます。

## 1 1. 苦情相談窓口

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

事業所相談窓口	電話番号	0 2 7 7 - 4 6 - 6 3 3 8
	面接場所	当事業所の相談室
	対応日時	月曜日から金曜日 8時から 17時 (祝日、年末年始、お盆期間除く)

(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	群馬県国民健康保険団体連合会	電話番号	0 2 7 - 2 9 0 - 1 3 1 9
	桐生市役所 健康長寿課	電話番号	0 2 7 7 - 4 6 - 1 1 1 1
	みどり市役所 介護高齢課	電話番号	0 2 7 7 - 7 6 - 0 9 7 4

## 1 2. サービスの利用にあたっての留意事項

サービスを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) サービスの利用中に気分が悪くなったときは、すぐに職員にお申し出ください。
- (2) 複数の利用者の方々が同時にサービスを利用するため、周りの方のご迷惑にならないようお願いいたします。
- (3) 体調や容体の急変などによりサービスが利用できなくなったときは、できる限り早めに当事業所又は担当の地域包括支援センター等の担当者へご連絡ください。

年 月 日

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

事業者	所在地	群馬県前橋市樋越町993番地2	
	事業者（法人名）	株式会社 cub	
	代表者職・氏名	代表取締役 山田亮佑	印
	説明者職・氏名		

私は、事業者より上記の重要事項の説明を受け、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

署名代行者（又は法定代理人）

	住所		
	本人との続柄		
	氏名		印

立会人	住所		
	氏名		印