

くらし元気アップ事業 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、長岡市要綱の規定に基づき、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	ながおか医療生活協同組合
主たる事務所の所在地	〒940-0042 長岡市前田1-6-7
代表者（職名・氏名）	理事長 羽賀 正人
設立年月日	平成6年11月11日
電話番号	0258-38-0813

2. ご利用事業所の概要

ご利用事業所の名称	新町わいわい倶楽部	
サービスの種類	くらし元気アップ事業	
事業所の所在地	〒940-0024 長岡市西新町2-3-22	
電話番号	0258-39-2882	
指定年月日・事業所番号	平成29年4月1日指定	15A0200015
実施単位・利用定員	1日1単位・週1回	定員15人
通常の事業の実施地域	長岡市	

3. 事業の目的と運営の方針

事業の目的	要支援状態等にある利用者が、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・日常生活支援総合事業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

くらし元気アップ事業は、事業者が設置する事業所（新町わいわい倶楽部）に通っていただき、生活等に関する相談及び助言、健康状態を確認のうえ、身体機能の維持・向上をはかるための運動を中心とした介護予防を行い、生活活動を高めていくサービスです。

5. 営業日時

営業日	月曜日から金曜日までの2営業日 ただし、国民の祝日（振り替え休日を含む）及び年末年始及びお盆（運営法人の定める日）を除きます。
営業時間	午前8時30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1時00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	
管理者	常勤	1人
従事者	常勤	1人
従事者補助	非常勤	1人
介護予防運動指導	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。

管理責任者の氏名	管理者 木村 正史
----------	-----------

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、長岡市から交付される「介護保険負担割合証」により算出される額です。ただし、介護保険給付等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) 暮らし元気アップ事業の利用料

【基本部分】

サービス所要時間 (1回あたり)	基本利用料 (1回あたり)	利用者負担金 (自己負担1割)	利用者負担金 (自己負担2割)	利用者負担金 (自己負担3割)
3時間以上	3,410円	円	円	円

(注1) 上記の基本利用料は、長岡市が定める金額であり、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訂されます。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。

(注2) 上記本文にも記載のとおり、介護保険給付等の支給限度額を超えてサービスを利用する場合は、超えた額の全額をご負担いただくこととなりますのでご注意ください。

(2) その他の費用

食費	食事の提供を受けた場合、1回につき600円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回り品など）について、費用の実費をいただきます。

(3) 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。

キャンセルの時期	キャンセル料
利用日の9時以降	昼食代 相当額

(注) 利用予定日の当日午前9時までのキャンセルの場合は、キャンセル料不要です。

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 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	
	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（又は介護支援専門員）及び市町村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	介護予防センター生協あらまち	電話番号 0258-39-2882
---------	----------------	-------------------

(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	長岡市長寿はつらつ課	電話番号 0258-39-2268
	新潟県国民健康保険団体連合会	電話番号 025-285-3022

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（又は介護支援専門員）又は当事業所の担当者へご連絡ください。

13. 非常災害対策

事業者は、当事業所の所在する地域の環境及び利用者の特性に応じて、事象別の非常災害に関する具体的計画として災害時対応マニュアルを策定しております。



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、上記のとおり契約書及び契約書別紙（兼重要事項説明書）を説明致しました。

事業者 所在地 長岡市西新町2-3-22
事業者名 新町わいわい倶楽部

説明者 _____ (印)

私は、事業者から上記の契約書及び契約書別紙（兼重要事項説明書）について説明を受けました。その内容に同意し、当サービスの利用契約を締結します。

併せて、契約書第12条第3項に定める利用者の個人情報の使用について、同意します。

利用者 住所

氏名 _____ (印)

署名代行者・立会人（又は法定代理人） *注1.2

住所

氏名 _____ (印)

利用者との続柄：（具体的に _____）

*注1 利用者が自著困難で、第三者が代筆した場合に署名代行者・立会人欄に記載押印をします。

*注2 利用者の判断能力に障害が見られる場合にも、署名代行者・立会人欄に記載押印をします。

私は、家族代表として、第12条第3項に定める利用者の家族の個人情報の使用について、同意します。

家族代表 住所

氏名 _____ (印)

※原則、利用者以外の方の署名押印をお願いします。

事業者は、利用者の申込みを受諾し、この契約書に定める各種サービスを、誠実に責任をもって提供します。

事業者 所在地 長岡市西新町2-3-22
事業者名 ながおか医療生活協同組合
くらし元気アップ事業 新町わいわい倶楽部
管理者 木村正史 _____ (印)

以上の通り、当サービスに関する契約を締結します。上記契約を証明するために、本契約書及び契約書別紙（兼重要事項説明書）を2部作成し、利用者及び事業者署名押印の上、それぞれ1部ずつを保有します。