

介護予防支援・居宅介護支援 契約書

_____様（以下「甲」という）と社会福祉法人ふたあら福祉会（以下「乙」という）が指定介護予防支援事業所及び指定居宅介護支援事業所の飯田川居宅介護支援センターわかば園（以下「事業所」という）が甲に対して行う介護予防支援・居宅介護支援について、次のとおり契約します。

（目的及び内容）

第1条 乙は、甲に対し介護保険法等の関係法令及びこの契約書に従い、甲の有する能力に応じて、甲の選択に基づいて介護予防サービス計画書・居宅サービス計画書（以下「計画書」という）の計画に基づいて適切な介護予防サービス・居宅サービス（以下「サービス」という）の提供が確保されるよう、サービス事業者及び関係機関等との連絡調整その他の便宜を提供します。

（契約期間）

第2条 この契約の期間は、令和____年____月____日から開始します。甲の要支援・要介護認定の有効期限満了日までとします。但し、契約期間満了日以前に甲が要支援・要介護状態区分の変更を受け、認定有効期限満了日が更新された場合には、変更後の要支援・要介護認定有効期限の満了日までとします。

2 契約期間満了日の7日前までに甲から指定所に対して契約終了の申し出がない場合は、契約を自動更新されるものとします。

3 終了については各号に定めるとおりとします。

一 第2条2項の規定により甲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

二 第4条の規定により甲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

三 第5条で定める条件が満たされ、かつ乙から契約解除の意思表示がなされ、かつ予告期間が満了したとき

四 次の理由で甲にサービスを提供できなくなったとき

① 甲が介護保険施設に入所したとき

② 甲が特定施設入居者生活介護・小規模多機能居宅介護・認知症対応型共同生活介護を受けることとなったとき

③ 甲が要支援・要介護認定において「非該当」と認定されたとき

④ 甲が死亡したとき

⑤ 要支援者の甲が市外へ転住所変更をし、保険者が変更となったとき

(甲の解約等)

第3条 甲は、契約の解約を希望する日の少なくとも7日前までに解約を申し出ることにより、甲が希望する日をもって、この契約を解約することができます。

2 甲は、乙が定められたサービスを提供しなかった場合、その他この契約に違反した場合には、直ちにこの契約を解除することができます。

(乙の解約等)

第4条 乙は、甲の著しい不信行為によりこの契約を継続することが困難となった場合には、その理由を記載した文書を交付することにより、7日以上予告期間をもって、この契約を解除することができます。

(事故時の対応)

第5条 乙は、介護予防支援または居宅介護支援の実施に際して、甲のけがや体調の急変があった場合には、医師や家族への連絡その他適切な措置を迅速に行います。

2 乙は、介護予防支援または居宅介護支援の実施にあたって甲の生命・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、乙の故意又は過失によらないときは、この限りではありません。

(秘密の保持)

第6条 乙は、業務上知り得た甲及びその家族に関する秘密については、甲又は第三者の生命、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き、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 乙は、担当職員その他の従業者であった者が、正当な理由がある場合を除き、その業務上知り得た甲又はその家族の秘密を漏らすことのないよう、必要な措置を講じます。

3 乙は、あらかじめ文書により甲の同意を得た場合には、甲にサービスを提供するサービス事業者との連絡調整その他必要な範囲内で、同意した者の個人情報を用いることができます。

(苦情対応)

第7条 甲は、提供された介護予防支援または居宅介護支援に関して苦情がある場合又は事業者が作成した計画書に基づいて提供された介護予防サービスおよび居宅介護サービス等に苦情がある場合には、乙の保険者である潟上市・各市町村又は秋田県国民健康保険団体連合会に対して、いつでも苦情を申し出ることができます。

2 乙は、苦情対応の窓口責任者及びその連絡先を明らかにし、苦情の申し出又は相談があった場合には、迅速かつ誠実に対応します。

3 乙は、甲が苦情申し出等を行ったことを理由として何らの不利益な取扱いもいたしません。

(善管注意義務)

第8条 事業者は、利用者より委託された業務を行うにあたっては、法令を遵守し善良なる管理者の注意義務を持ってその業務を遂行します。

(契約外条項など)

第9条 この契約及び介護保険法その他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、利用者と事業所との協議により定めます。

この契約の締結を証するため、本書を2通作成し、甲、乙が署名押印の上、各その1通を保有するものとします。

令和 年 月 日

甲（利用者）は、この契約内容に同意し、介護予防支援及び居宅介護支援の利用に申し込みします。

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)

乙（事業者）は、甲と契約を締結します。事業所へこの契約に定める支援を提供させます。

所在地 秋田県潟上市飯田川下虻川字上谷地168-1

事業者名 社会福祉法人 ふたあら 福社会

代表者名 理事長 齊 藤 豊 隆 (印)