

通所介護重要事項説明書

<令和6年4月1日現在>

1. 当センターが提供するサービスについての相談窓口

電 話 03 (5694) 0101

担 当 相談員 _____

※ご不明な点は、なんでもおたずねください。

2. 小岩デイサービスセンターの概要

(1) 提供できるサービスの種類

名 称：小岩デイサービスセンター

所 在 地：江戸川区南小岩5-11-10

事 業 者 番 号：東京都 1372300507

サービス対象者：江戸川区にお住まいの方

※他地域の方でもご希望の方はご相談ください。

(2) 職員の体制

資 格		常 勤	計
管理者		1名	1名
生活相談員		1名	1名
機能訓練指導員		1名	1名
事務職員		1名	1名
看 介 護	看護師及び准看護師	1名	1名
	介護職員	6名以上	6名以上

(3) 施設の設定概要

定 員：40名

設 備：① デイサービス室兼食堂 1室 (126㎡)
 ② 機能訓練室 1室
 ③ 相談室 1室
 ④ 一般浴槽 (リフトつき) 1台
 ⑤ 特殊浴槽 2台
 ⑥ 送迎車 4台

(4) 営業時間

月曜日～土曜日 8:30 ~ 17:30

※年末年始 (12月30日～1月3日) を除く

3. サービス内容

①送迎 ②食事 ③入浴 ④生活相談等

4. 料金

(1) 利用料金

① デイサービス利用料

※通常規模型通所介護費・サービス提供体制加算（Ⅱ）・科学的介護推進体制加算・介護職員等処遇改善加算

（Ⅰ）含む

3時間以上4時間未満の場合（1日あたり） 1割負担の場合

	1日あたりの利用料金	介護保険適用時の1日あたりの自己負担額
要介護1	¥ 5,090	¥ 509
要介護2	¥ 5,723	¥ 573
要介護3	¥ 6,387	¥ 639
要介護4	¥ 7,031	¥ 704
要介護5	¥ 7,685	¥ 769

4時間以上5時間未満の場合（1日あたり） 1割負担の場合

	1日あたりの利用料金	介護保険適用時の1日あたりの自己負担額
要介護1	¥ 5,308	¥ 531
要介護2	¥ 5,973	¥ 598
要介護3	¥ 6,671	¥ 668
要介護4	¥ 7,358	¥ 737
要介護5	¥ 8,033	¥ 804

5時間以上6時間未満の場合（1日あたり） 1割負担の場合

	1日あたりの利用料金	介護保険適用時の1日あたりの自己負担額
要介護1	¥ 7,477	¥ 748
要介護2	¥ 8,698	¥ 870
要介護3	¥ 9,941	¥ 995
要介護4	¥ 11,162	¥ 1,117
要介護5	¥ 12,404	¥ 1,241

6時間以上7時間未満の場合（1日あたり） 1割負担の場合

	1日あたりの利用料金	介護保険適用時の1日あたりの自己負担額
要介護1	¥ 7,641	¥ 765
要介護2	¥ 8,894	¥ 890
要介護3	¥ 10,170	¥ 1,018
要介護4	¥ 11,412	¥ 1,141
要介護5	¥ 12,688	¥ 1,270

7時間以上8時間未満の場合（1日あたり）

	1日あたりの利用料金	介護保険適用時の1日あたりの自己負担額
要介護1	¥ 8,524	¥ 853
要介護2	¥ 9,941	¥ 995
要介護3	¥ 11,401	¥ 1,140
要介護4	¥ 12,862	¥ 1,287
要介護5	¥ 14,355	¥ 1,436

- ② 入浴費 1回あたり ¥ 480 ※入浴介助加算 (I)
但し、介護保険適用時の自己負担額は¥ 49です。
- ③ 昼食費 1食あたり ¥ 630 (全額自己負担)
- * その他教材費、おむつ代 (200円)、レクリエーションにかかる費用等は自己負担となります。
 - * 介護保険適用の場合でも、保険料滞納等により、保険給付金が直接事業者を支払われない場合があります。その場合いったん1日あたりの利用料金をいただき、サービス提供証明書を発行いたします。サービス提供証明書を後日江戸川区の窓口に出しますと、差額の払い戻しを受けることができます。

(2) キャンセル料

お客様の都合でサービスを中止する場合、下記のキャンセル料がかかります。

- (ア) ご利用日の前営業日午後5時までにご連絡をいただいた場合
無料
- (イ) ご利用日の当日午前8時までにご連絡をいただいた場合
デイサービス利用料の50%
- (ウ) ご利用日の午前8時までにご連絡がなかった場合
デイサービス利用料の自己負担相当額

(3) 支払方法

毎月、10日までに前月分の請求をいたしますので、請求した月の月末までにお支払いください。

5. サービスの利用方法

(1) サービスの利用開始

まずは、お電話等でお申し込みください。当社職員がお伺いいたします。通所介護計画作成と同時に契約を結び、サービスの提供を開始します。

- * 居宅サービス計画の作成を依頼している場合は、事前に介護支援専門員とご相談ください。

(2) サービスの終了

① お客様のご都合でサービスを終了する場合

サービスの終了を希望する日の1週間前までに文書でお申し出ください。

② 当社の都合でサービスを終了する場合

人員不足等やむをえない事情により、サービスの提供を終了させていただく場合がございます。その場合は、終了1ヶ月前までに文書で通知いたします。

③ 自動終了

以下の場合、双方の通知がなくても、自動的にサービスを終了いたします。

- ・ お客様が介護保険施設に入所した場合
- ・ 介護保険給付でサービスを受けていたお客様の要介護認定区分が、非該当 (自立) と認定された場合
- ・ お客様がお亡くなりになった場合

④ その他

- ・ 当センターが正当な理由なくサービスを提供しない場合、守秘義務に反した場合、お客様ご家族などに対して社会通念を逸脱する行為を行った場合、または当社が破産した場合、お客様は文書で解約を通知することによって即座にサービスを終了することができます。
- ・ お客様が、サービス利用料金の支払いを3ヶ月以上遅延し、料金を支払うよう催告したにもかかわらず30日以内に支払わない場合、お客様が正当な理由なくサービスの中止をしばしば繰り返した場合、お客様が入院もしくは病気等により、3ヶ月以上にわたってサービスが利用できない状態であることが明らかになった場合、またはお客様やご家族などが当センターや当センターのサービス従業者に対して本契約を継続しがたいほどの背信行為を行った場合は、文書で通知することにより、即座に契約を終了させていただく場合がございます。

6. 緊急時の対応方法

サービス提供中に様態の変化等があった場合は、事前の打ち合わせにより、主治医、救急隊、親族、居宅介護支援事業者等に連絡をいたします。

医療機関	名 称 (主治医)	()
	TEL	()
ご家族 連絡先	氏 名 (続 柄)	()
	自宅 TEL	()
	携帯 TEL	()

7. 非常災害対策

- ・ 災害時の対応 消防計画を策定し、小岩消防署と連携を密にし、南小岩西南町会とも応援協定を締結し、利用者の安全確保に努めています。
- ・ 防災設備 ①消火器具 ②スプリンクラー設備 ③自動火災報知設備 ④防火設備 ⑤非常警報機及び設備 ⑥避難器具設備 ⑦誘導灯及び誘導標識 ⑧排煙設備 ⑨非常通報装置 ⑩非常電源設備
- ・ 防災訓練 毎月1回実施しています。
- ・ 防火責任者 防火管理者 今山 徹

8. サービス内容に関する相談・要望・苦情

- ・ ご利用者相談担当 事務長 今山 徹
電話番号 03(5694)0103
- ・ 公的機関においても、次の機関において苦情申し出ができます。
 - ①江戸川区福祉部介護保険課介護相談室
江戸川区中央1-4-1 電話(5662)0061 FAX(5663)5172
受付時間 8:30~17:00(土日祝除く)
 - ②東京都国民健康保険団体連合会 介護福祉部介護相談指導課介護相談窓口担当(10階)
電話(6238)0177

開設時間 月～金曜日 9:00～17:00

③第三者委員 地域の4名の方に委員を委嘱しております。詳細は利用者相談担当へご相談下さい。

9. 虐待防止について

事業所は、利用者の人権の擁護、虐待の発生又はその再発を防止するため、次の措置を講じます。

- (1) 虐待防止のための対策を検討する委員会の開催と結果の周知徹底を図ります。
- (2) 虐待防止のための指針の整備します。
- (3) 虐待を防止するための定期的な研修の実施します。
- (4) 取り組みを適切に実施するための担当者の設置 担当者
- (5) 事業所の職員又は養護者による虐待を受けたと思われる利用者を発見した場合は、速やかに、これを江戸川区に通報します。

10. 業務継続について

- (1) 事業所は、感染症や非常災害の発生時において、利用者に対する事業の提供を継続的に実施するための、及び非常時の体制で早期の業務再開を図るための計画「業務継続計画」を策定し、当該業務継続計画に従い必要な措置を講じます。
- (2) 事業所は、職員に対し、業務継続計画について周知するとともに、必要な研修及び訓練を定期的実施します。
- (3) 事業所は、定期的に業務継続計画の見直しを行い、必要に応じて業務継続計画の変更を行います。

11. 衛生管理等について

事業所は、事業所において感染症が発生し、又はまん延しないように、次の各号に掲げる措置を講じます。

- (1) 事業所における感染症の予防及びまん延の防止のための対策を検討する委員会を概ね6月に1回以上開催するとともに、その結果について、職員に周知徹底を図ります。
- (2) 事業所における感染症の予防及びまん延防止のための指針を整備します。
- (3) 事業所において、職員に対し、感染症の予防及びまん延防止のための研修及び訓練を定期的実施します。

12. その他運営に関する重要事項

事業所は、適切な事業の提供を確保する観点から、職場において行われる性的な言動又は優越的な関係を背景とした言動であって業務上必要かつ相当な範囲を超えたものにより職員の就業環境が害されることを防止するための指針の明確化等の必要な措置を講じます。

13. 当社の概要

名 称 社会福祉法人 厚生会
 代表者役職・氏名 理事長 中山 政昭
 本部所在地 江戸川区南小岩5-11-10
 電話番号 03(5694)0103

定款に定めた事業

- 1. 特別養護老人ホーム 小岩ホーム
- 2. 老人デイサービスセンター 小岩デイサービスセンター
- 3. 老人短期入所事業 小岩ホーム
- 4. 地域包括支援センター 小岩ホームさわやか相談室
- 5. 居宅介護支援事業所 小岩ホームさわやか相談室
- 6. 特定相談支援事業 小岩ホームさわやか相談室
- 7. 障害児相談支援事業 小岩ホームさわやか相談室

~~~~~契約をする場合は以下の確認をすること~~~~~

年 月 日

通所介護の提供開始に当たり、利用者に対して契約書および本書面に基づいて重要な事項を説明しました。

事業者 所在地 江戸川区南小岩5-11-10  
 名称 社会福祉法人 厚生会  
 説明者 所属 小岩デイサービスセンター  
 氏名 相談員 \_\_\_\_\_

私は、契約書及び本書面により、事業者から通所介護施設 小岩デイサービスセンターについて重要事項の説明を受け同意いたします。

利用者

住所 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_

家族 (代理人)

住所 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_

## 通所介護契約書

小岩デイサービスセンター利用者（以下、「利用者」といいます。）と社会福祉法人厚生会（以下、「事業者」といいます。）は、事業者が利用者に対して行う通所介護について、次のとおり契約します。

### 第1条（契約の目的）

事業者は、利用者に対し、介護保険法令の趣旨にしたがって、利用者が可能な限りその居宅において、その有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるよう通所介護を提供し、利用者は、事業者に対し、そのサービスに対する料金を支払います。

### 第2条（契約期間）

- 1 この契約の契約期間は          年       月       日から利用者の要介護認定または要支援認定の有効期間満了日までとします。
- 2 契約満了の2日前までに、利用者から事業者に対して、文書により契約終了の申し出がない場合、契約は自動更新されるものとします。

### 第3条（通所介護計画）

事業者は、利用者の日常生活全般の状況及び希望を踏まえて、「居宅サービス計画」に沿って「通所介護計画」を作成します。事業者はこの「通所介護計画」の内容を利用者及びその家族に説明します。

### 第4条（通所介護の提供場所・内容）

- 1 通所介護の提供場所は小岩デイサービスセンターです。所在地及び設備の概要は〔契約書別紙〕のとおりです。
- 2 事業者は、第3条に定めた通所介護計画に沿って通所介護を提供します。事業者は、通所介護の提供に当たり、その内容について利用者に説明します。
- 3 利用者は、サービス内容の変更を希望する場合には、事業者に申し入れることができます。その場合、事業者は、可能な限り利用者の希望に添うようにします。

### 第5条（サービス提供の記録）

- 1 事業者は、通所介護の実施ごとに、サービスの内容等をこの契約書と同時に交付する書式の記録表に記入し、サービスの終了時に利用者の確認を受けることとします。利用者の確認を受けた後、その控えを利用者に交付します。
- 2 事業者は、サービスの提供記録を作成することとし、この契約の終了後2年間保管します。
- 3 利用者は、事業者の営業時間内にその事務所にて、当該利用者に関する第2項のサービス実施記録を閲覧できます。
- 4 利用者は、当該利用者に関する第2項のサービス実施記録の複写物の交付を受けることができます。

## 第6条（料金）

- 1 利用者は、サービスの対価として〔契約書別紙〕に定める利用単位毎の料金をもとに計算された月ごとの合計額を支払います。
- 2 事業者は、当月の料金の合計額の請求書を付して、翌月10日までに利用者へ送付します。
- 3 利用者は、当月の料金の合計額を翌月末日までに（①銀行振込②郵便局振込③現金の方法で）支払います。
- 4 事業者は、利用者から料金の支払いを受けたときは、利用者に対し領収書を発行します。

## 第7条（サービスの中止）

- 1 利用者は、事業者に対して、サービス提供日の前日午後5時まで（前日が日曜日の場合は土曜日の午後5時まで）に通知することにより、料金を負担することなくサービス利用を中止することができます。
- 2 利用者がサービス提供日の前日午後5時までに通知することなくサービスの中止を申し出た場合は、事業者は、利用者に対して〔契約書別紙〕に定める計算方法により、料金の全部または一部を請求することができます。この場合の料金は、第6条の他の料金の支払いとあわせて請求します。
- 3 事業者は、利用者の体調不良等の理由により、通所介護の実施が困難と判断した場合、サービスの中止をすることができます。この場合の取り扱いについては〔契約書別紙〕に記載したとおりです。

## 第8条（料金の変更）

- 1 事業者は、利用者に対して、1ヶ月前までに文書で通知することにより利用料及び食費等の単価の変更（増額または減額）を申し入れることができます。
- 2 利用者が料金の変更を承諾する場合、新たな料金に基づく〔契約書別紙〕を作成し、お互いに取り交わします。
- 3 利用者は、料金の変更を承諾しない場合、事業者に対し、文書で通知することにより、この契約を解約することができます。

## 第9条（契約の終了）

- 1 利用者は事業者に対して、1週間の予告期間において文書で通知することにより、この契約を解約することができます。ただし、利用者の病変、急な入院などやむをえない事情がある場合は、予告期間が1週間以内の通知でもこの契約を解約することができます。
- 2 事業者はやむをえない事情がある場合は、利用者に対して、1ヶ月の予告期間において理由を示した文書で通知することにより、この契約を解約することができます。
- 3 次の事由に該当した場合は、利用者は文書で通知することにより、直ちにこの契約を解約することができます。
  - ① 事業者が正当な理由なくサービスを提供しない場合



- ② 事業者が守秘義務に反した場合
  - ③ 事業者が利用者やその家族に対して社会通念を逸脱する行為を行った場合
  - ④ 事業者が破産した場合
- 4 次の事由に該当した場合は、事業者は文書で通知することにより、直ちにこの契約を解約することができます。
- ① 利用者のサービス利用料金の支払いが3ヶ月以上遅延し、料金を支払うよう催告したにもかかわらず30日以内に支払われない場合
  - ② 利用者が正当な理由なくサービスの中止をしばしば繰り返した場合、または利用者の入院もしくは病気等により、3ヶ月以上にわたってサービスが利用できない状態であることが明らかになった場合
  - ③ 利用者またはその家族が事業者やサービス従業者または他の利用者に対して、この契約を継続しがたいほどの背信行為を行った場合
- 5 次の事由に該当した場合は、この契約は自動的に終了します。
- ① 利用者が介護保険施設に入所した場合
  - ② 利用者の要介護認定区分が、非該当（自立）と認定された場合
  - ③ 利用者が死亡した場合

#### 第10条（秘密保持）

- 1 事業者及び事業者の使用するものは、サービス提供をする上で知りえた利用者およびその家族に関する秘密を正当な理由なく第三者に漏らしません。この守秘義務は契約終了後も同様です。
- 2 事業者は、利用者からあらかじめ文書で同意を得ない限り、サービス担当者会議等において、利用者の個人情報を用いません。
- 3 事業者は、利用者の家族からあらかじめ文書で同意を得ない限り、サービス担当者会議等において、当該家族の個人情報を用いません。

#### 第11条（賠償責任）

事業者は、サービスの提供にともなって、事業者の責めに帰すべき事由により利用者の生命・身体・財産に損害を及ぼした場合は、利用者に対してその損害を賠償します。

#### 第12条（緊急時の対応）

事業者は、現に通所介護の提供をおこなっているときに利用者の病状の急変が生じた場合その他必要な場合は、家族または緊急連絡先へ連絡するとともに速やかに主治の医師または歯科医師に連絡をとるなど必要な措置を講じます。

#### 第13条（連携）

- 1 事業者は、通所介護の提供に当たり、介護支援専門員および保健医療サービスまたは福祉サービスを提供する者との密接な連携に努めます。
- 2 事業者は、この契約書の写しを介護支援専門員に速やかに送付します。
- 3 事業者は、この契約の内容が変更された場合またはこの契約が終了した場合は、その

内容を記した書面の写しを速やかに介護支援専門員に送付します。なお、第9条第2項または第4項に基づいて解約通知をする際には事前に介護支援専門員に連絡します。

第14条（相談・苦情対応）

事業者は、利用者からの相談、苦情等に対応する窓口を設置し、通所介護に関する利用者の要望、苦情等に対し、迅速に対応します。

第15条（事業運営等の公表）

入居者又は入居者の家族は事業計画書、財務諸表の閲覧及びコピー（有料）を請求することができます。

第16条（本契約に定めのない事項）

- 1 利用者および事業者は、信義誠実をもってこの契約を履行するものとする。
- 2 この契約に定めのない事項については、介護保険法令その他諸法令の定めるところを尊重し、双方が誠意を持って協議のうえ定めます。

第17条（裁判管轄）

この契約に関してやむを得ず訴訟となる場合は、利用者および事業者は、利用者の住所地を管轄する裁判所を第一審管轄裁判所とすることをあらかじめ合意します。

上記の契約を証するため、本書2通を作成し、利用者、事業者が1通ずつ保有するものとする。

契約締結日 \_\_\_\_\_年 \_\_\_\_\_月 \_\_\_\_\_日

契約者氏名

事業者

<事業者名> 指定通所介護事業所 小岩デイサービスセンター  
(東京都1372300507号)

<住所> 江戸川区南小岩5-11-10

<代表者名> 社会福祉法人 厚生会 理事長 中山 政昭

利用者

<住所> \_\_\_\_\_

<氏名> \_\_\_\_\_

家族（代理人）

<住所> \_\_\_\_\_

<氏名> \_\_\_\_\_

[通所介護 契約書別紙]

- 担当者（相談員） 氏名 \_\_\_\_\_ 連絡先 03（5694）0101
- 通所介護の内容
  - ・ ご利用日 毎週 \_\_\_\_\_ 曜日
  - ・ ご利用時間 \_\_\_\_\_ : \_\_\_\_\_ ~ \_\_\_\_\_ : \_\_\_\_\_ まで
  - ・ ご利用場所 江戸川区南小岩5-11-10 小岩デイサービスセンター
  - ・ ご利用可能設備等 デイサービス室兼食堂、機能訓練室、相談室、一般浴槽（リフトつき）、特殊浴槽、送迎車
  - ・ サービス内容 通所介護計画に沿って、送迎、食事の提供、入浴介助、機能訓練、その他必要な介護等をおこないます。

○料金

デイサービス利用料

※通常規模型通所介護費・サービス提供体制加算（Ⅱ）・科学的介護推進体制加算・介護職員等処遇改善加算

（Ⅰ）含む

3時間以上4時間未満の場合（1日あたり） 1割負担の場合

|      | 1日あたりの利用料金 | 介護保険適用時の1日あたりの自己負担額 |
|------|------------|---------------------|
| 要介護1 | ¥ 5,090    | ¥ 509               |
| 要介護2 | ¥ 5,723    | ¥ 573               |
| 要介護3 | ¥ 6,387    | ¥ 639               |
| 要介護4 | ¥ 7,031    | ¥ 704               |
| 要介護5 | ¥ 7,685    | ¥ 769               |

4時間以上5時間未満の場合（1日あたり） 1割負担の場合

|      | 1日あたりの利用料金 | 介護保険適用時の1日あたりの自己負担額 |
|------|------------|---------------------|
| 要介護1 | ¥ 5,308    | ¥ 531               |
| 要介護2 | ¥ 5,973    | ¥ 598               |
| 要介護3 | ¥ 6,671    | ¥ 668               |
| 要介護4 | ¥ 7,358    | ¥ 737               |
| 要介護5 | ¥ 8,033    | ¥ 804               |

5時間以上6時間未満の場合（1日あたり） 1割負担の場合

|      | 1日あたりの利用料金 | 介護保険適用時の1日あたりの自己負担額 |
|------|------------|---------------------|
| 要介護1 | ¥ 7,477    | ¥ 748               |
| 要介護2 | ¥ 8,698    | ¥ 870               |
| 要介護3 | ¥ 9,941    | ¥ 995               |
| 要介護4 | ¥ 11,162   | ¥ 1,117             |
| 要介護5 | ¥ 12,404   | ¥ 1,241             |

6時間以上7時間未満の場合（1日あたり） 1割負担の場合

|      | 1日あたりの利用料金 | 介護保険適用時の1日あたりの自己負担額 |
|------|------------|---------------------|
| 要介護1 | ¥ 7, 641   | ¥ 765               |
| 要介護2 | ¥ 8, 894   | ¥ 890               |
| 要介護3 | ¥10, 170   | ¥1, 018             |
| 要介護4 | ¥11, 412   | ¥1, 141             |
| 要介護5 | ¥12, 688   | ¥1, 270             |

7時間以上8時間未満の場合（1日あたり）

|      | 1日あたりの利用料金 | 介護保険適用時の1日あたりの自己負担額 |
|------|------------|---------------------|
| 要介護1 | ¥ 8, 524   | ¥ 853               |
| 要介護2 | ¥ 9, 941   | ¥ 995               |
| 要介護3 | ¥11, 401   | ¥1, 140             |
| 要介護4 | ¥12, 862   | ¥1, 287             |
| 要介護5 | ¥14, 355   | ¥1, 436             |

②入浴費 1回あたり ¥ 480  
 ただし、介護保険適用時の自己負担額は¥ 49 です。

③ 昼食費 1食あたり ¥ 630（全額自己負担）  
 ＊ その他教材費、おむつ代（200円）、レクリエーションにかかる費用等は自己負担となります。  
 ＊ 介護保険適用の場合でも、保険料滞納等により、保険給付金が直接事業者を支払われない場合があります。その場合いったん1日あたりの利用料金をいただき、サービス提供証明書を発行いたします。サービス提供証明書を後日江戸川区の窓口に出しますと、差額の払い戻しを受けることができます。

○ キャンセル料

・お客様のご都合でサービスを中止する場合、下記のキャンセル料がかかります。

- ① ご利用日の前営業日午後5時までにご連絡をいただいた場合
  - ・無料
- ② ご利用日の当日午前8時までにご連絡をいただいた場合
  - ・デイサービス利用料の自己負担相当額
- ③ ご利用当日の午前8時までにご連絡がなかった場合
  - ・デイサービス利用料の50%

○ 健康上の理由による中止

- ① 風邪、病気の際はサービスの提供をお断りすることがあります。
- ② 当日の健康チェックの結果、体調が悪い場合、サービス内容の変更または中止することがあります。その場合、ご家族に連絡のうえ、適切に対応します。
- ③ ご利用中に体調が悪くなった場合、サービスを中止することがあります。その場合、ご家族

に連絡のうえ、適切に対応します。また必要に応じて速やかに主治の医師または歯科医師に連絡をとる等必要な措置を講じます。

|            |              |     |
|------------|--------------|-----|
| 医療機関       | 名 称<br>(主治医) | ( ) |
|            | TEL          | ( ) |
| ご家族<br>連絡先 | 氏 名<br>(続 柄) | ( ) |
|            | 自宅 TEL       | ( ) |
|            | 携帯 TEL       | ( ) |

※ サービスを 中止した場合、同月内であれば、ご希望の日に振り替えることができます。ただし、定員数分の予約が入っている日には振替できませんのでご了承ください。

○ 相談、要望、苦情等の窓口

通所介護に関する相談、要望、苦情等は、下記の窓口までお申し出ください。

|          |                     |
|----------|---------------------|
| サービス相談窓口 | 電話番号 03 (5694) 0103 |
| ご利用者相談担当 | 事務長 今山 徹            |

事業者

<事業者名> 指定通所介護事業所 小岩デイサービスセンター  
(東京都1372300507号)  
<住所> 江戸川区南小岩5-11-10  
<代表者名> 社会福祉法人 厚生会  
理事長 中山 政昭

通所介護契約書別紙 の内容について説明を受け、了承しました。

\_\_\_\_\_年 \_\_\_\_\_月 \_\_\_\_\_日

利用者

<住所> \_\_\_\_\_

<氏名> \_\_\_\_\_

家族 (代理人)

<住所> \_\_\_\_\_

<氏名> \_\_\_\_\_