|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 行政機関 | 担当部署 | 神戸市 福祉局 介護保険課 |
| 電話番号 | （０７８）３２２－５２５９  ［受付時間:平日の午前8:45～12:00・午後1:00～5:30］ |
| FAX番号 | （０７８）３２２－６０４７ |

(7) 協議事項

要綱及び本確認書に定められていない事項について問題が生じた場合は，事業者は利用者と誠意をもって協議するものとします。

以上が，サービスを提供するにあたっての重要事項となります。本書の内容をもとにサービスの提供を行うことを確認するため，当事者双方記名のうえ，各自１通を保有します。

　　　　　　　　　年　　　月　　　日

　　　　　事業所 所在地

名　称

代表者

利用者 住　所

氏　名

（様式第９号） ＫＯＢＥみまもりヘルパー事業のサービス提供に関する確認書

　　　　　　　　　　　（以下「利用者」といいます。）に対して

（以下「事業所」といいます。）が提供するＫＯＢＥみまもりヘルパー事業のサービス（以下「サービス」といいます。）については，以下のとおりです。

１　提供するサービスについて

① 事業所は，ＫＯＢＥみまもりヘルパー事業実施要綱（以下「要綱」といいます。）の規定に基づき，サービスを適正に提供するものとします。

② サービスの提供は，　　　　年　　月　　日から開始します。

２　サービスの提供日時

　事業所の営業日時の範囲内で，事業所と利用者との間で協議のうえ決定するものとします。

３　訪問先

　訪問先居宅住所（神戸市　　　区 ）

４　サービスの提供時間

① サービスの提供時間は，利用者が要支援認定又は要介護認定を受けている場合は，１か月につき２時間まで，それ以外の場合は，１か月につき４時間までを限度とします。

② サービスは30分単位で利用できます。提供時間が30分に満たない場合は，30分利用したものとして提供時間を計算します。

③ サービスの提供時間は，要支援認定又は要介護認定が変更された月の翌月から変更となります。利用者は，要支援認定又は要介護認定の有無について変更があった場合には，必ず事業者に連絡してください。

５　利用料（実費）

　① 利用者は，事業所からサービスの提供を受けたときは，30分あたりヘルパー１名につき135円の利用料（実費）を事業者に支払うものとします。

　② 利用者が希望するサービスの内容によって入場料等の負担が生じる場合には，利用者は，ヘルパーの分も含めた実費を負担するものとします。

③ 事業所が了承する場合には，上記４のサービスの提供時間の限度（月２時間または４時間）を超えてサービスを提供することができますが，利用者は限度を超過したサービスにかかる費用を全額負担する必要がありますのでご留意ください（限度超過分については，神戸市からの費用負担はありません。）。なお，この場合，事業所は，あらかじめ利用者に対して利用料を提示し，了承を得た後からサービス提供を開始するものとします。

　④ 事業所は，上記の利用料（実費）等を　　か月ごとに計算し，翌月　　日までに請求します。利用者は，利用料（実費）等を　　日までにお支払いください。

　⑤ 支払方法は（現金・振込・口座引き落とし・その他[ 　　　　　　　　]）によるものとします。

|  |
| --- |
|  |

６　交通費

① サービス提供の開始及び終了の場所が上記３の訪問先の場合は，交通費は無料です。

② サービス提供の開始又は終了の場所が上記３の訪問先以外であり，事業所の派遣可能地域内の場合（※）に公共交通機関等を利用する必要がある場合は，利用者は自らの交通費の実費を支払うとともに，ヘルパーにかかる交通費の実費も支払う必要があります。

　※ 事業所の派遣可能地域外の場合は，サービス提供が可能か，事前に事業所と利用者で協議をし，両者の同意のもと，サービス提供の可否を決定します。

７　サービスの中止について

① 利用者は，サービスの利用を中止する場合には，利用日（前営業日）の（午前・午後）

　　　　時までに事業所に中止する旨の連絡をしてください。

② サービス利用日に利用者が不在の場合は，　　　分待っても応答がなければ，当日キャンセルがあったものとして取扱います。また，その場合は，下記のとおり対応します。

（例:家族の○○様に連絡　電話○○○－○○○－○○○○）

|  |
| --- |
|  |

８　その他の事項

(1) サービス提供の記録

① 事業所は，サービスを提供した際には，書面に必要な事項を記入し，利用者又は家族の確認を受けるものとします。

② 事業者は，記録を作成した後５年間はこれを適正に保存し，利用者の求めがあれば閲覧に応じるとともに，利用者等の実費負担によりその写しを交付するものとします。

(2) 秘密保持

事業所は，サービス提供をするうえで知り得た利用者及びその家族に関する秘密を，正当な理由なく他の事業所及び第三者に漏らさない義務を負うものとします。この義務はサービス提供終了後も同様です。

(3) 損害賠償責任

事業所は，サービスの提供に伴い，自己の責めに帰すべき事由により利用者に生じた損害を賠償する責任を負うものとします。

(4) 法人及び事業所

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 法人 | 名称 |  |
| 所在地 |  |
| 事業所 | 名称 |  |
| 所在地 |  |
| 電話番号 |  |

(5) 緊急時の連絡先

※ 事業所は，サービス提供中に利用者の容態に急変があった場合には，主治医に連絡する等必要な処置を講ずるほか，あらかじめ指定する緊急連絡先に速やかに連絡するものとします。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 主治医 | 医療機関名称 |  |
| 電話番号 |  |
| 氏名 |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 緊急連絡先 | 氏名  （続柄等） |  |
| 所在地 |  |
| 電話番号 |  |

(6) この契約に関する相談窓口

※ 事業所は，サービス提供に関する利用者の要望，苦情等に対し，利用者の立場に立って，誠実かつ迅速に対応し，改善に努めます。なお，苦情の申立てによって，利用者が不利益な対応を受けることは一切ありません。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 事業所 | 部署名・担当者名 |  |
| 電話番号 |  |
| FAX番号 |  |