

契 約 書

(地 域 密 着 型 通 所 介 護)



株式会社 こころ

こころデイサービス川口桜町

地域密着型通所介護契約書

利用者_____（以下「甲」という。）と事業者：株式会社 ころ
（以下「乙」という。）とは、地域密着型通所介護サービスの利用に関して次のとおり契約を結びます。

（目的）

- 第1条 乙は、介護保険法等の関係法令及びこの契約書に従い、甲がその有する能力に応じて可能な限り自立した日常生活を営むことができるよう地域密着型通所介護サービスを提供し、甲の社会的孤立感の解消及び心身の機能の維持並びに甲の家族の身体的、精神的負担の軽減を図ります。
- 2 乙は、地域密着型通所介護サービス提供にあたっては、甲の要介護状態区分及び甲の被保険者証に記載された認定審査会意見に従います。

（契約期間）

- 第2条 この契約書の契約期間は、令和 年 月 日から令和 年 月 日までとします。但し、上記の契約期間の満了日前に、甲が要介護状態区分の変更の認定を受け、要介護認定有効期間の満了日が更新された場合には、変更後の要介護認定有効期間の満了日までとします。
- 2 前項の契約期間の満了日の7日前までに甲から更新拒絶の意思表示がない場合は、この契約は同一の内容で自動更新されるものとし、その後もこれに準じて更新されるものとします。
- 3 本契約が自動更新された場合、更新後の契約期間は、更新前の契約期間の満了日の翌日から更新後の要介護認定有効期間の満了日までとします。

（保証人）

- 第3条 乙は甲に対して保証人を定めることを請求できます。ただし、社会通念上、保証人を定めることができないやむを得ない理由がある場合はその限りではありません。
- 2 保証人は、本契約に基づく利用者の事業者に対する責務について連帯保証人となると共に、乙が必要ありと認め要請したときはこれに応じて乙と協議し、身上監護に関する決定、利用者の身柄の引き取り、残留財産の引き取り等を行うことに責任を負います。

（運営規程の概要）

- 第4条 乙の運営規程の概要（事業の目的、職員の体制、地域密着型通所介護サービスの内容等）、従業者の勤務の体制等は、別紙重要事項説明書に記載したとおりです。

(地域密着型通所介護計画の作成・変更)

第5条 乙は、甲の心身の状況、その置かれている環境及び希望を踏まえて、地域密着型通所介護計画を作成し、地域密着型通所介護計画作成後も当該計画の実施状況の把握に努めます。

2 地域密着型通所介護計画には、機能訓練等の目標や目標達成のための具体的なサービス内容等を記載します。

3 地域密着型通所介護計画は、居宅サービス計画が作成されている場合は、その内容に沿って作成します。

4 乙は、次のいずれかに該当する場合には、第1条に規定する地域密着型通所介護サービスの目的に従い、地域密着型通所介護計画の変更を行います。

(1) 甲の心身の状況、その置かれている環境等の変化により、当該地域密着型通所介護計画を変更する必要がある場合

(2) 甲が地域密着型通所介護サービスの内容や提供方法等の変更を希望する場合

5 前項の変更に際して、居宅サービス計画の変更が必要となる場合は、速やかに甲の居宅介護支援事業者に連絡するなど必要な援助を行います。

6 乙は、地域密着型通所介護計画を作成し又は変更した際には、これを甲に対し説明し、その同意を得るものとします。

7 地域密着型通所介護サービスの内容を変更した場合、甲と乙とは、甲が変更後に利用する地域密着型通所介護サービスの内容、利用回数、利用料及び介護保険の適用の有無について記載した契約書別紙サービス内容説明書を添付した利用サービス変更合意書を交わします。

(地域密着型通所介護サービスの内容及びその提供)

第6条 乙は、地域密着型通所介護計画に沿って、契約書別紙サービス内容説明書に記載した内容の地域密着型通所介護サービスを提供します。

2 乙は、甲に対して地域密着型通所介護サービスを提供するごとに、当該サービスの提供日及び内容、介護保険から支払われる報酬等の必要事項を、甲が依頼する居宅介護支援事業者が作成する所定の書面に記載し、甲の確認を受けることとします。

3 乙は、甲の地域密着型通所介護サービスの実施状況等に関する記録を整備し、その完了の日から5年間保存しなければなりません。

4 甲は、必要がある場合は、乙に対し前項の記録の閲覧及び自費による謄写を求めることができます。ただし、この閲覧及び謄写は、乙の業務に支障のない時間に行うこととします。

(居宅介護支援事業者等との連携)

第7条 乙は、甲に対して地域密着型通所介護サービスを提供するにあたり、甲が依頼する居宅介護支援事業者又はその他保健・医療・福祉サービスを提供する者との密接な連携に努めます。

(協力義務)

第8条 甲は、乙が甲のため地域密着型通所介護サービスを提供するにあたり、可能な限り乙に協力しなければなりません。

(苦情対応)

第9条 乙は、苦情対応の責任者及びその連絡先を明らかにし、乙が提供した地域密着型通所介護サービスについて甲から苦情の申立てがある場合は、迅速かつ誠実に必要な対応を行います。

2 乙は、甲が苦情申し立て等を行ったことを理由として、甲に対し不利益な取扱いをすることはできません。

(緊急時の対応)

第10条 乙は、現に地域密着型通所介護サービスの提供を行っているときに甲に容態の急変が生じた場合その他必要な場合は、速やかに甲の主治医に連絡を取るなど必要な対応を講じます。

(費用)

第11条 乙が提供する地域密着型通所介護サービスの利用単位毎の利用料その他の費用は、別紙重要事項説明書に記載したとおりです。

2 甲及び保証人は、サービスの対価として、前項の費用の額をもとに月ごとに算定された利用者負担額を乙に支払います。

3 乙は、提供する地域密着型通所介護サービスのうち、介護保険の適用を受けないものがある場合には、特にそのサービスの内容及び利用料金を説明し、甲及び保証人の同意を得ます。

4 乙は、前二項に定める費用のほか、次の各号に掲げる費用の支払いを甲に請求することができます。

- 一 乙の通常の事業の実施地域以外にある甲の居宅から、甲を送迎する場合に要する費用
- 二 甲の要望により通常要する時間を超えて提供された地域密着型通所介護サービスの費用から通常提供される地域密着型通所介護サービス費用を差し引いた額
- 三 食事を提供した場合の食材料費
- 四 おむつ代

- 五 地域密着型通所介護サービスの中で提供される便宜のうち、日常生活においても通常必要となるものに係わる費用であって、甲に負担させることが適当と認められる費用
- 5 乙は、前項に定める費用の額にかかるサービスの提供にあたって、あらかじめ甲及び保証人に対し当該サービスの内容及び費用について説明を行い、甲及び保証人の同意を得なければなりません。
- 6 乙は、甲が正当な理由で地域密着型通所介護サービスの利用をキャンセルした場合は、キャンセル料の支払いを求めないものとします。
- 7 乙は、地域密着型通所介護サービスの利用単位毎の利用料及びその他の費用の額を変更しようとする場合は、1カ月前までに甲に対し文書により通知し、変更の申し出を行います。
- 8 乙は、前項に定める料金の変更を行う場合は、新たな料金に基づく別紙重要事項説明書及び契約書別紙サービス内容説明書を添付した利用サービス変更合意書を交わします。

(利用者負担額の滞納)

- 第12条 甲及び保証人が正当な理由なく利用者負担額を1ヶ月以上滞納した場合は、乙は、30日以上期間を定めて、利用者負担額を支払わない場合に契約を解除する旨の催告をすることができます。
- 2 前項の催告をしたときは、乙は、甲の居宅サービス計画を作成した居宅介護支援事業者と、甲の日常生活を維持する見地から居宅サービス計画の変更、介護保険外の公的サービスの利用について必要な協議を行うものとします。
- 3 乙は、前項に定める協議を行い、かつ甲及び保証人が第1項に定める期間内に滞納額の支払いをしなかったときは、この契約を文書により解除することができます。

(秘密保持)

- 第13条 乙及びその従業員は、正当な理由がない限り、その業務上知り得た甲の秘密を就業時及び退職後も漏らすことはありません。
- 2 乙及びその従業員は、サービス担当者会議等において、甲に関する個人情報を用いる必要がある場合には、甲に使用目的等を説明し同意を得なければ、使用することができません。

(甲の解除権)

- 第14条 甲は、7日間以上の予告期間をもって、いつでもこの契約を解除することができます。
- ただし甲の病変、急な入院などやむを得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除する事ができます。

(乙の解除権)

第15条 乙は、甲が法令違反又はサービス提供を阻害する行為をなし、乙の再三の申し入れにもかかわらず改善の見込みがなく、このサービス利用契約の目的を達することが困難になったときは、30日間以上の予告期間をもって、この契約を解除することができます。

2 乙は、前項によりこの契約を解除しようとする場合は、前もって甲の居宅サービス計画を作成した居宅介護支援事業者や公的機関等と協議し、必要な援助を行います。

(契約の終了)

第16条 次に掲げるいずれかの事由が発生した場合は、この契約は終了するものとします。

- 一 甲が、要介護認定を受けられなかったとき
- 二 第2条1項及び2項により、契約期間満了日の7日前までに甲から更新拒絶の申し出があり、かつ契約期間が満了したとき。
- 三 第14条に基づき、甲が契約を解除したとき
- 四 第12条3項又は第15条に基づき、乙が契約を解除したとき
- 五 甲が、介護保険施設や医療施設等へ入所又は入院等をしたとき
- 六 甲が、死亡したとき

(損害賠償)

第17条 乙は、介護サポートサービスの提供にあたって、事故が発生した場合には、速やかに甲に連絡を行うとともに、必要な措置を講じます。

2 前項において、事故により甲に損害が発生した場合は、乙は速やかにその損害を賠償します。ただし、乙に故意、過失がない場合はこの限りではありません。

3 前項の場合において、当該事故発生につき甲に重過失がある場合は、損害賠償の額を減額することができます。

4 管理者は、提供した地域密着型通所介護に関する利用者様からの苦情に対して、迅速かつ適切に

対応する為、担当者を置き、事実関係の調査を実施し、改善措置を講じ、甲に説明するものとします。

(利用者代理人)

第18条 甲は、代理人を選任してこの契約を締結させることができ、また、契約に定める権利の行使と義務の履行を代理して行わせることができます。

2 甲の代理人選任に際して必要がある場合は、乙は成年後見制度や地域福祉権利擁護事業の内容を説明するものとします。

(合意管轄)

第19条 この契約に起因する紛争に関して訴訟の必要が生じたときは、
利用者の住所地を管轄とする地方裁判所とする事に合意します。

(協議事項)

第20条 この契約に定めのない事項については、介護保険法等の関係法令に従い、甲乙
の協議により定めます。

この契約の成立を証するため本証2通を作成し、甲乙各署名押印して1通ずつを保有し
ます。

令和 年 月 日

利用者 甲 住所

氏名 印

代理人（選任した場合） 住所

氏名 印

連帯保証人 住所

氏名 印

事業者 乙

住所 〒171-0014
東京都豊島区池袋2-41-6
第一シャンボールビル5階

事業者名 株式会社 こころ

事業所名 こころデイサービス川口桜町

代表者名 加藤 健 印

地域密着型通所介護重要事項説明書

＜令和 7 年 11 月 1 日現在＞

1 地域密着型通所介護事業者（法人）の概要

名称・法人種別	株式会社 ころろ ・ 営利法人
代表者名	代表取締役 加藤 健
所在地・連絡先	(住所) 東京都豊島区池袋 2-41-6 第一シャンボールビル 5 階 (電話) 03-3983-8731 (FAX) 03-3983-8732

2 事業所の概要

(1) 事業所名称及び事業所番号

事業所名	ころろデイサービス川口桜町
所在地・連絡先	(住所) 埼玉県川口市桜町 5-6-10 (電話) 048-280-6373 (FAX) 048-280-6367
事業所番号	1170206377
管理者の氏名	松枝 靖晃
利 用 定 員	月～日・祝日：地域密着型通所介護（13 名）

(2) 事業所の職員体制

（地域密着型通所介護）

従業者の職種	人数 (人)	区分		職務の内容
		常勤(人)	非常勤 (人)	
管理者	1	1	0	事業所の管理
生活相談員	3	1	4	相談・生活指導等
介護職員	10	2	8	介護全般
機能訓練指導員	1	0	1	機能回復訓練等
看護職員	1	0	1	体調管理等

(3) 職員の勤務体制

従業者の職種	業務内容	休暇
管理者	従事者及び業務の実施状況の把握、その他業務の管理を一元的に行うと共に、法令等において規定されている指定地域密着型通所介護の実施に関し、事業所の従事者に対し遵守すべき事項について指揮命令を行う。	ローテーションによる
生活相談員	指定地域密着型通所介護の利用申込にかかる調整、他の介護従事者に対する相談助言及び技術指導を行い、また他の従業者と協力して地域密着型通所介護計画の作成等を行う。	ローテーションによる
介護職員	利用者の心身の状況等を的確に把握し、必要な日常生活上の介護や健康管理、その他必要な業務の提供にあたる。	ローテーションによる
機能訓練指導員	日常生活を営むのに必要な機能の減退を防止するための訓練指導、助言を行う。サービス提供時間内に非常勤勤務	ローテーションによる
看護職員	利用者の健康管理と処置・健康相談を受けることにより、生活の不安を取り除くことや医療的視点から見た助言を行う。	ローテーションによる

(4) 事業の実施地域

事業の実施地域	川口市
---------	-----

(5) 営業日

営業日	年中無休
営業時間	8時00分 ～ 18時00分
サービス提供時間	9時00分 ～ 16時30分
営業しない日	なし

(1) 介護保険給付対象サービス

種

種 類	内 容
食 事	(食事時間) １２：００～１３：００ 家庭的な温かく美味しい食事を提供します。 食事サービスの利用は任意です
入 浴	個人浴槽です。 入浴サービスの利用は任意です。
排 泄	利用者の状況に応じて適切な排泄介助を行うと共に、 排泄の自立についても適切な援助を行います。
機能訓練	機能訓練指導員により利用者の状況に適した機能訓練を行い、身体機能の低下を防止するよう努めます。 ＜当施設の保有するリハビリ器具＞ 手押車 <u>１</u> 台 車いす <u>１</u> 台
生活指導	利用者の生活面での指導・援助を行います。 各種レクリエーションや健康体操等を実施します。
健康チェック	血圧測定等利用者の全身状態の把握を行います。
相談及び援助	利用者とその家族からの各種ご相談に問題解決に向けて取り組みます。
送 迎	ご自宅玄関から施設内までの送迎を行います。 送迎サービスの利用は任意です。

介護保険

なります。お客様の利用者負担額については、契約書別紙サービス内容説明書に記載します。

【料金表】令和6年4月1日改正

(地域密着型通所介護5級地：10.45円/単位)

○所要時間7時間以上8時間未満の場合

要介護1 7,868円 1割(787円)	要介護2 9,300円 1割(930円)	要介護3 10,784円 1割(1,079円)	要介護4 12,247円 1割(1,225円)	要介護5 13,710円 1割(1,371円)
要介護1 2割(1,574円)	要介護2 2割(1,860円)	要介護3 2割(2,158円)	要介護4 2割(2,450円)	要介護5 2割(2,742円)
要介護1 3割(2,361円)	要介護2 3割(2,790円)	要介護3 3割(3,237円)	要介護4 3割(3,675円)	要介護5 3割(4,113円)

○減算(1日につき) 同一建物から同一建物への利用時(泊りの翌日が対象となります。)

種 類	利 用 料
片道送迎減算 (送迎を行わない場合)	-492円 (-47単位)

○加算(1日につき)

種 類	利 用 料
入浴介助加算Ⅰ	418円(42円)
介護職員等処遇改善加算Ⅱ	所定単位数に、9.0%を乗じた単位数で算定

・上記料金算定の基本となる時間は、実際にサービス提供に要した時間ではなく、お客様の居宅サービス計画に定められたサービスにかかる標準的な時間を基準とします。

・介護保険での給付の範囲を超えたサービス利用の利用料金は、事業者が別に設定し、全額が利用者の自己負担となりますのでご相談ください。

・介護保険適用の場合でも、保険料の滞納等により、事業者に直接介護保険給付が行われない場合があります。その場合、お客様は料金表の利用料金全額をお支払いください。利用料のお支払いと引き換えにサービス提供証明書と領収証を発行します。

発行されたサービス提供証明書と領収書を保険者介護保険窓口を持参すると、差額分が返還されます。

・ 上記金額の()内が自己負担金となります。

(2) 介護保険給付対象外サービス

○ 食材料費

食事サービスを受ける方は、昼食代 650 円が必要となります。

地域密着型通所介護の延長を受ける方はご希望により、夕食代 500 円が必要となります。

○ おむつ代

おむつを使用される方は、おむつ代 1 枚 200 円が必要となります。

- 事業の実施地域外の送迎費
2－(4)の事業の実施地域以外の地域にお住まいの方は送迎費として実施地域を越えてから1kmあたり 125 円が必要となります。
- その他の費用
地域密着型通所介護サービスの中で提供される便宜のうち、日常生活においても通常必要となるものに係わる費用であって、お客様に負担させることが適当と認められる費用は、お客様の負担となります。
- キャンセル料
無料です。

(3) 利用料等のお支払方法

お引き落としとなっております。

請求書は、翌月15日以降の発送となります。

お引き落とし毎月27日、お振込みは毎月25日が期日となります。

お引き落とし手続き期間中は指定口座へのお振込み、

または現金でのお支払いとなります。

手数料はお客様のご負担となります。

※領収書につきまして、控除の対象となる場合がございます。

再発行は致しかねますので大切に保管して下さい。

4 事業所の特色等

(1) 事業の目的

365日年中無休で地域密着型通所介護サービスを提供しています。

また、少人数制を活かして個人個人にあったケアを提供しています。

(2) 運営方針

①わたしたちは、お客様を尊敬し、その命を守り、責任を持って介護を行ないます。

②わたしたちは、ひとりひとりに「目配り・気配り・心配り」ができる個別ケアに真正面から取り組んでいます。

③わたしたちは、住み慣れた地域社会の中で、尊厳を保ちながら「自分が自分らしくありのまま」に生活できるようにお手伝いします。

④わたしたち職員全員が「介護職人」だと自負し、より質と満足度が高いケアを目指して取り組んでいます。

⑤わたしたちは、「必要な時」に「必要な量」の介護サービスを「必要な地域」で提供し、在宅生活をサポートします。

⑥わたしたちは誰もが安心して生活できる地域社会づくりに草の根から貢献します。

(3) その他

事項	内容
地域密着型通所介護計画の作成及び事後評価	当事業所の管理者が、お客様の直面している課題等を評価し、お客様の希望を踏まえて、地域密着型通所介護計画を作成します。また、サービス提供の目標の達成状況等を評価し、その結果を書面（サービス報告書）に記載してお客様に説明のうえ交付します。
従業員研修	年6回、技術から制度・接遇の研修を行っています。

5 サービス内容に関する苦情等相談窓口

当事業所お客様相談窓口	窓口責任者 管理者 松枝 靖晃 ご利用時間 9：00～18：00 ご利用方法 電話 （048-280-6373） 面接 （当事業所相談室） 苦情箱（事務室に設置）
保険者介護保険課窓口	川口市役所 川口市上青木2-1-1 電話 048-258-1110 ご利用時間 8：30～17：15
国保連相談窓口	住所 埼玉県さいたま市中央区大字下落合 1704 番 （国保会館） 電話 048-824-2568 （苦情処理専門） ご利用時間 8：30～17：00

6 事故発生時における対応方法

こころデイサービス川口桜町は、地域密着型通所介護サービスの提供にあたって事故が発生した場合には、速やかに関係各所に連絡を行うとともに、必要な措置を講じます。発生した事故は内容によっては基準に基づき、保険者への報告を行います。前項において、事故により利用者様に損害が発生した場合は、こころデイサービス川口桜町は速やかにその損害を賠償します。ただし、こころデイサービス川口桜町に故意、過失がない場合はこの限りではありません。前項の場合において、当該事故発生につき利用者様に重過失がある場合は、損害賠償の額を減額することができます。管理者は提供した地域密着型通所介護に関する利用者様からの苦情に対し、迅速かつ適切に対応する為、担当者を置き、事実関係の調査を実施し、改善措置を講じ、関係各所に説明するものとします。

7 緊急時等における対応方法

サービス提供中に病状の急変などがあった場合は、速やかにお客様の主治医、救急隊、緊急時連絡先（ご家族等）、居宅サービス計画を作成した居宅介護支援事業者等へ連絡をします。

主治医	病院名 及び 所在地	
	氏名	
	電話番号	
緊急時連絡先 (家族等)	氏名(続柄)	()
	住所	
	電話番号	
緊急時連絡先 (保証人)	氏名(続柄)	()
	住所	
	電話番号	

8 非常災害時の対策

非常時の対応	別途定める消防計画にのっとり対応を行います。			
避難訓練及び防災設備	別途定める消防計画にのっとり年2回避難訓練を行います。			
	設備名称	個数等	設備名称	個数等
	スプリンクラー	0	防火扉・シャッター	0
	避難階段	0	屋内消火器	1
	自動火災報知機	1	ガス漏れ探知機	1
	誘導灯	1		
	カーテン、布団等は防災性能のあるものを使用しています。			

9 サービス利用に当たっての留意事項

- サービス利用の際には、介護保険被保険者証を提示してください。
- 施設内の設備や器具は本来の用法に従ってご利用ください。これに反したご利用により破損等が生じた場合、弁償していただく場合があります。
- 決められた場所以外での喫煙はご遠慮ください。
- 他の利用者の迷惑になる行為はご遠慮ください。
- 所持金品は、自己の責任で管理してください。
- 施設内での他の利用者に対する執拗な宗教活動及び政治活動はご遠慮ください。

10 第三者評価の実施状況(実施なし)

当事業者は、サービス内容説明書及び重要事項説明書に基づいて、地域密着型通所介護のサービス内容及び重要事項の説明をしました。

令和 年 月 日

事業者	住 所	〒171-0014 東京都豊島区池袋 2-41-6 第一シャンボールビル 5 階
	事業者名	株式会社 こころ
	事業所名	こころデイサービス川口桜町
	代表者名	加藤 健 印

説明者	職 名	管理者兼生活相談員兼介護職員
	氏 名	松枝 靖晃 印

私は、サービス内容説明書及び重要事項説明書に基づいて、地域密着型通所介護のサービス内容及び重要事項の説明を受け同意しました。

令和 年 月 日

利用者	住所	
	氏名	印
代理人(選任した場合)	住所	
	氏名	印
連帯保証人	住所	
	氏名	印

【契約書別紙】

サービス内容説明書（地域密着型通所介護）

当事業者が、あなたに提供するサービスは以下の通りです。

1 地域密着型地域密着型通所介護サービスの内容

曜日（頻度）	時 間 帯	内 容
月曜日	9：00～ 16：30	送迎、食事、機能訓練、生活指導、健康チェック、入浴、排泄、レクリエーション等
火曜日	9：00～ 16：30	
水曜日	9：00～ 16：30	
木曜日	9：00～ 16：30	
金曜日	9：00～ 16：30	
土曜日	9：00～ 16：30	
日曜日	9：00～ 16：30	
不定期	： ～ ：	

2 利用者負担額

あなたが支払う利用者負担額は、以下の通りです。

（1）介護保険適用分

区 分	時 間	単位	単価	1回あたりの利用料
地域密着型通所介護費	時間		×	円
入浴介助加算	1日あたり	40単位	×	円
1回あたりの合計額				① 円
保険適用分（ /100）				② 円
その他の公費負担分（ /100）				③ 円
1回あたりの利用者負担額				④ 円

$$※④＝①－②－③$$

※デイサービス（9:00～16:30）の概算となります。

※ご不明な点がございましたら、いつでもお問い合わせ下さい。

介護保険適用分の1回あたりの利用者負担額は、_____円となります。

ただし、介護保険適用の場合でも、保険料の滞納等により、事業者へ直接介護保険給付が行われない場合があります。その場合、お客様は1ヶ月につき利用料の全額をお支払いください。利用料のお支払いと引き換えにサービス提供証明書と領収証を発行します。

(2) 介護保険適用外の方

内 容	金 額		1 回あたりの利用料
昼食費	7 5 0 円		7 5 0 円
夕食代 ※延長利用の場合	6 0 0 円		円
おむつ代	2 0 0 円	× (枚)	円
1 回あたりの合計額			円

介護保険適用外の方の 1 日あたりの利用料は_____円になります。

- (3) 実施地域外の送迎費については、☐必要ありません。
☐実費 _____円となります。(片道)

- (4) 地域密着型通所介護サービスの中で提供される便宜のうち、日常生活においても通常必要となるものに係わる費用であって、お客様に負担させることが適当と認められる費用は、お客様の負担となります。

- 3 キャンセル料
無料です。

4 利用料等のお支払方法

お引き落としとなっております。

請求書は、翌月 1 5 日以降の発送となります。

お引き落とし毎月 2 7 日、お振込みは毎月 2 5 日が期日となります。

お引き落とし手続き期間中は指定口座へのお振込み、

または現金でのお支払いとなります。

手数料はお客様のご負担となります。

※領収書につきまして、控除の対象となる場合がございます。

再発行は致しかねますので大切に保管して下さい。

- 5 この地域密着型通所介護契約は、指定居宅介護支援事業所_____の介護支援専門員である_____が利用者様のために作成した居宅サービス計画（ケアプラン）に従った内容です。