

重要事項説明書

1. 事業者の概要

- 事業所の所在地: 徳島県吉野川市山川町祇園41-5
- 介護保険事業所番号: 3611713268
- 代表者名: 居村 剛
- 電話番号: 0883-42-6616
- ファクシミリ番号: 0883-42-6626

2. 職員体制

- 医師: 1名(管理者)
- 看護職員: 2名
- 事務職員: 2名

3. 営業日及び営業時間

- 営業日: 月曜日～土曜日(祝日、年末年始 12/31～1/3 を除く)
- 営業時間: 午前8時30分～午後5時30分

4. サービスの内容

- 医師等が利用者の居宅を訪問し、診察に基づき療養上の管理・指導を行います。
- ケアマネジャー(居宅介護支援事業者)に対し、ケアプラン作成に必要な情報提供を行います。
- 医師の行う居宅療養管理指導等 毎月2回を限度
- 薬剤師の行う居宅療養管理指導等 毎月2回を限度
- 歯科衛生士の行う居宅療養管理指導等 毎月4回を限度

5. 利用料

- 厚生労働省が定める介護報酬告示上の額
- 原則として、費用の1割(または一定所得以上の方は2割・3割)が自己負担となります。

6. 苦情相談窓口

- 当施設窓口: 0883-42-6616(担当: 森本 茜)
- 吉野川市 介護保険担当課: 0883-22-2264
- 徳島県国民健康保険団体連合会: 088-654-9000

説明年月日：令和 年 月 日

（事業者）

- 名称：医療法人のぞみ
- 所在地：徳島県吉野川市山川町祇園41番地5
- 代表者：理事長 居村 剛
- 説明者氏名：

私は、上記事業者から重要事項の説明を受けました。

署名

居宅療養管理指導契約書

甲(利用者): _____

乙(事業者): 三木クリニック 管理者: 居村 剛

甲(利用者)と 乙(三木クリニック)は、乙が提供するサービスの利用に関して、次のとおり居宅療養管理指導利用契約を締結します。

(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、甲の心身の状況、置かれている環境等を踏まえて療養上の管理及び指導を行うことにより甲の療養生活の質の向上を図ります。

(契約期間)

第2条 この契約書の契約期間は、令和 年 月 日から利用中止までとします。

(運営規定の概要)

第3条 乙の運営規定の概要、従業者の勤務体制等は、別紙重要事項説明書に記載したとおりです。

(居宅療養管理指導サービスの内容及びその提供)

第4条 乙は、乙に属する医師(又は歯科医師)を派遣し、サービス内容説明書に記載した内容の居宅療養管理指導サービスを提供します。

(居宅介護支援事業者等との連携)

第5条 乙は、甲に対して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(ケアマネジャー)等と密接な連携に努めます。

(料金等の支払)

第6条 甲は、サービスの対価として、厚生労働大臣が定める告示上の額(介護報酬)に基づき、自己負担割合に応じた額を乙に支払います。

2 乙は、毎月サービス終了後、速やかに前月分の請求書を交付します。甲は、請求を受けた月の月末までに、現金、銀行振込、または口座振替の方法により支払うものとします。

(秘密保持)

第7条 乙及びその従業者は、正当な理由なく、サービス提供にあたって知り得た甲又はその家族の秘密を第三者に漏らしません。この義務は契約終了後も同様です。

（甲からの契約解除）

第8条 甲は、乙に対していつでも本契約を解除することができます。

（乙からの契約解除）

第9条 乙は、やむを得ない事情がある場合、30 日の予告期間をもって本契約を解除することができます。

2 甲が利用料の支払いを遅延し、催告後も支払わない場合、または甲が乙に対して著しい背信行為を行った場合は、乙は直ちに本契約を解除することができます。

（契約の終了）

第10条 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 利用者の要介護区分が非該当（自立）と認定されたとき
- ② 甲が死亡したとき、または居宅療養管理指導の必要性がなくなったとき

（損害賠償）

第11条 乙は、サービスの提供にあたって乙の過失により甲に損害を与えた場合は、速やかにその損害を賠償します。

（協議事項）

第 12 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、甲乙協議のうえ定めま

す。

〔契約書署名欄〕

本契約を証するため、甲および乙は署名又は記名押印のうえ本契約書を2通作成し、甲、乙、(身元引受人)が各1通保有します。

令和 年 月 日

(甲) 私は、以上の契約につき説明を受け、その内容を理解し、本契約を申し込みます。

利用者

住所:〒

氏名:

電話番号:

身元引受人 私は、以上の契約につき説明を受け、身元引受人の責任について理解しました。

住所:〒

氏名:

電話番号:

(乙) 当施設は甲の申込を受け、本契約に定める義務を誠実に履行します。

事業者

所在地:〒779-3407 徳島県吉野川市山川町祇園 41 番地 5

名称:三木クリニック

代表者:医療法人のぞみ 理事長 居村 剛

電話番号:0883-42-6616