



#### 4 利用者負担金

(1) 利用者の方からいただく利用者負担金は、次表のとおりです。

訪問介護に必要な水道、電気、ガス、電話代は利用者の方のご負担となります。

介護予防訪問介護費支給区分		対象要支援区分	利用料金(月額)
I	週1回程度の利用が必要な場合	要支援1、要支援2	1,168円
II	週2回程度の利用が必要な場合	要支援1、要支援2	2,335円
III	IIを越える利用が必要な場合	要支援2	3,704円

	サービス内容	サービス提供日	保険摘要
1)			
2)			
3)			
4)			
5)			
6)			
7)			
		利用料金	円
交通費(サービス地域外のみ) <input type="checkbox"/> 不要 <input type="checkbox"/> 必要 →			円
		合 計	円

(注) 事業者の通常の事業の実施地域は観音寺市・三豊市内です。

#### 5 キャンセル

(1) 利用者がサービスの利用の中止をする際には、すみやかに次の連絡先まで、ご連絡ください。

連絡先(電話): 57-6016

#### 6 その他

(1) 利用者がヘルパーの交代を希望される場合には、できる限り対応しますので、前記のサービス提供責任者までご相談ください。

(2) サービス提供の際の事故やトラブルを避けるため、次の事項にご留意ください。

- ① ヘルパーは、医療行為や年金等の金銭の取扱いはいたしかねますので、ご了承ください(生活援助として行う買物等に伴う少額の金銭の取扱いは可能です。)
- ② ヘルパーは、介護保険制度上、利用者(要介護者)の介護や家事の準備等を行うこととされています。家族の方の食事の準備など、それ以外の業務については介護保険外のサービスとなりますので、ご了承ください。
- ③ ヘルパーに対する贈り物や飲食等のもてなしは、ご遠慮させていただきます。

以上「指定介護予防訪問介護利用契約書」（訪問介護の計画）第3条第6項に基づき変更した「別紙介護予防訪問介護内容説明書」を合意いたします。

本書につき双方の合意を証するため、本書2通を作成し、当事者双方記名押印のうえ、各自1通を保有するものとします。

年 月 日

上記内容の説明を受け、了承しました。

利用者氏名 \_\_\_\_\_ 印

利用者は、身体の状態等により署名ができないため、利用者本人の意志を確認のうえ、私が利用者に代わって、その署名を代理いたします。

代理人 住 所 \_\_\_\_\_  
氏 名 \_\_\_\_\_ 印  
電話番号 \_\_\_\_\_  
(利用者との関係 \_\_\_\_\_)

上記の変更した「別紙介護予防訪問介護内容説明書」内容を説明しました。

事業者 所 在 地 観音寺市坂本町一丁目1番6号  
事業者名 社会福祉法人観音寺市社会福祉協議会  
代表者名 会長 白 川 晴 司 \_\_\_\_\_ 印

説明者 \_\_\_\_\_ 印