

訪問介護事業契約書別紙

(1) 訪問介護サービスの内容

提供するサービスの内容は下記のとおりです。

	曜日	時間帯	内容	介護保険適用の有無
①				
②				
③				
④				
⑤				

(2) 利用料

お支払いいただく料金は下記のとおりです。

曜	訪問時間帯	サービス区分	サービス内容	介護保険適用	料金	利用料
日						
月						
火						
水						
木						
金						
土						
1週あたりの利用料（見積もり）合計額						円

○その他の費用 交通費 円

1ヶ月あたりの利用料負担額のめやす	円
-------------------	---

(3) キャンセル規定

利用者がサービスの利用をキャンセルする場合、キャンセル通知の時間によりキャンセル料を請求させていただきます。

○ 前日までのご連絡の場合、キャンセル料は不要です。

○ 当日連絡又はご連絡のない場合、1 提供あたりの利用料を請求します。

※ キャンセルの連絡先 06-6672-8337

ただし、利用者の病変、急な入院等の場合には、キャンセル料を請求いたしません。

以上の記載内容につき変更が生じた場合は、再度、この別紙の内容を変更し、利用者と事業者の双方の合意に基づいて再度契約するものとします。

以上、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

事業者 住 所 大阪市住吉区帝塚山東5丁目10番15号
事 業 者 名 社会福祉法人ライフサポート協会
代表者氏名 理 事 長 藤本 俊彦

利用者 住 所 _____ 印
氏 名 _____

代理人 住 所 _____ 印
氏 名 _____