

介護保険外サービス契約書

_____様と社会福祉法人ライフサポート協会は介護保険制度で対応することが出来ないサービス提供の契約を行ないます。

利用料金につきましては介護保険単価を基準とした10割の料金の設定で時間、内容により下記に提示しましたご利用料金となります。

区分	提供時間	30分未満	30分以上 1時間未満	1時間以上 1時間半未満
	提供時間帯	料金(円)	料金(円)	料金(円)
身体介護	昼間	2,950	4,700	6,850
区分		45分未満	60分	
生活援助	昼間		2,800	
身体生活	昼間	3,900		

身体介護は91分以降30分毎に¥2,000

生活援助は61分以降30分毎に¥1,400の

追加料金になります。

なお、訪問介護員が二人派遣となる場合は、上記料金は2倍になります。

外出の同行などで交通費が必要なときは訪問介護員の交通費のご負担をお願いいたします。

●利用料の請求および支払い方法

1) 請求

ご利用月ごとの合計金額で請求させていただき翌月の支払いとさせていただきます。

ご利用月の翌月初に請求明細書をお届けしますのでご利用日、時間、利用金額のご確認後、記名押印をお願いいたします。

請求書につきましてはお支払い月の15日ごろにお届けいたします。

2) お支払い

- ・事業者指定口座への振込み
- ・利用者指定口座（ゆうちょ銀行）からの口座引き落とし
- ・現金支払い

いずれかの方法により請求月の27日までにお支払いください。

※利用料のお支払いについて、支払いの期日から2ヶ月以上遅延し、さらに支払いの督促から14日以内にお支払いいただかない場合には、契約を解約した上で、未払い分をお支払いいただくこととなります。

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。

保険外サービス契約についての説明日

_____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 村田 進 印

説明者氏名 _____ 印

利用者 住 所 _____

氏 名 _____ 印

代理人 住 所 _____

氏 名 _____ 印