

# デイサービス虹の家 契約書一式

## ～目次～

- 重要事項説明書・・・P2～P5
- 契約書・・・・・・・・P6～P10
- 契約書別紙・・・・・・・・P11～P13
- 個人情報使用同意書・・・P14
- 写真・映像等の撮影・掲載についての同意書・・・P15
- 送迎に関する同意書・P15
- 署名捺印・・・P16

デイサービス虹の家  
(有限会社 ケア・サービス 虹)  
船橋市 高根台 6-9-8  
047-496-0024

# 地域密着型通所介護等 重要事項説明書

(令和6年4月1日現在)

## 1. デイサービス虹の家の概要

### (1)事業所の概要とサービスの種類

事業者名	有限会社 ケア・サービス 虹
事業所名	デイサービス虹の家
代表者名	代表取締役 佐藤 高広
事業所所在地	千葉県 船橋市 高根台 6-9-8
介護保険指定事業者番号 指定年月日	船橋市指定 第 1290901253 号 令和3年10月1日 (通所介護：平成24年11月1日)
サービスの種類	地域密着型通所介護・第一号総合事業（介護予防通所型サービス）、自費サービス
サービスを提供する地域	船橋市
営業時間	月曜日から日曜日 午前8：00～午後6：00 (1月1日を除く)

### (2)当事業所の職員体制 ※職員の配置は変動しますが、指定基準を遵守しております。

	資格	最低人員
管理者	介護福祉士	1名
生活相談員	介護福祉士	1名以上
看護師	看護師・准看護師	1名以上（単位ごと）
機能訓練指導員	看護師が兼務	1名以上（単位ごと）
介護職員	介護福祉士・初任者研修修了者等	3名以上

## 2. サービス内容

地域密着型通所介護計画に沿って、送迎、食事の提供、入浴介助、機能訓練、口腔機能向上、アクティビティー、その他必要な介護等を行います。

## 3. 料金のお支払い方法

毎月20日前後に前月分の請求をいたしますので、到着後1週間以内にお支払い下さい。お支払いいただきますと、次月の請求書と同封で領収証を発行します。

お支払い方法は、以下からお選び頂けます。現金での集金は原則行っておりませんのでご了承下さい。

- ①口座振替：ゆうちょ銀行、その他大部分の金融機関をご利用いただけます。
- ②銀行振込：下記の指定口座へお振り込み下さい。振込手数料はご負担下さい。  
千葉銀行 津田沼駅前支店 普通預金 3395374
- ③郵便局窓口支払い：郵便振替口座 00130-1-139118

#### 4. サービスの利用方法

##### (1) サービスの利用開始

介護保険利用につきましては、居宅サービス計画の作成が必要となります。お電話で受付後、介護支援専門員と連絡を取り、契約に伺います。

##### (2) サービスの終了

###### ① 利用者のご都合でサービスを終了する場合

サービスの終了を希望する日の1週間前までにお知らせ下さい。

###### ② 当社の都合でサービスを終了又は休止する場合

人員不足等やむを得ない事情により、サービス提供を終了させていただく場合がございます。その場合は、終了1ヶ月までに文書で通知いたします。

\*契約後、サービスご利用の意向がないと判断した場合、約1ヵ月前に文書等で通知し、契約を解除させていただく場合があります。

\*災害等で人員の確保等のやむを得ない事情により、一時的にサービスの提供が出来ない場合があります。

###### ③ 自動終了（以下の場合、双方の通知がなくても自動的にサービスが終了します）

- ・ 利用者が介護保険施設に入所した場合
- ・ 介護保険給付でサービスを受けていた利用者の要介護認定区分が、非該当〔自立〕と認定された場合
- ・ 利用者が亡くなられた場合

###### ④ 健康上の理由による中止

- ・ 風邪、病気等の際はサービスの利用を見合わせて無理な利用はお断りする場合がございます。
- ・ 当日の健康チェックの結果体調が悪い場合、サービスを変更又は、中止することがあります。
- ・ ご利用中に体調が悪くなった場合、サービスを中止することがあります。その場合ご家族に連絡の上、適切に対応します。
- ・ 他の利用者の健康に影響を与える可能性のある疾患（感染症）が明らかになった場合、速やかに事業所に申告してください。治癒するまでサービスの利用はお断りさせていただく場合もあります。

###### ⑤ その他

- ・ サービスを中止した場合、同月内であればご希望の日に振り替えができます。但し、この場合、振替日の利用定員を超えるときは利用できません。
- ・ 当社が正当な理由なくサービスを提供しない場合、守秘義務に反した場合、利用者やご家族などに対して社会通念を逸脱する行為を行った場合、または事業者が破産した場合、利用者は文書で解約を通知することによって即座に契約を解約することができます。
- ・ 利用者が、サービス利用料金の支払いを3ヶ月以上遅延し、料金を支払うよう催告したにもかかわらず10日以内に支払わない場合、または利用者やご家族の方などが、当社や当社のサービス従業者に対して本契約を継続し難いほどの背信行為を行った場合は、当社から文書で通知することにより、即座にサービスを終了させていただく場合がございます。

#### 5. 虐待の防止のための措置に関する事項

- ① 虐待の防止のための対策を検討する委員会（テレビ電話装置等の活用可能）を定期的に関催するとともに、その結果について、従業者に周知徹底を図ること

- ②虐待の防止のための指針を整備すること
- ③従業者に対し、虐待の防止のための研修を定期的実施すること
- ④上記措置を適切に実施するための担当者を置くこと

## 6. 身体的拘束等の適正化推進

- 利用者又は他の利用者等の生命又は身体を保護するため、緊急やむを得ない場合を除き、身体拘束を行ってはならないこととする。
- 身体拘束等を行う場合には、その態様及び時間、その際の利用者の心身の状況並びに緊急やむを得ない理由を記録しなければならないこととする。

## 7. 業務継続に向けた取組

事業所は感染症や災害が発生した場合であっても、必要な介護サービスが継続的に提供できる体制を構築する観点から、業務継続に向けた計画等の策定、研修の実施、訓練（シミュレーション）の実施等を行うこととする。

## 8. 感染症対策の強化

感染症の発生及びまん延等に関する取組の徹底を求める観点から、委員会の開催、指針の整備、研修の実施、訓練（シミュレーション）の実施等を行うこととする。

## 9. ハラスメント対策

事業所は職場におけるハラスメント防止に向けた委員会の開催、指針の整備、相談体制の実施等を行うこととする。

## 10. 運営推進会議の設置

当事業所の行う地域密着型通所介護を地域に開かれたサービスとし、サービスの質の確保を図ることを目的として、「運営推進会議」を設置します。

事業の運営に当たっては、地域住民又はその自発的な活動等との連携及び協力を行うなど、地域との交流に努めます。

### <運営推進会議>

構成：利用者、利用者の家族、地域住民の代表者、地域包括支援センター職員、近隣の介護保険サービス事業所職員等

開催：6か月に1度以上開催

会議録：運営推進会議の内容、評価、要望、助言等について記録を作成します。記録は事務所において閲覧できます。

※運営推進会議開催前に、会議の開催に関するご案内および出席依頼を行いますので、可能な限りご出席いただきますようお願いいたします

11. 職員へのお心づけは、固く辞退申し上げます。お気遣いのないようお願いいたします。

## 12. 緊急時の対応方法

サービスの提供中に容体の変化等があった場合は、事前の打ち合わせにより、主治医、救急隊、親族、居宅介護支援事業者等へ連絡をいたします。

緊急連絡先 1	ふりがな 氏 名		続 柄	
	電話番号	自宅) 携帯)		
	住 所			
緊急連絡先 2	ふりがな 氏 名		続 柄	
	電話番号	自宅) 携帯)		
	住 所			
病院・診療所 名		医師名		
診療科目		電話番号		

### 13. サービスの内容に関する苦情

①サービスに関する相談・苦情や職員からのハラスメント等に関する相談

担当：デイサービス虹の家 管理者 電話 047-496-0024

②その他

当事業所以外に船橋市の相談・苦情窓口で苦情を伝えることができます。

船橋市 介護保険課 047-436-2303

### 14. 第三者評価

第三者による評価の実施状況 なし

当該結果の開示状況 なし

地域密着型通所介護等のサービス提供開始にあたり、利用者に対して契約書及び本書面に基づいて重要な事項を説明しました。

令和\_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_月\_\_\_\_\_日

【事業者】事業者名：有限会社 ケア・サービス 虹

所在地：千葉県 船橋市 高根台 6丁目47番7号

【事業所】事業所名：デイサービス虹の家

所在地：千葉県 船橋市 高根台 6丁目9番8号

説明者：職種\_\_\_\_\_

.....<sup>㊞</sup>

# 地域密着型通所介護等 契約書

(令和6年4月1日現在)

.....様（以下「利用者」と言います。）と有限会社 ケア・サービス 虹（以下、「事業者」と言います。）は、事業者が利用者に対して行う地域密着型通所介護または第一号通所事業について、次のとおり契約します。

（契約の目的）

## 第1条

事業者は、利用者に対し、介護保険法および関係法令の趣旨を遵守し、利用者が可能な限りその居宅において、その有する能力に応じ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（以下「通所介護」と言います。）または第一号通所事業による介護予防通所型サービスまたは自費サービス等を提供し、利用者は、事業者に対しそのサービスに対する料金を支払うものとします。

（契約期間）

第2条 この契約の始期は、令和 年 月 日から効力を有するものとします。

- 2 この契約の終期は、要介護または要支援の認定（以下「要介護認定」と言います。）の有効期間満了日までとします。
- 3 前項の規定に拘わらず、第一号通所事業の対象者としてサービスを受ける場合にあっては、利用者の介護予防サービス・支援計画に基づく期間とします。
- 4 第2項および前項に規定する契約期間満了日の2日前までに、利用者から事業者に対して、文書または口頭による契約終了の申し出がない場合、または第一号通所事業によるサービスを利用している場合にあっては、介護予防サービス・支援計画の見直し等によりサービスの継続を必要とされた場合は、契約は自動更新されるものとします。

（地域密着型通所介護計画・第一号通所事業にかかわるサービス計画）

第3条 事業者は、利用者の日常生活全般の状況および希望を踏まえて、居宅サービス計画または介護予防サービス・支援計画に沿って「地域密着型通所介護計画」または「第一号通所事業にかかわるサービス計画」を作成します。事業者は、この「地域密着型通所介護計画」または「第一号通所事業にかかわるサービス計画」の内容を利用者およびその家族等に説明するものとします。

（サービスの提供場所・内容）

第4条 地域密着型通所介護等の提供場所は、次の通りです。

事業所 デイサービス虹の家  
所在地 千葉県 船橋市 高根台 6-9-8

- 2 事業者は、第3条に定めた地域密着型通所介護計画等に沿って介護を提供します。
- 3 利用者は、サービス内容変更を希望する場合には、事業者に申し入れることができます。その内容を検討し変更できる場合は変更します。

#### (サービスの提供の記録)

第5条 事業者は、サービスの提供ごとにサービスの内容や状況を記録し、必要な場合は家族と連絡を取るものとします。

- 2 事業者は、サービス提供記録を作成し、サービス提供終了後5年間保管します。
- 3 利用者は、事業者の営業時間内に当該事業所において、前項に規定する当該利用者に関するサービス提供記録を閲覧することができます。
- 4 利用者は、当該利用者に関する第2項に規定するサービス提供記録の複写物の交付を受けることができます。ただし、複写の実費として【指定通所介護等 契約書別紙】に定める料金を支払うものとします。

#### (契約の目的)

第6条 (料金) 利用者は、サービスの対価として【地域密着型通所介護等 契約書別紙】に記載される月ごとの合計料金を支払うものとします。

- 2 事業者は、当月の料金合計額が記載された請求書に明細を付け、翌月 20日前後を目安に利用者へ送付するものとします。
- 3 利用者は、当月の料金合計額を請求書到着の日から一週間以内に（1. 口座振替・2. 郵便払込・3. 銀行振込）の方法で支払うものとします。

現金での集金は原則行っておりませんのでご了承下さい。

銀行振込の方法を選択した場合にあっては、振込手数料は利用者負担とします。

- 4 事業者は、利用者から料金の支払いを受けたときは、利用者に対し次月の請求書と同封で領収証を発行するものとします。

#### (サービスの中止)

第7条 利用者は、事業者に対して、サービス提供日の前日 17時までには連絡することにより、キャンセル料等の料金を負担することなくサービス利用を中止することができます。

- 2 利用者がサービス提供日の前日 17時までには連絡せずサービスが中止された場合、事業者は、利用者に対して【地域密着型通所介護等 契約書別紙】に定めるキャンセル料を請求することができるものとします。この場合、第6条に定める他の料金の支払いと合わせて請求するものとします。

#### (料金の変更)

第8条 事業者は、利用者に対して1ヶ月前までに文書で通知することにより料金の変更（増額または減額）を申し入れることができます。

- 2 利用者が料金の変更を承諾する場合、新たな料金に基づく「契約書別紙」を作成し、お

互いに取り交わします。

- 3 利用者は、料金の変更を承諾しない場合、事業者に対し文書又は口頭で通知することにより、この契約を解約することができるものとします。

(契約の終了)

第9条 利用者は事業者に対して、1週間の予告期間において文書又は口頭で通知することにより、この契約を解約することができるものとします。ただし、利用者の病変、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約することができるものとします。

- 2 事業者はやむを得ない事情がある場合、利用者に対して、1ヶ月間の予告期間において理由を示した文書で通知することにより、この契約を解約することができるものとします。

- 3 次の事由に該当した場合は、利用者は文書または口頭で通知することにより、直ちにこの契約を解約することができます。

- ① 事業者が正当な理由なくサービスを提供しない場合
- ② 事業者が守秘義務に反した場合
- ③ 事業者が利用者やその家族等に対して社会通念を逸脱する行為を行った場合
- ④ 事業者が破産した場合

- 4 次の事由に該当した場合は、事業者は文書で通知することにより、直ちにこの契約を解約することができるものとします。

- ① 利用者のサービス利用料金の支払いが3ヶ月以上遅延し、料金を支払うよう催告したにもかかわらず10日以内に支払われない場合
- ② 利用者またはその家族等が事業者やサービス従業者に対して本契約を継続し難いほどの背信行為を行った場合
- ③ 下記のような行為があり、ハラスメントに該当するとみなされる場合
  - ・暴力又は乱暴な言動、無理な要求  
物を投げつける、物を向ける、服を引きちぎる、手を払いのける、怒鳴る、奇声  
大声を発す、対象範囲外のサービスの強要 等
  - ・セクシュアルハラスメント  
介護従事者の体を触る、手を握る、腕を引っ張り抱きしめる、性的な話し、卑猥  
な言動 等
  - ・その他  
介護従事者の自宅の住所や電話番号を聞く、ストーカー行為 等

- 5 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 利用者が介護保険施設に入所した場合
- ② 利用者の要介護認定区分が非該当（自立）と認定された場合  
(ただし、総合事業の対象者を除く)
- ③ 利用者が死亡した場合



#### （秘密保持）

第10条 事業者および事業者の使用する者（以下「従業者」と言います。）は、サービス提供をする上で知り得た利用者およびその家族等に関する秘密を正当な理由なく第三者に漏らしません。この守秘義務は契約終了後も同様とします。

2 事業者および従業者は、利用者またはその家族から予め文書で同意を得て、サービス担当者会議および当該利用者の保険者、当該利用者に係る他の居宅サービス事業者に、必要な情報提供を行うことができるものとします。

また、医療上、緊急の必要性がある場合には、医療機関等に利用者に関する心身等の情報を提供できるものとします。

3 情報提供を受けた者は、事業者および従業者と同様に第1項の適用を受け、守秘義務が生じるものとします。

#### （賠償責任）

第11条 事業者は、地域密着型通所サービス等の提供に伴って、事業者の責めに帰すべき事由により利用者の生命・身体・財産に損害を及ぼした場合は、利用者に対してその損害を速やかに賠償するものとします。

2 利用者およびその家族による故意または重大な過失により、事業所または職員に損害を及ぼした場合は、その損害を賠償請求することがあります。

#### （緊急時の対応）

第12条 事業者は、現に地域密着型通所サービス等の提供を行っているときに利用者の病状に急変が生じた場合、その他必要な場合は、速やかに主治医等に連絡を取る等必要な措置を講じるものとします。

#### （連携）

第13条 事業者は、地域密着型通所サービス等の提供に当たり介護支援専門員（当該利用者を担当する介護支援専門員がいる場合に限り）および保健医療サービスまたは福祉サービスを提供する者との密接な連携に努めるものとします。

#### （相談・苦情対応）

第14条 事業者は、利用者からの相談、苦情等に対応する窓口を設置し、地域密着型通所サービス等に関する利用者の要望、苦情等に対し、迅速に対応するものとします。

#### （この契約に定めのない事項）

第15条 利用者および事業者は、信義誠実を持ってこの契約を履行するものとします。

2 この契約に定めのない事項については、介護保険法令その他諸法令の定めに従い、利用者と事業者双方が誠意を持って協議のうえ定めるものとします。

(裁判管轄)

第16条 この契約に関してやむを得ず訴訟となる場合は、利用者および事業者は、利用者の住  
所地を管轄する裁判所を第一審管轄裁判所とすることを予め合意するものとします。

# 地域密着型通所介護等 契約書別紙

(令和6年4月1日現在)

## 1. サービス内容

### (1) 地域密着型通所介護 (要介護1～5の方)

- ・食事や入浴などの日常生活上の支援や、生活機能向上のための機能訓練等を行います。

### (2) 介護予防通所型サービス (要支援1・2の方、総合事業対象者の方)

- ・食事や入浴などの日常生活上の支援や、生活機能向上のための機能訓練等を行います。

### (3) 自費サービス (介護保険外のサービス)

- ・介護保険外の通所サービスや食事の提供等を行います。

## 2. 利用料金

### (1) 介護保険利用料については、厚生労働大臣が定める基準及び市区町村が定める基準によるものとします。

船橋市から発行される介護保険負担割合証の「利用者負担割合欄」に記載された利用者負担割合になります。但し、介護保険の給付の範囲を超えたサービス利用は全額自己負担となります。

その他自費サービス等は別途「契約書別紙」に定める利用料となります。

### (2) 介護保険の加算等について

#### ① 料金表に含まれている加算

「介護職員処遇改善加算」…介護職員の賃金改善に適切な措置を講じているとし、処遇改善加算（Ⅰ）の算定要件を満たしたため、下記のとおり加算いたします。

【処遇改善加算】…5.9%を加算

「介護職員等特定処遇改善加算」…介護職員等の賃金改善に適切な措置を講じているとし、特定処遇改善加算（Ⅰ）の算定要件を満たしたため、下記のとおり加算いたします。

【介護職員等特定処遇改善加算】…加算率5.9%を加算

「介護職員等ベースアップ等支援加算」…介護職員等の賃金改善に適切な措置を講じているとし、算定要件を満たしたため、下記のとおり加算いたします。

【介護職員等ベースアップ当支援加算】…加算率1.1%を加算

「サービス提供体制強化加算」…介護福祉士の常勤換算の割合が70%を超えており、算定要件を満たしたため、加算いたします。

※ 船橋市は介護保険の地域区分が4級地になるので、地域加算により10.54倍となっております。（総合事業も該当）

#### ② その他 料金の注意点

- ・利用者が自ら通う場合、ご家族が送迎を行う場合等、事業所が送迎を行わない場合は片道につき54円（2割負担：108円 3割負担：162円）を減算します。尚、介護予防通所型サービスにおいてはこの限りではありません。

様のご利用サービス

地域密着型通所介護 ・ 介護予防通所型サービス ・ 自費サービス

(3) 料金表

※ 以下料金表の該当するサービス①～③の前のチェックボックスに シ を入れる

※ 利用料と加算を合わせた場合、小数点以下の計算により請求金額に相違が発生する場合があります。

① 地域密着型 通所介護（要介護1～5の方）の場合

	利用者負担金額		
	1割	2割	3割
◇所要7時間以上8時間未満の場合			
要介護 1	858 円	1,716 円	2,574 円
要介護 2	1,016 円	2,032 円	3,048 円
要介護 3	1,177 円	2,353 円	3,529 円
要介護 4	1,337 円	2,673 円	4,010 円
要介護 5	1,496 円	2,992 円	4,487 円
◇加算項目			
・ サービス提供体制強化加算(Ⅰ)/回	25 円	49 円	73 円
・ 入浴介助加算(Ⅰ)/回	45 円	89 円	133 円
・ 入浴介助加算(Ⅱ)/回	64 円	127 円	190 円
・ 科学的介護推進体制加算/月	45 円	89 円	133 円

② 介護予防 通所型サービス(要支援1・2の方、総合事業対象者の方)の場合

	利用者負担金額		
	1割	2割	3割
要支援 1 / 週1回程度	2,051 円	4,102 円	6,153 円
要支援 2 / 週2回程度	4,130 円	8,259 円	12,389 円
◇加算項目			
・ サービス提供体制強化加算(Ⅰ)支援1/月	101 円	201 円	301 円
・ サービス提供体制強化加算(Ⅰ)支援2/月	201 円	401 円	601 円
・ 科学的介護推進体制加算/月	45 円	89 円	133 円

※ 利用料金は1ヶ月ごとの定額制です。

※ 送迎料金、入浴サービスの料金が含まれております。

※ 月ごとの定額制となっているため、以下に該当する場合を除いては、原則として日割り計算は行いません。

- ・ 月途中で要介護から要支援、または要支援から要介護に変更となった場合
- ・ 同一保険者管内での転居等により事業所を変更した場合
- ・ 月途中で介護予防特定施設入居者生活介護等から退所、または入所した場合
- ・ 月途中で介護予防短期入所生活介護または介護予防短期入所療養介護を利用した場合
- ・ 総合事業対象者の方で月途中で契約または終了をした場合

### ③自費サービス

昼食代（おやつ代含む）	820円
レクリエーション材料費等	実費（利用者の自己選択）
オムツ等	105円～（サイズや形状により料金が変わります）
延長時の夕食代	850円（18：00以降延長時）
介護保険外の利用料	30分につき 800円 ※介護保険が発生しない場合の早退も該当
介護保険外の送迎費用	片道につき 500円
営業地域外の送迎費用	50円（1kmごとに）
介護保険外利用の入浴代	550円
複写物	10円（A4サイズ1枚あたり）

#### (4) キャンセル料

##### ① 地域密着型通所介護・自費サービスの場合

急なキャンセルの場合は、下記の料金をいただきます。キャンセルが必要となった場合は、至急ご連絡ください。（連絡先：電話 047-496-0024）

- ・ 前日の17時までにご連絡いただいた場合は無料です。
- ・ 前日17時以降のキャンセルは、いかなる理由の場合でも1,000円をいただきます。
- ・ 来所後に体調不良等で、1時間以内に早退した場合はキャンセル料をいただきます。

キャンセル料	前日の17時まで・・・無料	前日17時以降・・・1,000円
--------	---------------	------------------

##### ② 介護予防通所介護・介護予防通所型サービスの場合

月ごとの定額制として給付されておりますので、キャンセル料は発生しません。

### 3. 料金等の変更について

地域密着型通所介護等の料金体系などが変更になった場合は、契約書別紙にて利用者に通知するものとします。

## 【個人情報使用同意書】

私（利用者及びその家族）の個人情報については、次に記載するところにより必要最小限の範囲内で使用することに同意します。

### 1. 使用する目的

- (1) 利用者のための居宅サービス計画に沿って円滑にサービスを提供するために実施される担当者会議、介護支援専門員と事業所との連絡調整等において必要な場合。
- (2) 利用者に医療上、緊急の必要性がある場合において、医療機関等に利用者に関する心身等の情報提供が必要な場合。
- (3) 適切なサービス提供の実施を確保し、経営安定化を図る観点から、ICT を活用し必要な業務を行う場合や、災害、感染症、虐待等の委員会等を開催する場合。

### 2. 使用する期間

契約時から契約終了日及び居宅介護支援事業所変更時における情報提供の際等。  
但し、（利用者及びその家族からの）事前申し出によって、この契約を一時停止及び解約することが出来る。

### 3. 事業所として

- (1) 個人情報の提供は必要最低限とし、提供に当たっては、関係者以外の者に漏れる事のないよう細心の注意を払います。
- (2) 個人情報を使用した会議、相手方、内容等の経過を記録し、適正に管理します。
- (3) 諸記録の保存、交付等について、適切な個人情報の取り扱いを求めた上で、電磁的な対応を行わせて頂く場合があります。

### 4. 以下に記載される事項に該当する場合は、ご利用者やご家族等の同意を得ることなく、必要とされる情報を提供させて頂く場合がございます。

#### ア. 法令に基づく場合

イ. 生命・身体・財産の保護に必要な場合であって、事前に同意を得ることが困難なとき

ウ. 国の機関もしくは地方公共団体、またはその委託を受けた者が、法令の定める事務を遂行することに対して協力する必要がある、ご利用者の同意を得ることにより、当該事務の遂行に支障を及ぼすおそれがあるとき

## 【写真・映像等の撮影・掲載についての同意書】

- ・撮影した写真や映像の使用については、当社の広報活動に関することに使用します。
- ・印刷物、掲示物、ホームページ、SNS（facebook/Instagram/X等）、等に掲載します。
- ・不定期で不特定多数の写真・映像アップとなる為、都度、個別による連絡は致しません。

### 写真・映像等の撮影・掲載同意書

①撮影した写真及び映像等は、当社が行う広報活動のために使用し、これ以外の目的には使用いたしません。

③ 写真及び映像等の使用期間の制限はありません。

③写真や動画を使用されたことによる金銭的対価を求めません。

※同意する目的に○を、同意しない目的に×を記入して下さい。

印刷物、掲示物、配布物、求人広告、販促広告

ホームページ、インターネット、動画サイト

## 【送迎に関する同意書】

私（利用者及びその家族）は、次に記載する送迎について同意します。

- ① 原則として、玄関の中までの迎え、送りをいたします。  
身体的・環境的等の諸事情がある場合は、ご本人、ご家族と話し合いを行い、提供できる範囲の送迎サービスをさせていただきます。
- ② 送迎時間につきましては、交通事情等で、10分以上到着が遅れる場合がございます。その際は、事業所より電話連絡いたします。
- ③ 利用者様の体調不良等を除き、準備等ができていない場合、他の利用者様にご迷惑をかけてしまいますので長時間待機することはできません。ご本人、ご家族のご協力をお願いいたします。
- ④ 乗車中は、安全のため全席シートベルトの着用をお願いしております。

上記の契約及び同意を証するため、本書2通を作成し、利用者および事業者が署名または記名押印の上、1通ずつ保有するものとします。

契約締結日 令和 年 月 日

<事業者>

所在地 船橋市 高根台 6丁目47番4号

事業者名 有限会社 ケア・サービス虹

代表者名 代表取締役 佐藤 高広 ⑩

<事業所>

所在地 船橋市 高根台 6丁目9番8号

事業所名 デイサービス虹の家

私は、「重要事項説明書」「契約書」「契約書別紙」「個人情報使用同意書」「写真・映像等の撮影・掲載についての同意書」「送迎に関する同意書」により、重要な事項の説明を受けました。

内容を了承の上、契約致します。

【利用者】

住 所 .....

.....

氏 名 ..... ⑩（自署の場合 押印不要）

代 筆 者 ..... 続柄（ ..... ）⑩

【代理人】

住 所 .....

.....

氏 名 ..... ⑩ 続 柄 .....