

重 要 事 項 説 明 書

1 事業者について

事業者名称	株式会社 Laugh Tale
代表者氏名	鶴岡 誠将
本社所在地 (連絡先)	福岡県大野城市御笠川 4 丁目 1-1-603 TEL 092-504-9017
設立年月日	令和 3 年 9 月 1 日

2 ご利用者へのサービス提供を担当する事業所について

(1) 事業所の所在地等

事業所名称	ラフテル	
指定事業所番号	訪問介護	4073201578
事業所所在地 (連絡先)	福岡県大野城市御笠川 4 丁目 1-1-603 TEL 092-504-9017	
相談担当者	原田 夢	
事業所の通常の 事業実施地域	大野城市、福岡市全域（離島を除く）	

(2) 事業の目的および運営方針

事業の目的	要介護状態又は要支援状態となった場合においても入浴、排せつ、食事の介護その他の日常生活にわたる援助を行うことにより、その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に支援することを目的とする。
運営方針	利用者の要介護状態の軽減若しくは悪化の防止又は要介護状態となることの予防に資するよう、その目標を設定し、計画的に行うものとする。また訪問介護の提供に当たっては、訪問介護計画等に基づき、利用者が日常生活を営むのに必要な援助を行う市町村、地域の保健・医療・福祉サービスとの綿密な連携に努める

(3) 事業所窓口の営業日及び営業時間

営業日	月曜日から金曜日 ただし、祝日及び、12月29日から1月3日までを除く
営業時間	午前9時から午後18時まで

(4) サービス提供可能な日と時間帯

サービス提供日	月曜日から日曜日
サービス提供時間	00時00分から23時59分まで

(5) 事業所の職員体制

事業所の管理者	原田 夢
---------	------

職 種	職 務 内 容	人員数
サービス提供責任者	1 指定訪問介護の利用の申込みに係る調整を行います。 2 訪問介護計画等の作成並びに利用者等への説明を行い、同意を得ます。利用者へ訪問介護計画等を交付します。 3 指定訪問介護の実施状況の把握及び訪問介護計画等の変更を行います。 4 利用者の状態の変化やサービスに関する意向を定期的に把握します。 5 サービス担当者会議への出席等により、居宅介護支援事業者と連携を図ります。 6 訪問介護員等に対し、具体的な援助目標及び援助内容を指示するとともに、利用者の状況についての情報を伝達します。 7 訪問介護員等の業務の実施状況を把握します。 8 訪問介護員等の能力や希望を踏まえた業務管理を実施します。 9 訪問介護員等に対する研修、技術指導等を実施します。 10 その他サービス内容の管理について必要な業務を実施します。	2人以上
訪問介護員	1 訪問介護計画等に基づき、日常生活を営むのに必要な指定訪問介護のサービスを提供します。 2 サービス提供責任者が行う研修、技術指導等を受けることで介護技術の進歩に対応し、適切な介護技術をもってサービス提供します。 3 サービス提供後、利用者の心身の状況等について、サービス提供責任者に報告を行います。 4 サービス提供責任者から、利用者の状況についての情報伝達を受けます。	4名以上

3 提供するサービスの内容と料金および利用者負担額について

(1) 提供するサービスの内容について

サービス区分と種類		サービスの内容
訪問介護計画等の作成		利用者に係る居宅介護支援事業者が作成した訪問介護サービス計画等（ケアプラン）に基づき、利用者の意向や心身の状況等のアセスメントを行い、援助の目標に応じて具体的なサービス内容を定めた訪問介護計画等を作成します。
身体介護生活支援型サービスは除く	食事介助	食事の介助を行います。
	入浴介助	入浴（全身浴・部分浴）の介助や清拭（身体を拭く）、洗髪などを行います。
	排泄介助	排泄の介助、おむつ交換を行います。
	特段の専門的配慮をもって行う調理	医師の指示に基づき、適切な栄養量及び内容を有する特別食（腎臓病食、肝臓病食、糖尿病食、胃潰瘍食、貧血食、脾臓病食、脂質異常症食、痛風食、嚥下困難者のための流動食、経管栄養のための濃厚流動食及び特別な場合の検査食（単なる流動食及び軟食を除く））の調理を行います。
	更衣介助	上着、下着の更衣の介助を行います。
	身体整容	日常的な行為としての身体整容を行います。

区分	サービス提供時間	20分以上 45分未満		45分以上	
	サービス提供時間帯	利用料	利用者負担金	利用料	利用者負担金
生活援助	午前8時～ 午後6時	1,907 円	191 円	2,345 円	234 円
	午前6時～ 午前8時	上記金額の 25%増し			
	午後6時～ 午後10時				
	午後10時～ 午前6時	上記金額の 50%増し			
	≪身体介護に引続き生活援助を行った場合≫ 所用時間が 20 分から起算して 25 分を増すごとに 698 円（利用者負担額 70 円）を加算 ただし、2,094 円（利用者負担額 209 円）を限度とする				

※サービス提供時間数は、実際にサービス提供に要した時間ではなく、訪問介護サービス計画等及び訪問介護計画等に位置付けられた時間数（計画時間数）によるものとします。なお、計画時間数とサービス提供時間数が大幅に異なる場合は、利用者の同意を得て、訪問介護サービス計画等の変更の援助を行うとともに訪問介護計画等の見直しを行います。

※ 利用者の心身の状況等により、1人の訪問介護員によるサービス提供が困難であると認められる場合で、利用者の同意を得て2人の訪問介護員によるサービス提供を行ったときは、上記金額の2倍になります。

※ 要介護度が4又は5の利用者の場合であって、通院等のための乗車又は降車の介助を行うことの前後に連続して、相当の所要時間(20～30分程度以上)を要し、かつ手間のかかる身体介護を行う場合には、「身体介護」の介護報酬を算定します。例えば、乗車の介助の前に連続して、寝たきりの利用者の更衣介助や排泄介助をした後、ベッドから車いすへ移乗介助し、車いすを押して自動車へ移動介助する場合などです。

※ 要介護度が1～5の利用者であって、通院等のための乗車又は降車の介助の前後において、居宅における外出に直接関係しない身体介護(例：入浴介助、食事介助など)に30分～1時間以上を要し、かつ当該身体介護が中心である場合には、通算して「身体介護」を算定します。

※ サービス提供責任者に介護職員初任者研修課程修了者(ヘルパー2級課程修了者)を配置する事業所は、上記金額の70/100となります。

	加算	利用料	利用者負担金	算定回数等
要介護度による区分なし	緊急時訪問介護加算	1,000 円	100 円	1 回の要請に対して 1 回算定
	初回加算	2,000 円	200 円	初回のみ算定
	介護職員処遇改善加算（Ⅰ）	所定単位数の 137/1000	左記の 1 割	基本サービス費に各種加算を加えた総単位数により算定
<p>○緊急時訪問介護加算は、利用者やその家族等からの要請を受けて、サービス提供責任者が介護支援専門員と連携を図り、介護支援専門員が必要と認めたときに、訪問介護員等が訪問介護サービス計画等でない指定訪問介護（身体介護）を行った場合に加算します。</p> <p>○初回加算は、新規に訪問介護計画等を作成した利用者に対して、初回に実施した指定訪問介護と同月内に、サービス提供責任者が、自ら指定訪問介護を行う場合又は他の訪問介護員等が指定訪問介護を行う際に同行訪問した場合に加算します。</p> <p>○介護職員処遇改善加算は、介護職員の処遇を改善するために賃金改善や資質の向上等の取り組みを行う事業所に認められる加算です。</p>				

(3) ヘルパーの禁止行為

ヘルパーはサービスの提供にあたって次の行為は行いません。

- ① 医療行為
- ② 利用者又は家族の金銭、預貯金通帳、証書、書類などの預かり
- ③ 利用者又は家族からの金銭、物品、飲食の授受
- ④ 利用者の同居家族に対するサービス提供
- ⑤ 利用者の日常生活の範囲を超えたサービス提供（大掃除、庭掃除など）
- ⑥ 利用者の居宅での飲酒、喫煙、飲食
- ⑦ 身体的拘束その他利用者の行動を制限する行為（利用者又は第三者等の生命や身体を保護するため緊急やむを得ない場合を除く）
- ⑧ その他利用者又は家族等に対して行う宗教活動、政治活動、営利活動、その他迷惑行為

(4) 利用者及び利用者の家族等の禁止行為

- ① 職員に対する身体的暴力（身体的な力を使って危害を及ぼす行為）
例：コップを投げつける／蹴る／唾を吐く
- ② 職員に対する精神的暴力（個人の尊厳や人格を言葉や態度によって傷つけたり、おとしめたりする行為）
例：大声を発する／怒鳴る／特定の職員に嫌がらせをする／「この程度できて当然」と理不尽なサービスを要求する
- ③ 職員に対するセクシュアルハラスメント（意に添わない性的誘いかけ、好意的態度の要求等、性的ないやがらせ行為）
例：必要もなく手や腕を触る／抱きしめる／あからさまに性的な話をする

(5) サービス契約の終了

事業者は、次に掲げるいずれかの場合には、サービス契約を解除することができる。

利用者又は利用者の家族等からの職員に対する身体的暴力、精神的暴力又はセクシュアルハラスメントにより、職員の心身に危害が生じ、又は生ずるおそれのある場合であって、その危害の発生又は再発生を防止することが著しく困難である等により、利用者に対して介護サービスを提供することが著しく困難になったとき。

4 その他の費用について

① 交通費	① 実施地域外から片道1キロ未満 無料 ② 実施地域外から片道1キロ以上 30円/キロ	
③ キャンセル料	サービスの利用をキャンセルする場合、キャンセルの連絡をいただいた時間に応じて、下記によりキャンセル料を請求させていただきます。	
	24時間前までのご連絡の場合	キャンセル料は不要です
	12時間前までにご連絡の場合	1提供あたりの利用料の100%を請求いたします。
	12時間前までにご連絡のない場合	1提供あたりの利用料の100%を請求いたします。
※ただし、利用者の病変、急な入院等の場合には、キャンセル料は請求いたしません。		
③ サービス提供にあたり必要となる利用者の居宅で使用する電気、ガス、水道の費用	利用者（お客様）の別途負担となります。	
④通院介助等におけるヘルパーの公共交通機関等の交通費		

5 利用料、その他の費用の請求および支払い方法について

利用者負担額について	<p>利用者負担額は、世帯ごとの所得区分に応じて月額の上限額が定められており、上限額を超えた部分については事業者が介護給付費として市町村に請求することとなっています。</p> <p>複数のサービスを利用した場合は、いずれかの事業者が上限額管理を行うことにより、サービスごとの利用者負担額を確定します。</p>
上限額管理について	<p>訪問介護における利用者負担上限額管理とは、複数の事業者によるサービスを利用する利用者等について、利用者負担の額が利用者及びその世帯ごとの負担上限額を超えることがないよう事業者ごとの徴収額の管理を行なうことです。</p> <p>対象者は市町村で認定され、受給者証にその旨を記載して「利用者負担上限額管理事務依頼(変更)届出書」が交付されます。</p> <p>利用者の希望により、当事業所を利用者負担上限額管理者に選任される場合、サービス開始までにお申し出ください。その際、「利用者負担上限額管理事務依頼(変更)届出書」を提出してください。事業者が必要事項を記載してお返ししますので、「受給者証」とともに市町村に届け出てください。（受給者証に上限額管理者名が記載されます。）</p> <p>利用者等が上限額管理を行う事業者を選択しなかった場合、上限を超えた利用者負担額は、利用者等が直接市町村に償還給付の申請を行うことにより給付を受けることとなります。</p>

利用者負担額その他の費用の支払い方法について	<p>利用者負担額及びその他の費用について、サービスを利用した月の翌月 15 日までに利用月分の請求書をお届けします。サービス提供の記録と内容を照合のうえ、請求月の月末までに、下記のいずれかの方法によりお支払い下さい。</p> <p>(ア) 現金支払い (イ) 利用者指定口座からの自動振替 (ウ) 事業者指定口座への振り込み</p> <p>お支払いを確認しましたら、必ず領収書をお渡ししますので、保管をお願いします。また、介護給付費等について市町村より給付を受けた場合は、受領通知をお渡ししますので、必ず保管をお願いします。</p>
------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

※ 利用料、その他の費用の支払いについて、支払い能力があるにもかかわらず支払い期日から 3 月以上遅延し、故意に支払いの督促から 14 日以内にお支払がない場合には、契約を解約した上で、未払い分をお支払いいただくことがあります。

6 担当ヘルパーの変更を希望される場合の相談窓口について

利用者のご事情により、担当ヘルパーの変更を希望される場合は、右のご相談担当者までご相談ください。	原田 夢
--------------------------------------------------	------

※ 担当ヘルパーの変更に関しては、利用者等の希望を尊重して調整を行いますが、当事業所の人員体制などにより、ご希望にそえない場合もありますことを予めご了承ください。

(1) サービス提供の責任者は、次のとおりです。

なお、サービスについてご相談や不満がある場合には、どんなことでもお寄せください。

氏 名： 原田 夢

(2) サービスを提供する主なホームヘルパーは次のとおりです。なお、事業者の都合によりホームヘルパーを変更する場合は、サービス提供責任者から事前に連絡します。

主なホームヘルパーの氏名：

(3) ヘルパーは、常に身分証を携帯し、初回訪問時及び利用者又は利用者の家族からその提示を求められたときは、いつでも身分証を提示します。

7 サービスの提供にあたっての留意事項

- (1) サービスの提供に先立って、介護保険被保険者証に記載された内容（被保険者資格、要介護認定の有無及び要介護認定の有効期間）を確認させていただきます。被保険者の住所などに変更があった場合は速やかに当事業者にお知らせください。
- (2) 利用者が要介護認定を受けていない場合は、利用者の意思を踏まえて速やかに当該申請が行われるよう必要な援助を行います。また、居宅介護支援が利用者に対して行われていない等の場合であって、必要と認められるときは、要介護認定の更新の申請が、遅くとも利用者が受けている要介護認定の有効期間が終了する 30 日前にはなされるよう、必要な援助を行います。

- (3) 利用者に係る居宅介護支援事業者が作成する「訪問介護サービス計画等（ケアプラン）」に基づき、利用者及び家族の意向を踏まえて、指定訪問介護の目標、当該目標を達成するための具体的なサービスの内容等を記載した「訪問介護計画等」を作成します。なお、作成した「訪問介護計画等」は、利用者又は家族にその内容の説明を行い、同意を得た上で交付いたしますので、ご確認いただくようお願いいたします。
- (4) サービス提供は「訪問介護計画等」に基づいて行います。なお、「訪問介護計画等」は、利用者等の心身の状況や意向などの変化により、必要に応じて変更することができます。
- (5) 訪問介護員等に対するサービス提供に関する具体的な指示や命令は、すべて当事業者が行います。実際の提供に当たっては、利用者の心身の状況や意向に十分な配慮を行います。

8 虐待の防止について

事業者は、利用者等の人権の擁護・虐待の防止等のために、下記の対策を講じます。

虐待防止に関する責任者	代表取締役 鶴岡誠将
虐待防止に関する担当者	管 理 者 原 田 夢

- ① 虐待防止に関する責任者を選定しています。
- ② 成年後見制度の利用を支援します。
- ③ 苦情解決体制を整備しています。
- ④ 従業者に対する虐待防止を啓発・普及するための研修を実施しています。

利用者等からの苦情対策のために、苦情解決体制を整備しています。

苦情対策に関する責任者	代表取締役 鶴岡誠将
苦情対策に関する担当者	管 理 者 原 田 夢

9 秘密の保持と個人情報の保護について

①利用者及びその家族に関する秘密の保持について	<p>事業者は、利用者の個人情報について「個人情報の保護に関する法律」及び厚生労働省が策定した「福祉事業者における個人情報の適切な取り扱いのためのガイドライン」を遵守し、適切な取り扱いに努めるものとします。</p> <p>○ 事業者及び事業者の使用する者（以下「従業者」という。）は、サービス提供をする上で知り得た利用者及びその家族の秘密を正当な理由なく、第三者に漏らしません。</p> <p>○ また、この秘密を保持する義務は、サービス提供契約が終了した後においても継続します。</p> <p>○ 事業者は、従業者に業務上知り得た利用者又はその家族の秘密を保持させるため、従業者である期間及び従業者でなくなった後においても、その秘密を保持すべき旨を、従業者との雇用契約の内容とします。</p>
②個人情報の保護について	<p>○ 事業者は、利用者からあらかじめ文書で同意を得ない限り、サービス担当者会議で使用する等、他の障害福祉サービス事業者等に、利用者の</p>

	<p>個人情報を提供しません。また、利用者の家族の個人情報についても、当該利用者の家族からあらかじめ文書で同意を得ない限り、サービス担当者会議で使用する等、他の福祉サービス事業者等に利用者の家族の個人情報を提供しません。</p> <p>○ 事業者は、利用者及びその家族に関する個人情報が含まれる記録物（紙によるものの他、電磁的記録を含む。）については、善良な管理者の注意をもって管理し、また処分の際にも第三者への漏洩を防止するものとします。</p> <p>○ 事業者が管理する情報については、利用者の求めに応じてその内容を開示することとし、開示の結果、情報の訂正、追加または削除を求められた場合は、遅滞なく調査を行い、利用目的の達成に必要な範囲内で訂正等を行うものとします。（開示に際して複写料などが必要な場合は利用者の負担となります。）</p>
--	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

10 身体拘束について

事業者は、原則として利用者に対して身体拘束を行いません。ただし、自傷他害等のおそれがある場合など、利用者本人または他人の生命・身体に対して危険が及ぶことが考えられるときは、利用者に対して説明し同意を得た上で、次に掲げることにより、必要最小限の範囲内で行うことがあります。その場合は、身体拘束を行った日時、理由及び態様等についての記録を行います。

また事業者として、身体拘束をなくしていくための取り組みを積極的に行います。

- (1) 緊急性……直ちに身体拘束を行わなければ、利用者本人または他人の生命・身体に危険が及ぶことが考えられる場合に限りします。
- (2) 非代替性……身体拘束以外に、利用者本人または他人の生命・身体に対して危険が及ぶことを防止することができない場合に限りします。
- (3) 一時性……利用者本人または他人の生命・身体に対して危険が及ぶことがなくなった場合は、直ちに身体拘束を解きます。

11 事故発生時及び緊急時の対応方法について

サービス提供中に、利用者に病状の急変が生じた場合その他必要な場合は、速やかに主治の医師への連絡を行う等の必要な措置を講じるとともに、利用者が予め指定する連絡先にも連絡します。

12 事故発生時の対応方法について

利用者に対する訪問介護の提供により事故が発生した場合は、都道府県、市町村、利用者の家族等に連絡を行うとともに、必要な措置を講じます。

また、利用者に対する訪問介護の提供により賠償すべき事故が発生した場合は、損害賠償を速やかに行います。

本事業者は、下記の損害賠償保険に加入しています。

保険会社名	株式会社 全福サービス
保 険 名	契約期間 2020年9月1日～2021年8月31日（随時更新）

13 身分証携行義務

訪問介護員等は、常に身分証を携行し、初回訪問時及び利用者または利用者の家族から提示を求められた時は、いつでも身分証を提示します。

14 心身の状況の把握

指定訪問介護の提供に当たっては、居宅介護支援事業者が開催するサービス担当者会議等を通じて、利用者の心身の状況、その置かれている環境、他の保健医療サービス又は福祉サービスの利用状況等の把握に努めるものとします。

1 5 居宅介護支援事業者等との連携

- (1) 指定訪問介護の提供に当たり、居宅介護支援事業者及び保健医療サービス又は福祉サービスの提供者と密接な連携に努めます。
- (2) サービス提供の開始に際し、この重要事項説明に基づき作成する「訪問介護計画等」の写しを、利用者の同意を得た上で居宅介護支援事業者に速やかに送付します。
- (3) サービスの内容が変更された場合又はサービス提供契約が終了した場合は、その内容を記した書面又はその写しを速やかに居宅介護支援事業者に送付します。

1 6 サービス提供の記録

- (1) 指定訪問介護の実施ごとに、そのサービスの提供日、内容及び利用料等を、サービス提供の終了時に利用者の確認を受けることとします。また、利用者の確認を受けた後は、その控えを利用者に交付します。
- (2) 指定訪問介護の実施ごとに、サービス提供の記録を行うこととし、その記録は、提供の日から5年間保存します。
- (3) 利用者は、事業者に対して保存されるサービス提供記録の閲覧及び複写物の交付を請求することができます。

1 7 衛生管理等

- (1) 訪問介護員等の清潔の保持及び健康状態について、必要な管理を行います。
- (2) 事業所の設備及び備品等について、衛生的な管理に努めます。

1 8 指定訪問介護サービス内容の見積もりについて

契約に際して、利用者のサービス内容に応じた見積もり(契約書別紙)を作成します。

1 9 苦情解決の体制及び手順

- (ア) 提供した指定訪問介護サービスに係る利用者及びその家族からの相談及び苦情を受け付けるための窓口を設置します。(下表【事業者の窓口】のとおり)
本事業所では地域にお住まいの方を第三者委員に選任し、地域住民の立場から本事業所に対するご意見などもいただいています。本事業所への苦情や意見は第三者委員に相談することもできます。

第三者委員氏名・連絡先 徳原 聖雨 092-718-1620

第三者による評価の実施状況

第三者による評価	1. あり	実施日：
		評価機関名称：
		結果の開示 1.あり 2.なし
	2. <input checked="" type="checkbox"/> なし	

(イ) 相談及び苦情に円滑かつ適切に対応するための体制及び手順は以下のとおりとします。

- ① 苦情原因の把握
- ② 検討会の開催
- ③ 改善の実施
- ④ 再発防止
- ⑤ 事故発生時の対応等

【事業者の窓口・苦情解決責任者】 株式会社 Laugh Tale 管理者 原田夢	所在地:福岡県大野城市御笠川4丁目1-1-603 TEL: 092-504-9017 FAX: 092-504-9018 受付時間 平日 9時00分から18時00分
【市町村の窓口】 介護保険課	《大野城市》 所在地:福岡県大野城市曙町2-2-1 すこやか福祉部介護支援課介護サービス担当 TEL: 092-573-8083 《福岡市》 所在地:福岡市中央区天神1-8-1 福岡市役所 福祉局高齢社会部介護保険課 TEL: 092-733-5452
【公的団体の窓口】 福岡県社会福祉協議会運営適正化委員会	所在地:春日市原町3-1-7 福岡県総合福祉センタークローバープラザ内 TEL: 092-915-3511
【公的団体の窓口】 福岡県国民健康保険団体連合会事業部 介護保険課 (介護サービス相談窓口)	所在地:福岡市博多区吉塚本町13-47 TEL: 092-642-7859 FAX: 092-642-7857

20 緊急時の対応

サービス提供にあたり事故、体調の急変等が生じた場合は、事前の打ち合せに基づき、家族、主治医、救急機関等に連絡します。

医療機関等	主治医等の氏名 連絡先 住所
緊急連絡先	氏名 連絡先 住所 利用者との関係

21 非常災害対策

当社及び各関係機関への連絡体制をとります。

【 説明確認欄 】

令和 年 月 日
契約の締結に当たり、前記により重要事項を説明しました。

事業 者 ラフテル
福岡県大野城市御笠川 4 丁目 1-1-603
鶴岡 誠将

㊞

契約の締結に当たり、前記のとおり説明を受けました。

利 用 者 住 所 _____

名 前 _____ ㊞

代筆者 _____ ㊞

上記代理人（代理人を選任した場合）

住 所 _____

名 前 _____ ㊞

理 由 _____

令和 年 月 日

サービス提供責任者
内容説明者 _____ ㊞

個人情報使用同意書

私及びその家族の個人情報については、次に記載するとおり必要最小限の範囲内で使用することに同意します。

記

1 使用する目的

- ① 利用者に、緊急な事態が発生し、病院等で情報が必要な場合をいう。
- ② 事業者が、介護保険法に関する法令に基づき私に行う重度訪問介護サービスを円滑に実施するため、担当者会議において、又は私が利用する他のサービス事業者等と情報の共有が必要な場合に、使用する。

2 条件

- (1) 個人情報の提供は必要最小限とし、提供にあたっては、関係者以外のものに漏れるようなことがないように注意すること。
- (2) 個人情報を使用した相手方、内容等の経過を記録しておくこと。

3 個人情報の内容

氏名、住所、健康状態、病歴、家庭状況等、事業者がサービスを提供するために最小限必要な利用者や家族個人に関する情報

令和 年 月 日

事業者	名称	ラフテル
	住所	福岡県大野城市御笠川4丁目1-1-603
	代表者	鶴岡 誠将 (印)

利用者	住所	
	名前	(印)
	代筆者	(印)
	(代筆の理由)	

家族 (法定代理人)	住所	
	名前	(印)

利用契約合意書

【 新規 】

本件契約の内容及び期間を次のとおり新規契約します。

新 規	(1) 契約内容 内訳：	単位
	(2) サービス利用開始日	令和 年 月 日

令和 年 月 日

利 用 者 名 前 _____ (印)

代筆者 _____ (印)

上記代理人（代理人を選任した場合）

名 前 _____ (印)

事 業 者 ラフテル
福岡県大野城市御笠川 4 丁目 1-1-603
鶴岡 誠将 _____ (印)

利用契約変更・更新合意書

【第 回 変更・更新】

本件契約の内容又は期間を次のとおり【 変更 ・ 更新 】します（しました）。

<input type="checkbox"/> 変更の場合	(1) 変更の内容： (2) サービス内容説明書の扱い： (3) 変更契約期間： 年 月 日～ 年 月 日
<input type="checkbox"/> 更新の場合	新たな有効期間： 年 月 日～ 年 月 日

令和 年 月 日

利 用 者 名 前 _____ (印)

代筆者 _____ (印)

_____(代筆の理由)

上記代理人（代理人を選任した場合）

名 前 _____ (印)

_____(選任の理由)

事 業 者 名 称 ラフテル _____ (印)

介護保険サービス利用契約解約申入書

本件契約を次のとおり解約を申入れます。

契約期日	令和	年	月	日	までで契約を解約します。
------	----	---	---	---	--------------

令和 年 月 日

(事業 者) 名 称 ラフテル 印

利 用 者 名 前 印

代筆者 印

(代筆の理由

上記代理人 (代理人を選任した場合)
名 前 印

(代理人選任の理由)