

# 医療法人社団 千春会

( )

## 利用者支援サービス 契約書・重要事項説明書

\_\_\_\_\_  
様（以下、「利用者」といいます）と医療法人社団 千春会が運営する  
\_\_\_\_\_  
（以下、「事業者」といいます）は、事業者が利用者に対して  
提供するサービス（以下、「サービス」といいます）について次のとおり契約します。

### 第1条（契約の目的）

事業者は利用者に対し、利用者の希望に添ったサービスを提供し、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ことについて取り決めることを、本契約の目的とします。

### 第2条（契約期間）

この契約の契約期間は \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日から始まり、解除の時をもって終了するものとします。

### 第3条（サービス提供の記録）

事業者はサービスの提供に関する記録をつけることとし、これをこの契約の終了後5年間保存します。

- 2 利用者は、事業所の営業時間内に当該利用者に関する第1項のサービス実施記録を閲覧できます。

### 第4条（料金）

利用者は、受けたサービスの対価として、料金表に定められた料金を事業所に支払うものとします。

- 2 事業者は、当月料金の合計額の請求書に明細を付して、利用者へ送付します。
- 3 利用者は、当月の料金の合計額を、千春会病院窓口または、引き落とし、振込みにて支払います。
- 4 事業者は、利用者から料金の支払いを受けたときは、利用者に対し領収証を発行します。

### 第5条（利用料金の変更）

サービス利用料金について、事業者は当該サービス利用料金を変更することができるものとします。

- 2 サービス利用料金については、経済状況の変化等やむを得ない事由がある場合は、事業者は利用者に対して相当の猶予期間を置き、当該サービス利用料金を相当な額に変更することができます。
- 3 利用者は、前項の変更に同意することができない場合には、本契約を解除することができます。また、利用者が料金の変更を承諾する場合、新たな料金表に基づく同意書を作成しお互いに取り交わします。

## 第6条（契約の終了）

利用者は、事業者に対して7日前までに文書で通知することにより、この契約を解除することができます。

- 2 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、施設に入所された場合。
  - (2)利用者が、死亡された場合。
  - (3)利用者の病状、心身状態等が著しく悪化し、当事業所でのサービスの提供の範囲を超えると判断した場合。
  - (4)事業者が、解散命令や破産した場合等やむを得ない事由で閉鎖した場合。
  - (5)天変地異等により施設が滅失、重大な毀損により、サービス提供が不可能な場合。
- 3 利用者は、次の事由に該当した場合は即時に契約を解除することができます。
  - (1)サービス利用料の変更に同意できない場合。
  - (2)事業者もしくは職員が、正当な理由なく、契約書に定めるサービスの提供しない場合。
  - (3)事業者もしくは職員が、守秘義務に違反した場合。
  - (4)事業者もしくは職員が、故意または過失により利用者の身体・財産・信用等を傷つけ、または著しい不信行為、その他本契約を継続しがたい重大な事情が認められる場合。
  - (5)他の利用者が利用者本人の身体・財産・信用等を傷つける恐れがある場合に、事業者が適切な対応を取らない場合。
- 4 次の事由に該当した場合、事業者は催告なくこの契約を解除できます。
  - (1)利用者及び利用者代理人のサービス利用料金の支払いが、正当な理由なく3ヶ月遅延し、支払うよう催告したにも関わらず14日以内に支払われない場合。
  - (2)利用者又は利用代理人が、事業者や職員又は他の利用者に対して、信頼関係を損なう行為を行った場合。
  - (3)事業者がやむを得ない事由により閉鎖等事実上運営できない状態になった場合。
- 5 前4項による契約の終了後、事業者が利用者に対して実施したサービスの利用料金については、全額利用者及び利用者代理人の負担とします。

## 第7条（利用者代理人）

利用者は、契約に際し、利用者代理人を供するものとします。

- 2 利用者代理人は、利用者の代理人として利用者に代わって本契約書に定める同意その他意思表示、事業者の意思表示の受領を行うとともに、この契約に基づく利用者の事業者に対する一切の債務につき、利用者と連帯して履行の責任を負います。

## 第8条（秘密保持）

事業所の職員は、サービスを提供する上で知り得た利用者及びそのご家族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、職員の退職後及び本契約終了後も同様です。

- 2 事業者は、利用者から予め文書で同意を得ない限り、利用者の個人情報を用いません。

## 第9条（賠償責任）

事業者は、サービスの提供に伴って、明らかに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賠償します。

- 2 利用者は、利用者が、事業所の施設・設備について、滅失、破損、汚損、もしくは変更した場合は、認知症状等に関わらず、自己の費用により現状に復するかまたは相当の代価を支払うものとしします。

## 第10条（連絡義務）

事業者は、利用者の健康状態が急変した場合は、予め届けられた連絡先に可能な限り速やかに連絡するとともに、医師に連絡を取る等必要な処置を行います。

## 第11条（管轄裁判所に関する合意）

利用者、利用者代理人及び事業者は、本契約について、裁判上の紛争が生じた場合には京都地方裁判所を専属的合意管轄裁判所にすることを合意します。

## 第12条（相談・苦情対応）

事業者は利用者からの相談、苦情等については、迅速に対応します。

## 第13条（本契約に定めのない事項）

利用者、利用者代理人および事業者は、信義誠実をもってこの契約を履行するものとしします。

- 2 この契約に定めのない事項については、民法その他諸法令の定めるところを尊重し、当事者が誠意を持って協議の上定めます。

# 医療法人社団 千春会

( )

## 利用者支援サービス 重要事項説明書

### 1、法人

名称・法人種別	医療法人社団 千春会
代表者職種・氏名	理事長 菊地 孝三
法人所在地	京都府長岡京市開田 2 丁目 14 番 26 号
電話番号	( 075 ) 954 - 2175

### 2、事業所概要

名称	
所在地	
電話 / FAX番号	
管理者名	

### 3、事故について

事業者は、利用者に対するサービスの提供により重大な事故が発生した場合は、ご家族等に連絡をします。そして事故発生原因を追求し再発防止の必要な処置を講ずるものとします。また、事業者の責により賠償すべき事故が発生した場合は、損害賠償を行います。

当事業所では、利用者が自発的かつ自由に行動されることを大切にしており、このことが心身機能の維持につながると考えております。この考え方に基づくため、不可抗力等により転倒事故などが発生する場合がありますのでご理解下さい。

### 4、備品管理について

金銭・貴重品・持参物の紛失および破損において、事業所は弁済致しません。

### 5、受診の対応

(1)急変・事故時に受診が必要と判断した場合は、協力医療機関と連携し受診を行います。

(2)急変・事故時に利用者代理人が指定する「別紙1」の緊急連絡先に連絡します。  
原則、受診の付添を依頼します。

(3)医療機関の受診費用は、利用者負担となります。

#### 【協力医療機関】

病院名	千春会病院
所在地	京都府長岡京市開田 2 丁目 14 番 26 号
電話番号	( 075 ) 954 - 2175

#### 【緊急連絡先】

「別紙 1」のとおりです

## 6、利用に当たっての留意事項及び禁止事項

事業所の禁止事項は、下記の通りです。

- (1)危険物、刃物を持ち込むこと。
- (2)ケンカ、口論、泥酔等他の利用者に迷惑をかけること。
- (3)指定した場所以外で火気を用い、または自炊すること。
- (4)事業所内にタバコ、ライターの持ち込み及び喫煙すること。
- (5)宗教や習慣の相違等で他人を排斥し、他人の自由を侵すこと。
- (6)事業所内の秩序、風紀を乱し、または安全衛生に害すること。
- (7)利用者の営利行為等、宗教の勧誘等、特定の政治活動等。
- (8)ペットの持ち込み。
- (9)上記の他、事業所および利用者への迷惑行為。

## 7、利用料金

- (1) サービスを提供した際の利用料金の額は、当事業所が定める別紙に掲げるサービス提供を行った場合には、それに要した額をお支払いいただきます。
- (2) 利用者は、「別紙料金表」に掲げる利用料及び費用の額をお支払いいただきます。
- (3) 領収書は、原則として再発行致しません。但し、サービス利用の支払いに対する領収書紛失等の理由により、領収証明書の発行依頼があった場合には、領収証明書を発行します。なお発行に際しては文書料として一通につき金 1,000 円（税別）を申し受けません。
- (4) 毎月 20 日頃に、手渡しもしくは郵送致します。支払方法は、千春会病院窓口または銀行振込、引き落としにて支払い下さい。お支払後は領収書を発行致します。



# 医療法人社団 千春会

( )

## 緊急連絡先（重要事項説明書・別紙 1）

### 【緊急連絡先】

緊急 連絡先①	氏名	続柄( )
	住所	
	連絡先①	
	連絡先②	
	連絡先③	
緊急 連絡先②	氏名	続柄( )
	住所	
	連絡先①	
	連絡先②	
	連絡先③	

### 【主治医】

医療機関名	
医師名	
連絡先	

### 【緊急時医療機関】

医療機関名	
連絡先	

別紙 1 について説明を受け、同意いたします。

年 月 日

ご利用者様 \_\_\_\_\_ 印

ご家族様 代理人様 \_\_\_\_\_ 印