

## 特定非営利活動法人 ばくの会 サービス利用契約書

自立支援       公的制度サポート

様（以下、「利用者」という）とばくの会（以下、「提供者」という）は、利用者に対して、提供者が行うサービスについて次のとおり契約します。

### 第1条（契約の目的）

提供者は利用者に対し、利用者が可能な限りその居宅等において、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自立支援サービス・公的制度サポートサービス・子育て支援サービスを提供し、利用者は提供者に対し、そのサービスに対する料金を支払います。

### 第2条（契約期間）

この契約の契約期間は      年      月      日から利用終了までとします。

### 第3条（援助計画）

提供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、「援助計画」を作成します。提供者はこの「援助計画」の内容を利用者およびその家族に説明します。

### 第4条（サービスの内容）

利用者が提供を受けるサービスの内容は「援助計画」に定めたとおりです。

### 第5条（サービス提供の記録）

提供者はサービスの実施ごとに、サービスの提供日、内容等をこの契約書と同時に交付する活動記録表等に記入し、サービスの終了時に利用者の確認を受けます。

### 第6条（料金）

利用者は提供者に重要事項説明書に定めた利用料金を支払います。

### 第7条（サービスの中止・キャンセル料）

利用者は提供者に対しサービス提供の前日の午後5時までに通知をすることによりサービス利用を中止することができます。ただしそれ以降に、利用者の都合により中止する場合、利用者は提供者に重要事項説明書に定めたキャンセル料を支払います。

## 第8条（契約の解約）

利用者は提供者に対して、1週間の予告期間において文書により通知することにより、この契約を解約することができます。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週間以内の文書による通知でもこの契約を解約することができます。

- 2 提供者はやむを得ない事情がある場合や、利用者の身体状況が変わり自立支援と認められなくなった場合、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ます。
- 3 利用者または提供者に債務不履行がある時、前2項の定めにかかわらず、相手方は、即時契約を解除することができます。

## 第9条（秘密保持）

提供者は、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です。

- 2 提供者は利用者または家族から予め文書で同意を得ない限り、会議等において利用者およびその家族の個人情報を用いません。

## 第10条（賠償責任）

提供者はサービスの提供にともなって、提供者の責めに帰すべき理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、特定非営利活動法人ばくの会がかけている賠償責任保険の範囲内で、利用者に対してその損害を賠償します。

ただし、利用者または利用者の家族に重大な過失がある場合は、賠償額を減額することができます。

## 第11条（緊急時の対応）

提供者はサービス提供中に利用者の病状の急変が生じた場合その他必要な場合は、速やかに家族および主治の医師等に連絡をとるなど必要な措置を講じます。

## 第12条（身分証携行義務）

提供者は常に身分証を携行し、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。

## 第13条（連携）

提供者は保険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ます。

## 第14条（相談・苦情対応）

提供者は利用者の相談、苦情等に対し、誠実かつ迅速に対応します。

## 第15条（本契約に定めのない事項）

この契約に定めのない事項については、利用者と提供者が誠意を持って協議の上定めます。

上記の契約を証するため、本書2通を作成し、利用者、事業者が署名押印の上、1通ずつ保有するものとします。また、重要事項説明書を確認します。

契約締結日           年           月           日

契約者氏名

事業者

<事業者名> 特定非営利活動法人 ばくの会  
<住所> 東京都東大和市向原2-1043-17  
<代表者名> 理事長 今野 初恵 印

利用者

<住所> 〒

<電話>

<氏名> 印

<性別> 男 女

<生年月日> 西暦           年           月           日

<年齢>           歳

<サービス区分> 家事援助           介助、介護           子育て支援  
公的制度サポート（身体・生活援助・介護予防）

<依頼理由>

<主治医 電話>

<緊急連絡先 続柄 電話>

「同意書」私は、提供者における必要なケア会議・コーディネーター会議等において、私および家族の個人情報を用いることに同意します。

サイン

(代理人)

<住所>

<氏名> 印