

**介護予防・日常生活支援総合事業
第1号通所事業(通所型サービスA)契約書別紙
(兼重要事項説明書)**

あなた(利用者)に対するサービスの提供開始にあたり、当事業者があなたに説明すべき重要事項は、次のとおりです。

1. 事業者(法人)の概要

事業者(法人)の名称	株式会社 ReBeyon
主たる事務所の所在地	〒586-0013 河内長野市向野町149番地16
代表者(職名・氏名)	代表取締役 越智 聖大
設立年月日	令和7年9月26日
電話番号	0721-55-2510

2. ご利用事業所の概要

ご利用事業所の名称	予防リハビリ特化施設 りはのあ	
サービスの種類	第1号通所事業(通所型サービスA)	
事業所の所在地	〒586-0013 河内長野市向野町149番地16	
電話番号	0721-55-2510	
指定年月日・事業所番号	令和7年12月1日指定	27A0700069
利用定員	定員 20人	
事業の実施地域	河内長野市	

3. 事業の目的と運営の方針

事業の目的	要支援状態にある利用者が、その有する能力に応じ、可能な限り居宅において自立した日常生活を営むことができるよう、生活の質の確保及び向上を図るとともに、安心して日常生活を過ごすことができるよう、介護予防サービスを提供することを目的とします。
運営の方針	事業者は、利用者の心身の状況や家庭環境等を踏まえ、介護保険法その他関係法令及びこの契約の定めに基づき、関係する市町村や事業者、地域の保健・医療・福祉サービス等と綿密な連携を図りながら、利用者の要支援状態の軽減や悪化の防止、もしくは要介護状態となることの予防のため、適切なサービスの提供に努めます。

4. 提供するサービスの内容

第1号通所事業(通所型サービスA)は、事業者が設置する事業所(予防リハビリ特化施設りはのあ)に通っていただき、生活等に関する相談及び助言、健康状態の確認やその他利用者に必要な日常生活上の世話及び機能訓練を行うことにより、利用者の心身機能の維持を図るサービスです。

5. 営業日時

営業日	月曜日から金曜日まで。ただし、年末年始(12月30日から1月3日)を除く。
営業時間	午前9時15分から午後5時15分まで
サービス提供時間	午前10時00分から午後4時30分まで 延長時間は、午後4時30分から午後5時30分までとします。

6. 事業所の職員体制

従業者の職種	勤務の形態・人数
管理者	常勤 1人
従事職員	常勤 2人以上

7. サービス提供の責任者

あなたへのサービス提供の管理責任者(管理者)は下記のとおりです。
サービス利用にあたって、ご不明な点やご要望などありましたら、何でもお申し出ください。

管理責任者の氏名	越智 聖大
----------	-------

8. 利用料

あなたがサービスを利用した場合の「基本利用料」は以下のとおりであり、あなたからお支払いいただく「利用者負担金」は、**原則として負担割合証に応じた基本利用料の1割、2割又は3割の額**です。ただし、総合事業の支給限度額を超えてサービスを利用する場合、超えた額の全額をご負担いただきます。

(1)第1号通所事業の利用料・通所型サービスAの利用料・・・基本報酬の額となります。

【基本報酬】

サービス名称	サービスの内容	基本利用料	利用者負担(1割)	利用者負担(2割)	利用者負担(3割)
通所型サービスA事業費(1回につき)	週1回程度の通所型サービスAが必要とされた者で1月の中で4回までの通所型サービスAを行なった場合(事業対象者・要支援1)	3,984円/回	399円	797円	1,196円
通所型サービスA事業費(1回につき)	週2回程度の通所型サービスAが必要とされた者で1月の中で5回～8回までの通所型サービスAを行なった場合(事業対象者・要支援2)	4,087円/回	409円	818円	1,227円
通所型サービスA事業費(1月につき)	週1回程度の通所型サービスAが必要とされた者で1月の中で5回以上行なった場合(事業対象者・要支援1)	16,432円/月	1,644円	3,287円	4,930円
通所型サービスA事業費(1日につき)	週1回程度の通所型サービスAが必要とされた者で1月の中で5回以上行なった場合(事業対象者・要支援1)	544円/日	55円	109円	164円
通所型サービスA事業費(1月につき)	週2回程度の通所型サービスAが必要とされた者で1月の中で9回以上行なった場合(事業対象者・要支援2)	33,100円/月	3,310円	6,620円	9,930円
通所型サービスA事業費(1日につき)	週2回程度の通所型サービスAが必要とされた者で1月の中で9回以上行なった場合(事業対象者・要支援2)	1,088円/日	109円	218円	327円

- ・上記の基本利用料は、河内長野市で定める金額であり、これが改定された場合は、これら基本利用料も自動的に改訂されます。なお、その場合は、事前に新しい基本利用料を書面でお知らせします。
- ・月の計算によっては、端数調整の関係で上記利用者負担にならない場合があります。

(2)その他の費用

延長料金	利用者の希望により、サービス提供時間を超えてサービスを利用した場合、1時間につき2,000円の延長料金をいただきます。
おむつ代	リハビリパンツ1枚122円、パット(大)は1枚25円パット(小)、1枚20円をいただきます。
その他	上記以外の日常生活において通常必要となる経費であって、利用者負担が適当と認められるもの(利用者の希望によって提供する日常生活上必要な身の回り品など)について、費用の実費をいただきます。

(3)キャンセル料

利用予定日の直前にサービス提供をキャンセルした場合は、以下のとおりキャンセル料をいただきます。ただし、利用者の容体の急変や急な入院など、やむを得ない事情がある場合は、キャンセル料は不要とします。

キャンセルの時期	キャンセル料
利用予定日の前日	利用者負担金の 50%の額
利用予定日の当日	利用者負担金の100%の額

(注)利用予定日の前々日までのキャンセルの場合は、キャンセル料不要です。

(4)支払い方法

上記(1)から(3)までの利用料(利用者負担分の金額)は、1ヶ月ごとにまとめて請求しますので、次のいずれかの方法によりお支払いください。

なお、利用者負担金の受領に関わる領収書等については、利用者負担金の支払いを受けた後、迅速にお渡しします。

支払い方法	支払い要件等
銀行振込	サービスを利用した月の翌月の末日(祝休日の場合は直前の平日)までに、事業者が指定する下記の口座にお振り込みください。 三井住友銀行 トランク NORTH 支店(403) 普通預金 0279170
現金払い	サービスを利用した月の翌月の末日(休業日の場合は直前の営業日)までに、現金でお支払いください。

9. 緊急時における対応方法

サービス提供中に利用者の体調や容体の急変、その他の緊急事態が生じたときは、速やかに下記的主治医及び家族等へ連絡を行う等、必要な措置を講じます。

利用者の主治医	医療機関の名称	
	氏名	
	所在地	
	電話番号	— —
緊急連絡先 (家族等)	氏名(利用者との続柄)	(続柄:)
	電話番号	— —

10. 事故発生時の対応

サービスの提供により事故が発生した場合は、速やかに利用者の家族、担当の地域包括支援センター及び河内長野市等へ連絡を行うとともに、必要な措置を講じます。

11. 守秘義務

事業者及び事業者の従業員は、サービスの提供にあたって知り得た利用者又は利用者の家族の秘密及び個人情報について、正当な理由がない限り、契約中及び契約終了後においても、第三者には漏らしません。

12. 苦情相談窓口

(1)サービス提供に関する苦情や相談は、当事業所の下記の窓口でお受けします。

事業所相談窓口	電話番号: 0721-55-2510	担当者氏名: 久原 円香・堀田 昂己
---------	--------------------	--------------------

(2)サービス提供に関する苦情や相談は、下記の機関にも申し立てることができます。

苦情受付機関	河内長野市 地域福祉高齢課	電話番号 0721-53-1111
	大阪府国民健康保険団体連合会	電話番号 06-6949-5418

13. サービスの利用にあたっての留意事項

サービスのご利用にあたってご留意いただきたいことは、以下のとおりです。

1. サービスの利用中に気分が悪くなったときは、すぐに職員にお申し出ください。
2. 複数の利用者の方々が同時にサービスを利用するため、周りの方のご迷惑にならないようお願いいたします。
3. 体調や容体の急変などによりサービスを利用できなくなったときは、できる限り早めに担当の地域包括支援センター又は当事業所の担当者へご連絡ください。

14. 非常災害対策

事業者は、当事業所の所在する地域の環境及び利用者の特性に応じて、事象別の非常災害に関する計画を策定しております。

年 月 日

事業者は、利用者のサービス提供開始にあたり、上記のとおり重要事項を説明しました。

※事業者(法人)印を除き、直筆の場合は押印不要です。

事業者

所在地 河内長野市向野町149番地16
事業者(法人)名 株式会社 ReBeyon
代表者職・氏名 代表取締役 越智 聖大



説明者職・氏名 _____

私は、事業者より上記の重要事項について説明を受け、同意しました。
また、この文書が契約書の別紙(一部)となることについても同意します。

利用者

住所

氏名

印

署名代行者(又は法定代理人)

住所

氏名

印

本人との続柄()