

【契約書別紙】

○ サービス提供責任者

氏名 _____ 連絡先 0197-71-7373

○ 居宅介護の内容

提供するサービスの内容は下記のとおりです。

	曜日	時間帯	内容
①			
②			
③			
④			
⑤			
⑥			
⑦			

○ 利用料金

30分につき _____ 円 ※目安です。30分単位での料金ではありません。
ただし、1か月あたりの上限を _____ 円とする。

- ※ 初回時、また過去2月に当事業所からサービス提供を受けていない場合は、
初回加算として 200円 / 月とする。
- ※ サービス提供責任者が、要請された内容について緊急対応が必要と判断した場合は、
緊急時対応加算として 100円 / 1回とする。ただし、月2回まで。
- ※ 本人又は扶養義務者の負担能力に応じ市町村長が定めた額
- ※ 通常の事業実施地域以外においてサービスを提供する場合、実費・
交通費は公共機関を使用した場合は実費を、自動車を使用した場合は
1km当たり(往復)30円です。

○ 相談、要望、苦情等の窓口

指定障害福祉サービス(居宅介護、重度訪問介護、同行援護)に関する相談、
要望、苦情等はサービス提供責任者か下記窓口まで申し出てください。

☆サービス相談窓口☆
電話番号 : 0198-71-7373
担当者 : 佐々木 恵津子
(受付時間 月～金曜日 8:30～17:00)

また、上記窓口以外でも、次の窓口で相談等を受け付けています。

所在地 北上市 健康福祉部 福祉課 障がい福祉係
岩手県北上市芳町1-1
電話番号 0197-72-8214(障がい福祉係直通)
FAX番号 0197-63-7023

岩手県社会福祉協議会(岩手県福祉サービス運営適正化委員会)
所在地 盛岡市三本柳8地割1番3 ふれあいランド岩手内
電話番号 019-637-8871
FAX番号 019-637-9612

事業者

<事業者名> JAいわて花巻訪問介護きたかみ事業所
<住所> 岩手県北上市和賀町藤根18地割39番地3
<説明者名> _____ 印

上記内容の説明を受け、了承しました。

令和 ____ 年 ____ 月 ____ 日 <利用者> _____ 印

<上記代行署名者名> _____ 印
(続柄 /)

<代理人(選定された場合)> _____ 印
(続柄 /)