

広島市医療的ケア児在宅レスパイト事業 利用登録（変更）申請書

(あて先) 広島市長

申請日： 年 月 日

下記のとおり、広島市医療的ケア児在宅レスパイト事業の利用登録を申請します。

訪問看護事業者から事業に必要な利用者の情報を得ることに同意し、給付費の請求及び受領を指定訪問看護事業者へ委任します。

また、利用者負担上限月額に関する認定に際して、広島市長が必要と認める場合には、私及び私の世帯員について、生活保護の受給状況その他の事項を調査・確認されること及び、市民税等課税状況の情報を市民税担当課に確認の上、利用されることに同意します。なお、調査等については私の世帯員の同意を得ています。

		代筆者		申請者との 関係	
申請者 (医療的ケ ア児の保護 者)	フリガナ			生年月日	年 月 日
	氏名				
	居住地	〒 広島市 区		電話 (- -)	
フリガナ				生年月日	年 月 日
利用登録にかかる 医療的ケア児氏名				申請者との続柄	
医療的ケアの状況		経管栄養 口鼻腔吸引 気管切開部（気管カニューレ） 酸素療法 人工呼吸器 導尿 糖尿病のインスリン注射 その他（ ）			
現在利用 している 訪問看護 事業所	所在地				
	事業所名				

変更する場合のみ記載してください。

変更事由	
------	--

(裏面もあります)

〈利用者負担上限額の認定について〉

利用者負担上限月額に関する認定を受けることを申請します。

<認定区分>

- ① 生活保護世帯等に属する世帯
- ② 市民税非課税（配偶者も非課税）の世帯
- ③ 市民税が課税されている方（配偶者のみ課税されている方を含む）で、市民税所得割が28万円未満の世帯
- ④ 市民税が課税されている方（配偶者のみ課税されている方を含む）で、市民税所得割が28万円以上の世帯

住民票上の世帯員又は扶養親族について（太枠内のみ記入してください。）

	氏名	生年月日	年齢	本人との関係	税法上の扶養親族 ※ 市民税課税世帯の場合のみ記入して下さい。		市民税額 (年度)
					<input type="checkbox"/> 税法上の扶養者	<input type="checkbox"/> 税法上の被扶養者	
世帯員又は扶養親族	世帯主	昭和 平成 年 月 日 令和	歳		<input type="checkbox"/> 税法上の扶養者	<input type="checkbox"/> 税法上の被扶養者	<input type="checkbox"/> 所得割 () <input type="checkbox"/> 均等割のみ
		昭和 平成 年 月 日 令和	歳		<input type="checkbox"/> 税法上の扶養者	<input type="checkbox"/> 税法上の被扶養者	<input type="checkbox"/> 所得割 () <input type="checkbox"/> 均等割のみ
		昭和 平成 年 月 日 令和	歳		<input type="checkbox"/> 税法上の扶養者	<input type="checkbox"/> 税法上の被扶養者	<input type="checkbox"/> 所得割 () <input type="checkbox"/> 均等割のみ
		昭和 平成 年 月 日 令和	歳		<input type="checkbox"/> 税法上の扶養者	<input type="checkbox"/> 税法上の被扶養者	<input type="checkbox"/> 所得割 () <input type="checkbox"/> 均等割のみ
		昭和 平成 年 月 日 令和	歳		<input type="checkbox"/> 税法上の扶養者	<input type="checkbox"/> 税法上の被扶養者	<input type="checkbox"/> 所得割 () <input type="checkbox"/> 均等割のみ
		昭和 平成 年 月 日 令和	歳		<input type="checkbox"/> 税法上の扶養者	<input type="checkbox"/> 税法上の被扶養者	<input type="checkbox"/> 所得割 () <input type="checkbox"/> 均等割のみ
		昭和 平成 年 月 日 令和	歳		<input type="checkbox"/> 税法上の扶養者	<input type="checkbox"/> 税法上の被扶養者	<input type="checkbox"/> 所得割 () <input type="checkbox"/> 均等割のみ
		昭和 平成 年 月 日 令和	歳		<input type="checkbox"/> 税法上の扶養者	<input type="checkbox"/> 税法上の被扶養者	<input type="checkbox"/> 所得割 () <input type="checkbox"/> 均等割のみ

様

広島市長 松井 一實

(健康福祉局障害福祉部障害自立支援課)

広島市医療的ケア児在宅レスパイト事業 利用登録決定通知書

広島市医療的ケア児在宅レスパイト事業の利用登録（変更）申請について、次のとおり決定（却下）したので通知します。

決定内容	利用登録決定 ・ 利用登録却下
	(利用者負担額)
	(適用期間)
	(却下の場合の理由)

利用登録内容

利用登録者氏名 (医療的ケア児の保護者)	
利用登録にかかる 医療的ケア児氏名	
登録期間	利用登録にかかる医療的ケア児が 18 歳に達する日以降の最初の 3 月 31 日まで※
利用時間	一年度あたり 48 時間を上限とする。

※18 歳に達した後も、適切な障害福祉サービス等に移行するまでの間については、利用可能です。

広島市医療的ケア児在宅レスパイト事業者

事業者名	
備考	

(問合せ先)

〒730-8586 広島市中区国泰寺町一丁目 6 番 34 号

広島市役所 健康福祉局 障害福祉部 障害自立支援課

(電話) 082-504-2148 (FAX) 082-504-2256

広島市医療的ケア児在宅レスパイト事業 利用者負担額等更新申請書

(あて先) 広島市長

申請日： 年 月 日

下記のとおり、利用登録している広島市医療的ケア児在宅レスパイト事業の利用者負担額及び利用者負担上限月額の設定を更新することを申請します。

訪問看護事業者から事業に必要な利用者の情報を得ることについて同意します。

また、利用者負担上限月額に関する認定に際して、広島市長が必要と認める場合には、私及び私の世帯員について、生活保護の受給状況その他の事項を調査・確認されること及び、市民税等課税状況の情報を市民税担当課に確認の上、利用されることに同意します。なお、調査等については私の世帯員の同意を得ています。

		代筆者		申請者との 関係	
申請者 (医療的ケア児の保護者)	フリガナ			生年月日	年 月 日
	氏名				
	居住地	〒 電話 (- -) 広島市 区			
フリガナ				生年月日	年 月 日
利用登録にかかる 医療的ケア児氏名				申請者との続柄	
医療的ケアの状況		経管栄養 口鼻腔吸引 気管切開部 (気管カニューレ) 酸素療法 人工呼吸器 導尿 糖尿病のインスリン注射 その他 ()			
現在利用 している 訪問看護 事業所	所在地				
	事業所名				

(裏面もあります)

〈利用者負担上限額の認定について〉

利用者負担上限月額に関する認定を更新することを申請します。

<認定区分>

- ① 生活保護世帯等に属する世帯
- ② 市民税非課税（配偶者も非課税）の世帯
- ③ 市民税が課税されている方（配偶者のみ課税されている方を含む）で、市民税所得割が28万円未満の世帯
- ④ 市民税が課税されている方（配偶者のみ課税されている方を含む）で、市民税所得割が28万円以上の世帯

住民票上の世帯員又は扶養親族について（太枠内のみ記入してください。）

	氏名	生年月日	年齢	本人との関係	税法上の扶養親族 ※ 市民税課税世帯の場合のみ 記入して下さい。		市民税額 (年度)
					<input type="checkbox"/> 税法上の扶養者	<input type="checkbox"/> 税法上の被扶養者	
世帯員 又は 扶養親族	世帯主	昭和 平成 年 月 日 令和	歳		<input type="checkbox"/> 税法上の扶養者	<input type="checkbox"/> 税法上の被扶養者	<input type="checkbox"/> 所得割 () <input type="checkbox"/> 均等割のみ
		昭和 平成 年 月 日 令和	歳		<input type="checkbox"/> 税法上の扶養者	<input type="checkbox"/> 税法上の被扶養者	<input type="checkbox"/> 所得割 () <input type="checkbox"/> 均等割のみ
		昭和 平成 年 月 日 令和	歳		<input type="checkbox"/> 税法上の扶養者	<input type="checkbox"/> 税法上の被扶養者	<input type="checkbox"/> 所得割 () <input type="checkbox"/> 均等割のみ
		昭和 平成 年 月 日 令和	歳		<input type="checkbox"/> 税法上の扶養者	<input type="checkbox"/> 税法上の被扶養者	<input type="checkbox"/> 所得割 () <input type="checkbox"/> 均等割のみ
		昭和 平成 年 月 日 令和	歳		<input type="checkbox"/> 税法上の扶養者	<input type="checkbox"/> 税法上の被扶養者	<input type="checkbox"/> 所得割 () <input type="checkbox"/> 均等割のみ
		昭和 平成 年 月 日 令和	歳		<input type="checkbox"/> 税法上の扶養者	<input type="checkbox"/> 税法上の被扶養者	<input type="checkbox"/> 所得割 () <input type="checkbox"/> 均等割のみ
		昭和 平成 年 月 日 令和	歳		<input type="checkbox"/> 税法上の扶養者	<input type="checkbox"/> 税法上の被扶養者	<input type="checkbox"/> 所得割 () <input type="checkbox"/> 均等割のみ
		昭和 平成 年 月 日 令和	歳		<input type="checkbox"/> 税法上の扶養者	<input type="checkbox"/> 税法上の被扶養者	<input type="checkbox"/> 所得割 () <input type="checkbox"/> 均等割のみ

様

広島市長 松井 一實

(健康福祉局障害福祉部障害自立支援課)

広島市医療的ケア児在宅レスパイト事業 利用者負担額等更新決定通知書

広島市医療的ケア児在宅レスパイト事業の利用者負担額等更新申請について、次のとおり決定（却下）したので通知します。

決定内容	更新決定 ・ 更新却下
	(利用者負担額)
	(適用期間)
	(却下の場合の理由)

利用登録内容

利用登録者氏名 (医療的ケア児の保護者)	
利用登録にかかる 医療的ケア児氏名	
登録期間	利用登録にかかる医療的ケア児が 18 歳に達する日以降の最初の 3 月 31 日まで※
利用時間	一年度あたり 48 時間を上限とする。

※18 歳に達した後も、適切な障害福祉サービス等に移行するまでの間については、利用可能です。

広島市医療的ケア児在宅レスパイト事業者

事業者名	
備考	

(問合せ先)

〒730-8586 広島市中区国泰寺町一丁目 6 番 34 号

広島市役所 健康福祉局 障害福祉部 障害自立支援課

(電話) 082-504-2148 (FAX) 082-504-2256

(様式第5号)

第 号
年 月 日

様

広島市長 松井 一實

(健康福祉局障害福祉部障害自立支援課)

広島市医療的ケア児在宅レスパイト事業 利用登録取消通知書

広島市医療的ケア児在宅レスパイト事業の利用登録について取り消したので、通知します。

利用登録内容

利用登録者氏名 (医療的ケア児の保護者)	
利用登録にかかる 医療的ケア児氏名	
利用登録取消日	年 月 日
取消理由	

(問合せ先)

〒730-8586 広島市中区国泰寺町一丁目6番34号
広島市役所 健康福祉局 障害福祉部 障害自立支援課
(電話) 082-504-2148 (F A X) 082-504-2256

広島市医療的ケア児在宅レスパイト事業 事業者登録申請書

年 月 日

(あて先) 広島市長

申請者 所在地
 (設置者) 名称
 代表者

広島市医療的ケア児在宅レスパイト事業を行う事業者として、協定の締結を希望するため、下記のとおり、関係書類を添えて申請します。

申請者 (設置者)	フリガナ								
	事業者の名称								
	主たる事務所の所在地		〒						
	法人である場合その種別		法人所轄庁						
	連絡先	電話番号			FAX番号				
e-mail									
登録を受けようとする事業所	フリガナ								
	事業所の名称								
	事業所(施設)の所在地		〒						
	連絡先	電話番号			FAX番号				
		e-mail							
	訪問看護ステーションコード								
指定年月日(訪問看護)									

記入担当者

(備考)

- 「法人である場合その種別」欄には、申請者が法人である場合に、「社会福祉法人」「医療法人」「社団法人」「財団法人」「株式会社」「有限会社」等の別を記載してください。
- 「法人所轄庁」欄には、申請者が認可法人である場合に、その主務官庁の名称を記載してください。
- 複数の事業所について協定の締結を希望する場合は、その事業所数分の申請書を提出してください。

様

広島市長 松井 一實

(健康福祉局障害福祉部障害自立支援課)

広島市医療的ケア児在宅レスパイト事業 事業者登録通知書

広島市医療的ケア児在宅レスパイト事業の事業者登録申請について、次のとおり決定したので通知します。

事業者名	
事業所名	
事業所の所在地	
登録年月日	

広島市医療的ケア児在宅レスパイト事業の実施に関する協定書

広島市（以下「甲」という。）と _____（以下「乙」という。）とは、広島市医療的ケア児在宅レスパイト事業（以下「事業」という。）の実施に関し、次のように協定を締結する。

（事業の実施）

第1条 広島市医療的ケア児在宅レスパイト事業実施要綱（以下「実施要綱」という。）及び別添の業務内容に基づき、乙は事業を実施し、甲はこれに対し委託費を支給する。

（法令等の遵守）

第2条 乙は、事業の実施に当たり、実施要綱及び甲が事業に関し行う指示等を遵守し、事業を誠実に履行するものとする。

（委託費の支給）

第3条 乙は、利用者から委託費の請求及び受領を委任され、甲は、乙から委託費の請求があったときは、実施要綱等に照らして審査の上、支払うものとする。

（報告等）

第4条 甲は、必要があると認めるときは、乙に対し、報告若しくは帳簿書類その他の物件の提出若しくは提示を命じ、乙若しくは乙の従業者等に対し出頭を求め、又は当該職員に関係者に対して質問させ、若しくは乙の事業所に立ち入り、その設備若しくは帳簿書類その他の物件を検査することができる。

（記録の整備）

第5条 乙は、実施要綱に基づくサービスの提供に関して、甲が別に定める記録を整備し、サービスを提供した日から5年間保存しなければならない。

（委託費の返還）

第6条 甲は、乙が委託費を不正又は不当に請求受領した場合において、甲から委託費として交付した金額の一部又は全部の返還を求めることができる。

2 乙は、甲から委託費の返還を求められた場合は、速やかに返還しなければならない。

（登録の抹消等）

第7条 甲は次のいずれかに該当するときは、乙の事業の登録の抹消を行い、協定を解除することができるものとする。この場合において、解除により乙に損害があっても、甲はその損害の賠償の責を負わないものとする。

(1) 乙が、不正に委託費の請求を行ったとき。

(2) 乙が、実施要綱及び甲が事業に関し行う指示に従って適正な事業の運営をすること

ができないと認められるとき。

(3) 乙が、実施要綱及び甲が事業に関し行う指示に違反したとき。

(有効期間)

第8条 この協定の有効期間は、締結の日から 年 月 日までとする。ただし、この期間が満了する1か月前までに甲又は乙から協定を更新しない旨の通知がない場合は、期間が満了した日の翌日から1年の間、本契約を更新したものとみなし、以降も同様とする。

(協議)

第9条 この協定に定めのない事項及び本協定に関し疑義が生じた場合は、甲、乙協議の上定めるものとする。

この協定の締結を証するため、本書2通を作成し、甲乙双方記名捺印の上、各1通を保有するものとする。

年 月 日

甲 広島市中区国泰寺町一丁目6番34号
広島市
代表者 広島市長 印

乙
代表者 印

業務内容

1 利用者への事業周知

乙の利用者で、実施要綱第2条第2項に該当する医療的ケア児の家族がいる場合は、事業の周知を行う。

2 利用者の利用登録申請・決定補助

- (1) 利用者から、事業の登録希望があった場合は、「広島市医療的ケア児在宅レスパイト事業利用登録（変更）申請」（以下「利用申請書」という。）を配布する。
- (2) 実施要綱第9条に基づき、(1)の書類に加え、下記の書類を広島市へ提出する。
 - ア 医師の訪問看護指示書の写し
 - イ 乙との契約書の写し又は利用していることが分かる書類
- (3) 実施要綱第10条に基づき、「広島市医療的ケア児在宅レスパイト事業利用登録決定通知書」（以下「決定通知書」という。）を、利用者へ通知する。

3 利用者との契約

利用者への決定通知書の内容を確認し、事業の実施にあたり利用者と乙で利用契約を締結する。

4 利用申込の受付

利用者から、事業に基づく利用申込が行われた場合、下記の条件を満たしている場合は、利用申込を受け付けるものとする。ただし、乙が正当な理由により、サービスの提供が困難である利用申込であれば、適当な他の乙等を紹介する等の必要な措置を速やかに講じなければならない。

- ① 事業の利用登録がされていること。
- ② 一年度あたりの利用時間が48時間を超えていないこと。
- ③ 訪問看護によるサービスが必要であること。

5 サービス提供

- (1) 事業に基づく訪問看護は、健康保険法に規定する訪問看護の規定を準拠するものとする。
- (2) サービス提供時間の算定は、1時間単位とする。（月単位で30分未満切り捨て、30分以上切り上げ）
- (3) サービスの利用開始時間は、原則、看護を伴う支援を開始した時間からとする。

6 提供実績の管理

- (1) サービスの提供終了後、提供内容、提供時間を記録しておくこと。
- (2) 決定通知書に記載している乙が、利用者の年間の利用時間を管理すること。
- (3) 決定通知書に記載していない乙が事業のサービスを提供した場合は、利用時間を決定通知書に記載している乙に報告すること。

7 利用者等からの問い合わせ対応

事業の利用において、利用者等からの問い合わせ等があった場合は、誠実に対応すること。

広島市医療的ケア児在宅レスパイト事業 変更届出書

年 月 日

(あて先) 広島市長

申請者 所在地
 (設置者) 名称
 代表者

下記のとおり、協定内容を変更しますので届け出ます。

登録内容を 変更する事業所	登録番号		登録事業所	
	事業所(施設)の所在地		〒	
変更があった事項			変更の内容	
1 事業所(施設)の名称			(変更前)	
2 事業所(施設)の所在地(設置の場所)				
3 申請者(設置者)の名称				
4 主たる事務所の所在地				
5 代表者の氏名及び住所			(変更後)	
6 定款・寄付行為等及びその登記簿の謄本又は条例等(当該指定に係る事業に関するものに限り。)				
7 運営規定				
8 その他				
変更年月日			年 月 日	

記入担当者

(備考)

- 1 該当項目番号に○を付してください。
- 2 変更内容がわかる書類を添付してください。
- 3 変更の日から10日以内に届け出てください。

広島市医療的ケア在宅レスパイト事業 サービス提供実績報告書

(あて先) 広島市長

所在地
名称
代表者

下記のとおり、広島市医療的ケア在宅レスパイト事業におけるサービスを提供したので報告します。

利用登録者氏名		サービス提供月	令和	年	月分
医療的ケア児氏名		生年月日	平成	年	月 日
当該1年間(※1)における累計利用時間 (本件実績までを含む)			時間 / 48時間		

日付	サービス提供時間※2		サービス算定時間※3	利用者サイン (印)	備考
	開始時刻	終了時刻			
日	:	:	:		
日	:	:	:		
日	:	:	:		
日	:	:	:		
日	:	:	:		
日	:	:	:		
日	:	:	:		
日	:	:	:		
日	:	:	:		
日	:	:	:		

サービス算定時間 合計	: 00
-------------	------

- ※1 当該1年間とは、4月1日から翌3月31日までを指します。
- ※2 健康保険法の適用対象となる訪問看護の時間を除いてください。
- ※3 日ごとのサービス算定時間は、サービス提供時間数を記載し、サービス算定時間合計は、1時間単位（30分未満切り捨て、30分以上切り上げ）で記載してください。

< 請求額計算式 >

サービス算定合計時間

総費用 H × 単価 7,500 円 = 円

総費用の1割 利用者負担上限月額

自己負担 円 と を比較して低い額 円

総費用 自己負担額

請求額 円 - 円 = 円

広島市医療的ケア在宅レスパイト事業 サービス提供実績報告書

(あて先) 広島市長

訪問看護ステーションではなく、
法人が報告者になります。

所在地 広島市●●区●●

名称 (株)●●

代表者 代表取締役 ●●

下記のとおり、広島市医療的ケア在宅レスパイト事業におけるサービスを提供したので報告します。

利用登録者氏名	●● ●●	サービス提供月	令和 5 年 9 月分	
医療的ケア児氏名	●● ○○	生年月日	平成 ● 年 ● 月 ● 日	
当該1年間(※1)における累計利用時間 (本件実績までを含む)		18	時間 / 48時間	
サービスを提供した時間を記入してください		複数の事業所を利用した場合は、 全ての事業所の利用時間の合計を記入してください。		
日付	サービス提供時間※2		サービス算定時間※3	利用者サイン (印)
	開始時刻	終了時刻		
2 日	10 : 00	13 : 20	3 : 20	●●
5 日	13 : 30	15 : 20	1 : 50	●●
10 日	9 : 00	18 : 00	9 : 00	●●
11 日	17 : 00	18 : 00	1 : 00	●●
29 日	8 : 20	11 : 30	3 : 10	●●
日	:	:	:	
日	:	:	:	
日	:	:	:	
日	:	:	:	
日	:	:	:	
日	:	:	:	
日	:	:	:	
日	:	:	:	
サービス算定時間 合計		18 : 00	この例では合計が18時間20分であるため、30分未満を切り捨てて18時間となります。	
サービス算定時間 合計		18 : 00	利用者のサイン又は押印を もらってください。	

※1 当該1年間とは、4月1日から翌3月31日までを指します。

※2 健康保険法の適用対象となる訪問看護の時間を除いてください。

※3 日ごとのサービス算定時間は、サービス提供時間数を記載し、サービス算定時間合計は、1時間単位(30分未満切り捨て、30分以上切り上げ)で記載してください。

生活保護世帯、市民税非課税世帯 : 0円
 市民税課税世帯(市民税所得割額28万円未満) : 4,600円
 市民税課税世帯(市民税所得割額28万円以上) : 上限設定なし

< 請求額計算式 >

総費用	サービス算定合計時間	単価	＝	総費用
	18	7,500		135,000
自己負担	総費用の1割	利用者負担上限月額	を比較して低い額	自己負担額
	13,500	上限設定なし		13,500
請求額	総費用	自己負担額	＝	請求額
	135,000	13,500		121,500

年 月 日

広島市医療的ケア児在宅レスパイト事業 請求書

(提出先)

広島市長

(請求者)

住所

名称

職・氏名

広島市医療的ケア児在宅レスパイト事業 サービス提供実績報告書(様式第9号)を添えて、下記のとおり、医療的ケア児在宅レスパイト事業給付費を請求します。

請求額	円
-----	---

【請求額の内訳】

No.	利用登録者氏名	請求額
①		
②		
③		
④		
合計		

※ ①～④には当月のサービス提供実績報告書(様式第9号)の請求額欄に記入した額をそれぞれ1名ずつ記入してください。

また、記入欄が不足する場合は行を追加して記入してください。

広島市医療的ケア児在宅レスパイト事業契約書

利用者_____（以下「甲」という。）と事業者_____（以下「乙」という。）とは広島市医療的ケア児在宅レスパイト事業（以下「本事業」という。）の利用に関して次のとおり契約を結びます。

（目的）

第1条 乙は、広島市医療的ケア児在宅レスパイト事業実施要綱（以下「要綱」という。）及びこの契約に従い、医療的ケア児の医療的ケアを伴う見守りサービスを提供します。

（契約期間）

第2条 この契約における契約期間は令和____年____月____日から利用登録期間の満了日までとします。

2 上記の契約期間の満了日前に、甲が本事業の新たな利用登録決定または利用登録変更の決定を受けた場合は、新たな利用登録期間または変更後の利用登録期間の満了日までとします。

（主治医との関係）

第3条 乙は、本事業のサービスを提供する場合、訪問看護指示書により、あらかじめ医療的ケア児の見守り時の医療行為に関する主治医の指示を確認します。

（心身の状況等の把握）

第4条 乙は、本事業の提供にあたっては、医療的ケア児の心身の状況、病歴、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。

（サービスの提供内容）

第5条 甲は本事業の利用にあたり、広島市医療的ケア児在宅レスパイト事業利用登録決定通知書（以下「決定通知書」という。）を乙に提示する必要があります。

2 乙は、担当の訪問看護員を派遣し、主治医の指示に基づく医療的ケアを伴う見守りを提供します。

3 乙は、原則、指定訪問看護の提供に引き続き、サービスを提供します。

（サービス提供の記録等）

第6条 乙は、サービスを提供した場合には、広島市が定める「広島市医療的ケア児在宅レスパイト事業サービス提供実績報告書」（以下「実績報告書」という。）に必要事項を記入し、甲又は家族等の確認を受けます。また、サービスの提供内容について記録を作成します。

2 乙は、前項の記録を作成した後5年間はこれを適正に保存し、甲又は家族等の求めにより閲覧に応じ、甲又は家族等の実費負担によりその写しを交付します。

3 乙は、サービス提供後、甲から利用者負担金を受領した場合、領収書を発行します。

（サービスの実施）

第7条 甲及び家族等は、乙が甲のため本事業を提供するにあたり、可能な限り乙に協力しなければなりません。

（苦情対応）

第8条 甲又は家族等は提供されたサービスに苦情がある場合には、乙に対して、いつでも苦情を申し立てることができます。

2 乙は、苦情対応窓口を設置し、責任者及びその連絡先を明らかにするとともに、苦情の申立て又は相談があった場合には、速やかにかつ誠実に対応します。

3 乙は、甲又はその家族等が苦情申立て等を行ったことを理由として何らの不利益な取扱いをすることはありません。

(緊急時等の対応)

第9条 乙は、本事業の提供を行っているときに甲に病状の急変等が生じた場合には、速やかに主治医への連絡を行い指示を求めるとともに、必要に応じて臨時応急の手当を行う等の必要な措置を講じなければなりません。

(守秘義務等)

第10条 乙は正当な理由がない限り、その業務上知り得た甲及び家族等に関する事項を第三者に漏らしません。この守秘義務は、本契約の終了した後も継続します。

2 乙は、甲に医療上、緊急の必要性がある場合には医療機関等に甲に関する心身等の情報を提供できるものとします。

3 前2項に関わらず、甲に係る関係機関との連携を図るなど正当な理由がある場合には、乙は、あらかじめ文書により同意を得た上で甲又は家族等の個人情報を用いることができるものとします。

(甲の解約権)

第11条 甲は、乙に対して、いつでも1週間以上の予告期間をもって、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。

なお、この場合、乙は甲に対し、文書による確認を求められます。

2 甲は、次のいずれかの事由が発生した場合は、文書で通知することにより、直ちにこの契約を解約することができます。

- (1) 乙が、定められたサービスを提供しないとき
- (2) 乙が、この契約に違反したとき
- (3) 乙が、甲やその家族等に対して社会通念を逸脱する行為を行ったとき

(乙の解約権)

第12条 乙は、甲又は家族等が故意に法律違反その他著しい不信行為をなし、再三の申し入れにもかかわらず改善の見込みがなく、契約の継続が困難となった場合は、その理由を記載した文書により、2週間以上の予告期間をもって、この契約を解約することができます。

(契約の終了)

第13条 次のいずれかの事由が発生した場合は、この契約は終了するものとします。

- (1) この契約期間の満了日の7日前までに、甲から契約終了の意思表示があり、契約期間が満了したとき
- (2) 乙が、第12条に定める契約の解約を通知したとき
- (3) 甲から第11条第1項に定める通知がなされ、予告期間が満了したとき
- (4) 第11条第2項各号に定める事由により、甲から文書による解約通知がなされたとき
- (5) 乙から、第14条に定める文書による解約の意思表示がなされ、予告期間が満了したとき
- (6) 次の理由で甲にサービスを提供できなくなったとき
 - (ア) 甲が施設等に入所したこと
 - (イ) 甲が本事業の利用登録決定の取り消しを受けたこと
 - (ウ) 甲が死亡したこと
 - (エ) 甲の所在が連続して1か月以上不明であること

(損害賠償)

第14条 乙は、サービスの提供にあたって甲の生命・身体・財産に損害を与えた場合には、その損害を賠償します。

ただし、乙に故意過失がなかったことを証明した場合は、この限りではありません。

(裁判管轄)

第 15 条 この契約に関する訴訟については、甲の住所地（居住地）を管轄する裁判所を管轄裁判所とします。

(契約外条項等)

第 16 条 この契約に定めのない事項については、要綱その他関係法令の趣旨を尊重し、甲と乙の協議により定めます。

この契約の成立を証するため、本証 2 通を作成し、甲乙記名押印して各 1 通ずつを保有します。

令和 年 月 日

利用者甲 住所

氏名

印

上記代理人（代理人を選任した場合）

住所

氏名

印

事業者乙 住所

事業者（法人）名

代表者名

印