

鳥取市通所介護相当サービス重要事項説明書

<令和7年6月1日現在>

1. 利用者（被保険者）

要介護状態区分	事業対象者 ・ 要支援1 ・ 要支援2
認定有効期間	令和 年 月 日 から 令和 年 月 日まで
認定審査会意見	

2. 事業所の概要

（1）提供できるサービスの地域と種類

事業所名	デイサービスつむぎ	
所在地	〒680-0824 鳥取県鳥取市行徳1丁目312番地	
管理者の氏名	鳥飼 桃子	
電話番号	0857-30-6978	
FAX番号	0857-30-6979	
サービス（介護保険指定番号）	定員	サービスを提供する地域
鳥取市通所介護相当サービス（3170102739号）	33名	鳥取市、八頭町

※ 上記地域以外でもご希望の方はご相談下さい。

（2）事業所の職員体制

	職務の内容	勤務形態	合計
管理者	事業所の従業員の管理及び業務の管理を一元的に行います。	常勤兼務	1名
生活相談員	ご利用者及びご家族の必要な相談に応じるとともに、適切なサービスが提供できるように事業所内のサービスの調整、介護予防支援事業者等、他の機関と連携し必要な調整を行います。	常勤兼務 非常勤兼務	4名 3名
看護職員	サービスの提供に当たりご利用者の健康の状況に注意し、必要に応じて健康保持のための適切な措置を行います。	非常勤専従	3名
介護職員	サービスの提供に当たりご利用者の心身の状態等を的確に把握し適切な介助を行います。	常勤管理者兼務 常勤専従 常勤兼務 非常勤専従 非常勤兼務	1名 1名 8名 3名 1名
機能訓練指導員	ご利用者が日常生活を営むのに必要な機能の低下を防止するために必要な機能回復訓練等を行います。	常勤管理者兼務 常勤兼務 非常勤専従 非常勤兼務	1名 4名 3名 3名

営業時間 午前 8 時 3 0 分から午後 5 時 3 0 分まで

サービス提供の時間帯

平 日	9 時 0 0 分から 1 7 時 0 0 分まで
土 曜 日	9 時 0 0 分から 1 7 時 0 0 分まで
祝 日	9 時 0 0 分から 1 7 時 0 0 分まで (※日曜日は休みです)
休 日	日曜日・1 2 月 3 0 日から 1 月 3 日

3. 事業の目的と運営方針

(1) 事業の目的

事業者は事業対象者・要支援と認定されたご利用者に対し、介護保険法令の趣旨に従い、ご利用者が可能な限り自宅で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に、鳥取市通所介護相当サービスを提供することを目的と致します。

(2) 運営方針

- ① 事業所のサービス提供にあたっては、ご利用者の身体等の状態の軽減もしくは悪化防止、介護状態となることの予防になるよう適切にサービス提供を行います。
- ② サービスの提供は、懇切丁寧に行い、分かりやすいように説明致します。ご不明な点につきましては、いつでも担当職員にご遠慮なくお尋ね下さい。
- ③ サービス提供にあたっては、常にご利用者の病状、心身の状況及び置かれている環境を把握し、適切なサービスを提供するように致します。

4. サービスの内容

- (1) 作業療法 (2) 機能訓練 (3) 送迎 (4) 健康管理 (5) 日常生活の支援
(6) 入浴介助 (7) 食事・おやつ (8) 作業活動 (9) 個別相談 (10) その他

5. 利用者負担金

(1) 基本料金

(1 ヶ月あたり)

	サービス費 (10 割)
事業対象者 要支援 1	1 7, 9 8 0 円 / 1 ヶ月 (月 4 回超) ※ 1
事業対象者 要支援 2	3 6, 2 1 0 円 / 1 ヶ月 (月 8 回超) ※ 2

※ 要支援 1 で月 4 回以下のご利用の場合は 4 3 6 単位/回になります。

※ 要支援 2 で月 8 回以下のご利用の場合は 4 4 7 単位/回になります。

※ 利用回数および利用時間については、鳥取市通所介護相当サービス計画に基づき実施するものと致します。

(2) その他加算分

加算の種類	算定根拠 (単価等)	サービス費 (10 割)
サービス提供体制強化加算 (1 ヶ月)	要支援 1 : 7 2 単位 × 1 0 円 要支援 2 : 1 4 4 単位 × 1 0 円	7 2 0 円 1, 4 4 0 円
口腔・栄養スクリーニング加算 (1 回)	2 0 単位 × 1 0 円	2 0 0 円

科学的介護推進体制加算 (1ヶ月)	40単位×10円	400円
介護職員当処遇改善加算Ⅰ (1ヶ月)(令和6年6月1日から)	所定単位数 ×92/1000円	円

(3) その他の費用

(1)(2)の他、ご利用者はサービスの利用によって下記の利用料金をお支払いいただきます。

種類	利用者負担金	備考
食費 おやつのみ	1食 700円 1食 50円	
リハビリパンツ代 パッド代	1枚 100円 1枚 30円	
日常生活に要する費用 で本人の負担となる物	要した費用の実費	

- ① サービスが介護保険の適用を受ける場合は、所得に応じて介護保険負担割合証に応じた額をお支払いいただきます。
- ② サービスが介護保険の適用を受けない部分については、サービス費全額(10割)をお支払いいただきます。
- ③ 保険料の滞納などにより、サービス費の「利用者負担金」で利用できなくなる場合は、一旦サービス費全額をお支払いいただき、後日、保険者から保険給付分の払い戻しを受ける手続きが必要となります。

(4) 利用者負担金のお支払い方法

1ヶ月分の利用、その他の費用を月末に締め、請求書を翌月10日前後に発行致しますので、その月の末日までにお支払いください。お支払いしていただきますと領収書を発行致します。お支払い方法は、現金、口座振替、口座振込からお選びいただけます。口座振替の場合は、指定の預金口座から毎月26日(土、日、祝日の場合は翌営業日)に自動振替とさせていただきます。

但し、最初の2ヶ月間程度は口座振替の手続きの都合上、現金でお支払いいただく場合もございます。

(5) 領収書の発行

事業者は、ご利用者から利用者負担金の支払いを受けたときは、領収書を発行致します。

6. 利用者の急なお休みやサービス利用中の中止について

ご利用者の心身の状況等(ご利用者やご家族の都合等)によりサービスを中止する場合は、利用予定日の前日か利用予定当日の午前8時15分までに下記へ連絡して下さい。また、サービス利用中の急な中止については、ご利用者の病状の急変等、緊急やむを得ない事情がある場合を除き、介護予防サービス計画(ケアプラン)で提示されている提供時間でご請求をさせていただきます。

連絡先：0857-30-6978までご連絡下さい。

7. 秘密保持

事業者及び従業者は、サービスを提供する上で知り得たご利用者及びご家族に関する情報を正当な理由なく第三者に漏らしません。尚、この守秘義務は、契約終了後も同様です。

事業所は、ご利用者の個人の情報をを用いる場合はご利用者の同意を、ご家族の情報をを用いる場合はご家族の同意をあらかじめ文書で得ない限り、サービス担当者会議等において、ご利用者及びご家族の個人情報を用いませぬ。

事業所は、介護予防支援事業者等の必要な機関に対し、ご利用者の個人情報をを用いる場合はご利用者の同意を、ご家族の個人情報をを用いる場合はご家族の同意をあらかじめ文書で得ます。

8. サービス利用にあたっての留意事項

居室・設備 ・器具の利用	施設内の居室や設備、器具は本来の用法に従ってご利用ください。これに反したご利用により破損等が生じた場合、賠償していただく場合がございます。
喫 煙 ・ 飲 酒	全館禁煙となっております。飲酒はできません。
迷 惑 行 為 等	騒音等他のご利用者の迷惑になる行為はご遠慮願います。
所 持 品 の 管 理	自己にて保管して下さい。また紛失等に関し、事業者は一切の責任を負いません。
現 金 等 の 管 理	現金は自己にて管理して下さい。また紛失等に関し、事業者は一切の責任を負いません。
宗教活動・政治活動	施設内で他のご利用者に対する宗教活動及び政治活動はご遠慮ください。
動 物 飼 育	施設内へのペットの持ち込み及び飼育はお断り致します。

9. 衛生管理

- (1) 事業者は、ご利用者の使用する施設、食器その他の設備又は飲用に供する水について、衛生的な管理に努めるとともに、衛生上必要な措置を講じます。
- (2) 事業者は、食中毒及び感染症が発生し、又は蔓延しないように必要な措置を講じます。また、これらを防止するための措置等について、必要に応じ保健所の助言、指導を求めるとともに、密接な連携を保ちます。
- (3) 事業所内は空調設備等により適温を確保するよう努めます。
- (4) 事業者は、事業所において食中毒及び感染症が発生し、又は蔓延しないように必要な措置を講じます。
 - ① 感染症の予防及び蔓延の防止のための対策を検討する委員会を、ご利用者の状況など事業所の状況に応じ、概ね6月に1回以上、定期的に開催するとともに、感染症が流行する時期等を勘案して必要に応じ随時開催します。
 - ② 食中毒及び感染症の予防及び蔓延防止のための指針を整備します。
 - ③ 食中毒及び感染症の予防及び蔓延防止のための研修及び訓練を年1回以上実施します。

10. 業務継続計画の策定等

事業者は、感染症や災害が発生した場合にあっても、ご利用者が継続して鳥取市通所介護相当サービスの提供を受けられるよう、鳥取市通所介護相当サービスの提供を継続的に実施するための、及び非常時の体制で早期の業務再開を図るための計画を策定するとともに、従業員に対して、必要な研修及び訓練を年1回以上実施します。

11. 非常災害対策

事業者は、非常災害その他緊迫の事態に備え、常に関係機関と連絡を密にし、とるべき措置についてあらかじめ消防計画等の対策をたて、年2回ご利用者及び従業員の訓練を行います。

12. 虐待の防止

事業者は、利用者等の人権の擁護・虐待の防止等のために、次に掲げるとおり必要な措置を講じます。

- (1) 虐待の防止に関する担当者を選定します。

虐待防止に関する担当者	鳥飼 桃子
-------------	-------

- (2) 虐待の防止のための対策を検討する委員会を定期的に開催します。
- (3) 虐待の防止のための指針を整備します。
- (4) 従業員に対する虐待の防止を啓発・普及するための研修を年1回以上実施します。

1 3. 身体拘束について

事業者は、原則としてご利用者に対して身体拘束を行いません。ただし、自傷他害等のおそれがある場合など、利用者本人または他人の生命・身体に対して危険が及ぶことが考えられるときは、利用者に対して説明し同意を得た上で、次に掲げることに留意して、必要最小限の範囲内で行うことがあります。その場合は、身体拘束を行った日時、理由及び態様等についての記録を行います。

また事業者として、身体拘束をなくしていくための取り組みを積極的に行います。

(1) 緊急性

直ちに身体拘束を行わなければ、利用者本人または他人の生命・身体に危険が及ぶことが考えられる場合に限りします。

(2) 非代替性

身体拘束以外に、利用者本人または他人の生命・身体に対して危険が及ぶことを防止することができない場合に限りします。

(3) 一時性

利用者本人または他人の生命・身体に対して危険が及ぶことがなくなった場合は、直ちに身体拘束を解きます。

1 4. 緊急時の対応方法

サービス提供中に容態の変化等あった場合は、事前の打ち合わせにより、主治医、救急隊、ご家族、介護予防支援事業者等へ連絡を致します。

主 治 医	氏 名	
	住 所	
	電話番号	
緊 急 搬 送 先	病院名称	
	電話番号	

1 5. 事故発生時の対応方法

サービス提供中に事故が発生した場合は、市町村、ご家族、介護予防支援事業者等に連絡を行います。

1 6. 相談窓口、苦情対応

★サービスに関する相談や苦情については、次の窓口で対応致します。

当 事 業 所 利 用 相 談 室	窓口担当者	鳥飼 桃子
	利用時間	月曜日～土曜日 午前8時30分から午後5時30分
	利用方法	電話 0857-30-6978

★公的機関においても、次の機関において苦情申し出ができます。

鳥 取 市 福 祉 部 長 寿 社 会 課 介 護 保 険 係	所 在 地	鳥取県鳥取市幸町71
	電 話 番 号	0857-30-8212
	利用時間	平日 午前8時30分から午後5時15分まで 土曜日・日曜日・祝日は休みです
鳥取県国民健康保険 団体連合会(国保連) 介護サービス苦情 処 理 相 談 窓 口	所 在 地	鳥取県立川町6丁目176番地
	電 話 番 号	0857-20-2100
	利用時間	平日午前9時から午後5時まで 土曜日・日曜日・祝日は休みです

福祉サービス運営適 正化委員会	所 在 地	鳥取県鳥取市伏野 1 7 2 9 - 5 (鳥取県立福祉人材研修センター内)
	電 話 番 号	0 8 5 7 - 5 9 - 6 3 3 5
	利 用 時 間	平日午前 9 時から午後 5 時まで
		土曜日・日曜日・祝日は休みです

17. 第三者評価の実施状況

実 施 の 有 無	有・ ☒ 無
実施した直近の年月日	
実施した評価機関の名称	
評価結果の開示状況	

18. 損害賠償責任保険

保 險 会 社	三井住友海上火災保険株式会社
保 險 内 容	事業者は、ご利用者に対する鳥取市通所介護相当サービスの提供に当たって、万が一事故が発生し、ご利用者又はご家族の、生命・身体・財産に損害が発生した場合は、不可抗力による場合を除き、速やかにご利用者又はご家族に対して損害賠償致します。 但し、ご利用者又はご家族に重大な過失がある場合は、賠償額を減ずることができます。

19. 事業者の概要

事 業 所 の 名 称	株式会社つむぎ
法 人 所 在 地	鳥取県鳥取市行徳 1 丁目 3 1 2 番地
法 人 種 別	株式会社
代 表 者 氏 名	代表取締役 原田 伸吾
電 話 番 号	0 8 5 7 - 3 0 - 6 9 7 8

利用者負担金説明書

1. 鳥取市通所介護相当サービスの内容

- (1) 作業療法 (2) 機能訓練 (3) 送迎 (4) 健康管理 (5) 日常生活の支援
(6) 入浴介助 (7) 食事・おやつ (8) 作業活動 (9) 個別相談 (10) その他

区分	曜日	時間帯	内容	介護保険適用
1		: ~ :		有 ・ 無
2		: ~ :		有 ・ 無
3		: ~ :		有 ・ 無
4		: ~ :		有 ・ 無

※ ご利用者のご都合により日時を変更する場合は、協議して定めます。

2. 利用者負担金

- (1) 利用者負担金は、1 カ月ごとにお支払いいただきます。
お支払いいただく利用者負担金は、概ね次のとおりです。

区分	算定根拠 (単価、回数、加算ほか)		サービス費 (10割)	利用者負担金
保 険 適 用	鳥取市通所 介護相当サ ービス	事業対象者・要支援1 1,798単位	17,980円	円
		事業対象者・要支援2 3,621単位	36,210円	円
	サービス提供体制強化加算 72単位 144単位		720円 1,440円	円 円
	口腔・栄養スクリーニング加算 20単位		200円	円
	科学的介護推進体制加算 40単位		400円	円
	介護職員等処遇改善加算 所定単位数×92／1000単位		円	円
	保 険 適 用 外	昼食・おやつ代		700円
合 計			円	円
1カ月あたり、約 円程度のお支払いとなります				

令和 年 月 日

説明者	所属	氏名
-----	----	----

利用者	私は、本重要事項、利用者負担金について説明を受け、その内容を確認し同意します。		
	住 所	〒 ー	
	氏 名	印	
	電 話 番 号		F A X 番 号

署名代筆者	本人との関係		署名代筆の理由	
	住 所	〒 ー		
	氏 名	印		
	電 話 番 号		F A X 番 号	
	緊急時の連絡先			

事業者	事業者は、鳥取市通所介護相当サービスの重要事項説明書、利用者負担金説明書の定める事項について、説明し、本書面を交付致します。	
	名 称	株式会社つむぎ
	住 所	鳥取県鳥取市行徳1丁目312番地
	電 話 番 号	0857-30-6978
	F A X 番 号	0857-30-6979
	事 業 所 番 号	3170102739
	責 任 者	代表取締役 原田 伸吾 印

鳥取市通所介護相当サービス利用契約書

鳥取市通所介護相当サービスを利用するにあたり重要事項の説明及び重要事項説明書の交付を受けて、下記のとおり契約を締結致します。

(契約の目的)

第1条 事業者は、ご利用者に対し介護保険法令の趣旨に従って、ご利用者が可能な限りその居宅において、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サービスを提供致します。

(契約期間と更新)

第2条 1 この契約の期間は、令和 年 月 日から令和 年 月 日までと致します。
2 この契約は、契約満了の1ヵ月前までにご利用者から事業者に対して、文書による契約満了の申し出がない場合は、自動更新するものと致します。

(サービス計画の作成・変更)

第3条 1 事業者は、ご利用者の心身の状況、希望及びその置かれている環境を踏まえて、「介護予防サービス計画（ケアプラン）」（以下ケアプランという）に沿って「鳥取市通所介護相当サービス計画」（以下「サービス計画」という）を作成致します。
2 事業者は、ご利用者の要支援状態の軽減もしくは悪化の防止、又は要介護状態となることの防止に資するよう、「サービス計画」の目標を設定し、計画的に行います。
3 事業者は、ご利用者がサービスの内容や提供方法等の変更を希望する場合、その変更が「ケアプラン」の範囲内で可能なときは、速やかに「サービス計画」の変更等の対応を行います。
4 事業者は、「サービス計画」の作成及び変更にあたっては、その内容をご利用者及びご家族に対し、文書により説明し、それを交付致します。そしてご利用者及びご家族に同意書への署名・押印等により同意を得るものと致します。

(サービスの内容及びその提供)

第4条 1 ご利用者が提供を受けるサービスの内容は、「鳥取市通所介護相当サービス計画書」（以下「計画書」という）に定めたとおりです。
2 事業者は、「計画書」に定めた内容について、ご利用者及びご家族に説明致します。
3 事業者は、「計画書」に沿ってサービスを提供致します。
4 事業者は、サービスの提供記録を、この契約終了後5年間保管し、ご利用者の求めに応じて閲覧させ、又は複写物を交付致します。
但し、複写に際しては、事業者はご利用者に対して、実費相当額を請求できるものと致します。

(緊急時の対応)

第5条 事業者は、現にサービスの提供を行っているときに、ご利用者の病状の急変が生じた場合、その他必要な場合は、速やかに主治の医師又はご家族に連絡をとるなどの必要な措置を講じます。

(事故発生時の対応)

第6条 事業者は、現にサービスの提供を行っているときに、ご利用者に事故が発生した場合、市町村、ご家族、介護予防支援事業者等に連絡をとるなどの必要な措置を講じます。

(介護予防支援事業者との連携)

第7条 1 事業者は、サービスの提供にあたり、介護予防支援事業者及び保健医療サービス又は、福祉サービスを提供する者との緊密な連携に努めます。
2 事業者は、サービス提供の終了に際しては、ご利用者又はご家族に対して適切な指導を行うとともに、当該ご利用者に係る介護予防支援事業者に対する情報の提供及び保健医療サービス又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。
3 事業者は、サービス提供の開始前から終了後に至るまで、ご利用者が継続的に保健医療サ

ービス又は福祉サービスを利用できるよう必要な援助に努めます。

- 4 事業者は、ご利用者が「ケアプラン」の変更を希望する場合、速やかに介護予防支援事業者への連絡調整等の援助を行います。

(秘密保持)

- 第8条 1 事業者及び事業者の使用する者は、サービスを提供する上で知り得たご利用者及びご家族に関する情報を、正当な理由なく第三者に漏らしません。尚、この守秘義務は、契約終了後も同様です。
- 2 事業者は、ご利用者の個人の情報を用いる場合はご利用者の同意を、ご家族の情報を用いる場合はご家族の同意をあらかじめ文書で得ない限り、サービス担当者会議等において、ご利用者及びご家族の個人情報を用いません。
 - 3 事業者は、介護予防支援事業者等必要な機関に対し、ご利用者の個人情報を用いる場合はご利用者の同意を、ご家族の個人情報を用いる場合はご家族の同意をあらかじめ文書で得ます。

(賠償責任)

- 第9条 事業者は、サービスの提供にあたってご利用者の生命・身体・財産に損害を及ぼした場合は、その損害を賠償致します。
- 但し、事業者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。

(利用者負担金及びその変更)

- 第10条 1 ご利用者は、サービスの対価として「説明書」の記載に従い、利用者負担金を支払います。
- 2 利用者負担金のうち関係法令に基づいて定められたものが、契約期間中に変更になった場合、関係法令にしたがって改定後の利用者負担金が適用されます。その際、事業者はご利用者に説明致します。
 - 3 事業者は、提供するサービスのうち、介護保険の適用を受けないものがある場合には、特にそのサービスの内容及び利用者負担金を説明し、ご利用者の同意を得ます。
 - 4 事業者が前項の利用者負担金の変更（増額または減額）を行う場合には、ご利用者に対して変更予定日の1ヵ月前までに文書により説明し、ご利用者の同意を得ます。

(利用者負担金の滞納)

- 第11条 1 ご利用者が、正当な理由なく利用者負担金を2ヵ月以上滞納した場合には、事業者は文書により10日以上を定めて、その期間内に滞納額の全額を支払わなければ、契約を解約する旨の催告をすることができます。
- 2 前項の催告をしたときは、事業者は「ケアプラン」を作成した介護予防支援事業者と協議し、ご利用者の日常生活を維持する見地から「ケアプラン」の変更、介護保険外の公的サービスの利用等について必要な協議を行うようにするものと致します。
 - 3 事業者は、前項に定める調整の努力を行い、かつ第1項に定める期間が満了した場合には、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。
 - 4 事業者は、前項の規定により解約に至るまでは、滞納を理由としてサービスの提供を拒むことはありません。

(契約の終了)

- 第12条 次の事由に該当した場合は、この契約は自動的に終了致します。
- (1) ご利用者が事業対象者・要支援認定区分から要介護認定区分に該当及び自立（非該当）と認定されたとき
 - (2) ご利用者が死亡したとき
 - (3) ご利用者の所在が2週間以上不明になったとき

(利用者の解約権)

第13条 1 ご利用者は事業者に対して、契約終了希望日の2日前までに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。尚、この場合、事業者はご利用者に対し、文書により確認を求めることができます。

但し、ご利用者の病状の急変、急な入院などやむを得ない事情がある場合は、直ちにこの契約を解約することができます。

2 次の事由に該当した場合は、ご利用者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) 事業者が、正当な理由なくサービスを提供しないとき

(2) 事業者が、ご利用者やご家族などに対して社会通念を逸脱する行為を行ったとき

(事業者の解約権)

第14条 1 事業者は、やむを得ない事情により施設を閉鎖または縮小する場合、文書により1ヵ月以上の予告期間をもって、この契約を解約致します。

2 事業者は、ご利用者が次の各号に該当し、事業者の再三の申し入れにもかかわらず改善の見込みがなく、このサービス利用契約の目的を達することが困難となったときは、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致します。

(1) ご利用者の行動が、他の利用者の生命または健康に重大な影響を及ぼす恐れがあり、事業者が十分な介護を尽くしてもこれを防止できないとき。

(2) ご利用者が重大な自傷行為を繰り返すなど、自殺をする恐れが極めて大きく、事業者が十分な介護を尽くしてもこれを防止できないとき。

(3) ご利用者が故意に法令違反その他重大な秩序破壊行為をなし、改善の見込みがないとき。

(契約終了時の援助)

第15条 契約を解約又は終了する場合、事業者はあらかじめ介護予防支援事業者またはその他の保健医療サービスもしくは福祉サービス提供者等と連携し、ご利用者に対して必要な援助を行います。

(苦情処理)

第16条 1 事業者は、ご利用者からの通所介護サービスに関する相談、苦情等に対応する窓口を設置し、迅速かつ適切に対応致します。

2 事業者は、ご利用者が苦情申立を行った場合、これを理由としていかなる不利益な扱いを致しません。

(利用者代理人)

第17条 ご利用者は、自らの判断による本契約に定める権利の行使と義務の履行に支障を生じるときは、あらかじめ選任した代理人をもって行わせることができます。

(裁判管轄)

第18条 この契約に関する紛争の訴えは、ご利用者の住所地を管轄する裁判所を管轄裁判所とすることに合意します。

(契約外事項)

第19条 この契約に定めのない事項については、介護保険法令その他諸法令の定めるところによります。

(協議事項)

第20条 この契約に関して争いが生じた場合は、第1条記載の目的のため、当事者が互いに信義に従い、誠実に協議した上で解決するものとします。

以上の契約を証するため、本書を2通作成し、署名押印の上、1通ずつ保有するものとします。

令和 年 月 日

説明者	所属	氏名
-----	----	----

利用者	・私は、本契約の事項について説明を受け、その内容を確認し同意します。 ・私はこの契約で確認する鳥取市通所介護相当サービスの利用を申し込みます。			
	住所	〒 ー		
	氏名	印		
	電話番号		F A X 番号	

署名代筆者	本人との関係		署名代筆の理由	
	住所	〒 ー		
	氏名	印		
	電話番号		F A X 番号	
	緊急時の連絡先			

事業者	事業者は、鳥取市通所介護相当サービスの利用申し込みを受諾し、この契約書の定める事項について、説明し、本書面を交付致します。	
	名称	株式会社つむぎ
	住所	鳥取県鳥取市行徳1丁目312番地
	電話番号	0857-30-6978
	F A X 番号	0857-30-6979
	事業所番号	3170102739
	責任者	代表取締役 原田 伸吾 印