

介護保険外サービス契約書

様とケアコネクト合同会社 定期巡回ステーションゆいは介護保険制度で対応することが出来ないサービス提供の契約を行ないます。 利用料金につきましては介護保険単価を基準とした10割の料金の設定で時間、内容により下記に提示しましたご利用料金となります。

提供時間 :30分未満	料金 2,500円
:30分以上1時間未満	料金 4,500円
:1時間以上1時間半未満	料金 7,000円
30分毎に2,000円の追加料金になります。	

なお、訪問介護員が二人派遣となる場合は、上記料金は2倍になります。

※身体介護、1回の料金となります。

●利用料の請求および支払い方法

1) 請求

ご利用月ごとの合計金額で請求させていただき翌月の支払いとさせていただきます。

ご利用月の翌月初に請求明細書をお届けしますのでご利用日、時間、利用金額のご確認後、記名押印をお願いいたします。

2) お支払い

- ・事業者指定口座への振込み（請求書に記載）
- ・現金支払い

いずれかの方法により請求月の20日までにお支払いください。

※利用料のお支払いについて、支払いの期日から2ヶ月以上遅延し、さらに支払いの督促から14日以内にお支払いいただかない場合には、契約を解約した上で、未払い分をお支払いいただくこととなります。

以上、本書につき双方の合意を証するため、本書2通を作成し、当事者双方記銘捺印のうえ、各自1通を保有するものとします。

保険外サービス契約についての説明者、説明日

説明者 _____ 印

説明日 令和 年 月 日

事業者 住 所 札幌市手稲区稲穂2条7丁目10-17

事業者 定期巡回ステーションゆい

代表者名 代表社員 小林 大祐 印

利用者 住 所 _____

氏 名 _____ 印

代理人 住 所 _____

氏 名 _____ 印