

サポート申込書

ふりがな		性別	男性 女性	年齢	歳
利用者の方の氏名	様	生年月日	明治 大正 昭和	年	月 日
おすまい	住所		電話		
	駐車場 有・無 ()		携帯		
	独居・同居 ()		メール		
緊急連絡先	ふりがな	続柄	電話		
	氏名	様	メール		
	ふりがな	続柄	電話		
	氏名	様	メール		
※法定相続人代表者の方を必ず記載下さい。	ふりがな	続柄	電話		
	氏名	様	メール		
主治医	氏名	Dr.	医療機関名		
	住所			電話	
ケアマネジャー	氏名	様	事業所名		
	住所			電話	
				メール	
お身体等の状況 ご家族情報 特記事項等	<介護度> 申請中(認定予定 頃)・要支援()・要介護()				
	<既往症等> <input type="checkbox"/> 無し <input type="checkbox"/> 下記に無し() 脳疾患 <input type="checkbox"/> 脳出血 <input type="checkbox"/> くも膜下出血 <input type="checkbox"/> 脳梗塞 <input type="checkbox"/> パーキンソン病 <input type="checkbox"/> 認知症 慢性疾患 <input type="checkbox"/> 高血圧 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 高脂血症 <input type="checkbox"/> 閉塞性動脈硬化症 心臓疾患 <input type="checkbox"/> 狭心症 <input type="checkbox"/> 心筋梗塞 <input type="checkbox"/> 心不全 呼吸器疾患 <input type="checkbox"/> 気管支喘息 <input type="checkbox"/> 肺炎種 <input type="checkbox"/> 肺炎 <input type="checkbox"/> 肺結核 が ん <input type="checkbox"/> 肺がん <input type="checkbox"/> 胃がん <input type="checkbox"/> 肝がん <input type="checkbox"/> 大腸がん <input type="checkbox"/> 乳がん <input type="checkbox"/> 白血病				備考

開始希望日	令和 年 月 日 ()
サポート内容	<input type="checkbox"/> 生活サポート <input type="checkbox"/> 通院サポート <input type="checkbox"/> 外出サポート <input type="checkbox"/> 入院サポート <input type="checkbox"/> 家族サポート <input type="checkbox"/> 合鍵管理 <input type="checkbox"/> 保管要 (<input type="checkbox"/> 本部金庫 <input type="checkbox"/> 支部金庫 <input type="checkbox"/> 金融機関貸金庫 / <input type="checkbox"/> 6ヶ月 <input type="checkbox"/> 1年 <input type="checkbox"/> 無期限) <input type="checkbox"/> 金銭管理 <input type="checkbox"/> 保管要 (<input type="checkbox"/> 金融機関貸金庫 / <input type="checkbox"/> 6ヶ月 <input type="checkbox"/> 1年 <input type="checkbox"/> 無期限)
利用料金	別添料金表をご覧ください。
お支払い方法	原則、当日現金にてご精算下さい。 <input type="checkbox"/> 現金 <input type="checkbox"/> 振込 <input type="checkbox"/> 請求書(月末締め、翌10日払い) <input type="checkbox"/> その他()

NPO 法人 ひとり暮らし高齢者の笑顔をつくる会 御中

令和 年 月 日

私は上記内容並びに裏面重要事項説明書に同意の上、サポートを申し込みます。

ご利用者又は代筆される方のご署名

印

重要事項説明書

1. サポートを提供する事業者およびスタッフについて

事業者 (相談・苦情窓口)	NPO 法人 ひとり暮らし高齢者の笑顔をつくる会 (大阪市指令市民第 1115 号) 理事長 兼 事務局長 野崎ジョン全也 (のざきじょんまさや) 大阪市浪速区稲荷一丁目 5 番 39 号 ターミナルサイド太田 702 号 電話・FAX : 06-6585-7131 メール : info@np01182.com
担当スタッフ	支部名 本部、大阪南支部、大阪東 スタッフ名 藤田将明、植田美樹、三原友則、塚原崇弘他
営業日・営業時間	以下日程・時間帯は割増料金を申し受けます。 * 24 時間対応ではありません。対応できない場合もあります。 日祝、特定期間 (正月・GW・お盆)、時間外 (20:00~24:00、0:00~8:00)

2. 提供するサポート、体制について

【サポート提供体制】

- ① 当会のサポートは原則、行政・社会福祉協議会・民生委員・病院・介護事業所等と連携のうえ提供致します。
- ② 当会は介護保険制度における指定事業所ではありませんので、体制・人材要件等は設けておりません。
- ③ 当法人の定めた研修を受講し登録を完了したスタッフがサポートを提供致します。
- ④ スタッフには、当法人職員以外に、他法人の職員や個人事業主も含まれます。
- ⑤ 各種ご相談、サポート提供に起因する万が一の事故や苦情等は当法人が責任を持って対応致します。
- ⑥ スタッフの変更についてはご希望を尊重しますが、ご希望に沿えない場合もありますことをあらかじめご了承ください。

【サポートの目的、内容、料金】

- ① サポートの目的や詳しい内容、料金につきましては、各サポートのご案内をご覧ください。
- ② 料金表に定められていないサポートは、利用者の方またはご家族とご相談の上、お見積もりにて提示致します。
- ③ サポート提供にあたり、利用者の方のご自宅で使用する電気、ガス、水道等の費用は利用者の方にご負担頂きます。
- ④ サポート提供時に必要となる公共交通料金やガソリン・駐車・高速道路料金等は、実費をご負担頂きます。
- ⑤ サポート利用料は、サポート申込書に記載された方法でお支払い下さい。
- ⑥ 支払い期日から 1 ヶ月以上遅延してお支払がない場合には、契約解約の上、未払い分をお支払頂くことになります。
- ⑦ スタッフの飲食に関わる費用は、スタッフが自己負担致します。

【禁止事項】

- ① 100 万円を超える現金取扱 (財産管理等委任契約締結時を除く)
- ② 利用者の方又はご家族の自動車運転代行
- ③ 送迎のみを目的とした当会および当会スタッフが所有する自動車によるサポート
- ④ 危険、専門性を伴う作業 (営繕・修理、高所作業等)

3. 個人情報取扱および守秘義務について

当会では、利用者の方の個人情報について「個人情報の保護に関する法律」および厚生労働省「医療・介護関係事業者における個人情報の適切な取り扱いのためのガイドライン」に準じた適切な取扱いに努めます。当会および当会の使用者がサポートを提供する上で知り得た利用者の方およびそのご家族に関する個人情報について、以下範囲以外に使用すること、および第三者への開示を固く禁じています。

- ① 郵便や DM、電子メール等による当会サポート、イベントに関する情報提供
- ② サポート提供上必要な書類等の送付
- ③ サポートに関するご相談・お問合せ等の連絡および対応業務
- ④ サポート向上や各種企画のための統計資料作成

ただし、例外的に、ご本人もしくはご家族の許可のもと、ホームページ等に写真や活動内容を掲載させて頂くことがございますのでご了承下さい。また、当会が管理する情報については利用者の方の求めに応じてその内容を開示することとし、開示結果、情報訂正・追加または削除を求められた場合は停滞なく調査を行い、訂正等を行うものとします。

4. 緊急時の対応方法について

サポート提供中に緊急の事態が発生した場合、利用者の方の主治医および予め指定する連絡先に連絡します。

5. 事故発生時の対応方法について

利用者の方へのサポート提供により事故が発生した場合は、市町村・ご家族・担当ケアマネジャー等に連絡を行うと共に、必要な措置を講じます。なお、当会では下記損害保険に加入しています。元受会社：三井住友海上火災保険(株)

福祉事業者総合賠償責任保険 (業務遂行損害補償、生産物損害補償、受託財物損害補償等)、自動車保険

6. 重要事項説明の年月日 令和 年 月 日

上記内容について、利用者の方に説明を行いました。

説明者署名

印