

習志野市(以下「発注者」という。)-株式会社ナランド(以下「受注者」という。)-
とは、要介護認定調査の事業の委託に関して、次のとおり契約を締結し、信義に従い誠実にこれを履行するものとする。

(委託内容)

第1条 発注者は、介護保険法第28条第5項に基づき受注者に委託する。

(受注者)

第2条 受注者は、指定居宅介護支援事業者、地域密着型介護老人福祉施設、介護保険施設若しくは地域包括支援センター又は介護支援専門員であって、介護保険法施行規則第40条第5項各号の要件を満たすものとする。

2 受注者は、介護支援専門員その他厚生労働省令で定める者に当該委託に係る調査を行わせるものとする。

(実施方法)

第3条 発注者は、受注者に対し、調査対象者を通知する。受注者は当該調査対象者に対し、要介護認定調査を実施し、その結果を受領後発注者の定める期日までに発注者に報告する。また、本契約書に定めのない事項等については、発注者、受注者協議のうえ、別途定めるものとする。

(受注者の義務)

第4条 受注者は、受託業務の開始に際して、予め要介護認定調査に従事する者に係る名簿及び資格等を有する証明書の写しを発注者に提出するものとする。

2 受注者は、要介護認定調査に従事する者について、その研修の機会を確保し、もってその資質の向上に努めるものとする。

3 受注者は、要介護認定調査に従事する者に対し、以下の任務を遂行させる義務を発注者に対して負うものとする。

(1) 対象者への訪問を行うとともに、要介護認定調査を適正に実施する。

(2) 速やかに発注者に第1号の調査結果を報告する。

(履行場所)

第5条 受注者は、発注者の情報により被保険者に係る要介護認定調査の事業を実施する。

(委託料)

第6条 発注者は、要介護認定調査の事業の委託料として、次に定める契約単価に数量を乗じて得た額に、消費税及び地方消費税を加算して算定される額を受注者に支払うものとする。

(1) 在宅の認定調査1件あたり 5,000円

(2) 施設の認定調査1件あたり 2,500円

(委託料の支払い)

第7条 受注者は毎月業務終了後、発注者の定める期日までに当該月の費用を発注者に請求するものとする。

2 発注者は前項に基づき受注者からの適正なる請求書の受理後30日以内に、発注者の定める指定金融機関において受注者に対し、委託料を支払うものとする。

3 この契約締結後、消費税法(昭和63年法律第108号)等の改正等によって消費税等に変動が生じた場合は、発注者は、この契約をなんら変更することなく契約金額に相当額を加算して支払うものとする。

(権利義務の譲渡等の制限)

第8条 受注者は、本契約により生ずる権利又は義務を第三者に譲渡し、若しくは継承させ、又はその権利を担保に供してはならない。

(再委託の禁止)

第9条 受注者は、委託業務の全部又は一部を第三者に再委託してはならない。ただし、発注者が特別に認める場合については、この限りではない。

(業務実施の指示)

第10条 発注者は、委託業務について受注者に必要な指示をすることができるものとする。

(移動手段)

第11条 要介護認定調査に必要な移動の手段は、受注者が用意するものとする。

(個人情報の保護)

- 第12条 受注者は、この契約による事務を処理するための個人情報の取扱いについては、別記「個人情報取扱特記事項」を守らなければならない。併せて、当該事業に従事させたものに対しても守らせなければならない。
(事故発生時の対応)
- 第13条 受注者は、要介護認定調査の際に事故が発生した場合には、速やかに発注者、要介護認定調査の対象者の家族等に連絡を行うとともに、必要な措置を講じなければならない。
(関係書類の整備)
- 第14条 受注者は、受託業務に関する書類を整備しなければならない。
(報告書の提出)
- 第15条 受注者は、毎月の受託業務の実施状況を発注者の定める期日までに文書により発注者に報告しなければならない。
- 2 発注者は、必要と認めるときは受注者に受託業務の実施状況の報告を求めることができる。
(立ち入り調査)
- 第16条 発注者は、委託業務について受注者に対し、立ち入り調査し、必要な報告を求め、委託業務の実施について必要な指示を受注者に与えることができる。
(催告による解除)
- 第17条 発注者は、受注者が次の各号のいずれかに該当するときは、相当の期間を定めて履行の催告をし、その期間内に履行がないときは、この契約を解除することができる。ただし、その期間を経過した時における不履行が契約及び取引の社会通念上軽微であるときはこの限りでない。
(1) 第2条第1項の規定に該当しなくなったとき
(2) 不正な調査を行うなど本契約又は本契約に基づく指示に違反し、その違反により、この契約の目的を達することができないと認められるとき
- 2 債務の不履行が発注者の責めに帰すべき事由によるものであるときは、発注者は、前項の規定による契約の解除をすることができない。
(受注者の解除権)
- 第18条 発注者がこの契約に定める義務を履行しないとき又は履行することができないと認められたときは、受注者はこの契約を解除することができる。
- 2 前項の規定によりこの契約が解除された場合において、これにより受注者が損害を受けたときは、その損害は発注者が負担する。
(協議解除)
- 第19条 発注者と受注者が協議し、契約の解除の同意をしたときは、契約を解除することができる。
(損害の賠償)
- 第20条 受注者は、委託業務の施行について、発注者、要介護認定調査の対象者若しくは第三者に損害を与えたとき、又は第17条第1項の規定によりこの契約が解除されたときは、その賠償の責めを負わなければならない。ただし、その原因が受注者の責めに帰することができない事由によるものであるときは、この限りでない。
(疑義の解決)
- 第21条 本契約に定める事項その他要介護認定調査の業務上の必要な事項について疑義が生じた場合には、発注者、受注者協議のうえ解決するものとする。
(委託期間)
- 第22条 本契約の有効期間は、契約締結日から令和8年3月31日までとする。

※日付は空欄のままにしてください。

し、当事者双方記名押印のうえ、各自1通を保有するものとする。

令和7年 月 日

発注者 千葉県習志野市鷺沼2丁目1番1号
習志野市
市長 ○ ○ ○ ○ 印

受注者

〇〇県〇〇市〇〇△丁目△番〇号
株式会社ナランド
代表取締役 習志野 太郎

者代
印表

見 積 書

(介護保険 要介護認定調査委託料)

令和 年 月 日

習志野市長 ○ ○ ○ ○ 宛て

所在地 ○○県○○市○○△丁目△番○号

名称 株式会社ナラシド

代表者名 代表取締役 習志野 太郎

代表
者印

介護保険要介護認定調査委託料として、習志野市規定条項を承認のうえ、下記のとおり見積もりします。

記

在宅 1 件あたり	5, 000円
施設 1 件あたり	2, 500円

上記金額に消費税等に相当する金額を加算した額とする。

請 求 書

(介護保険 要介護認定調査委託料)

令和 年 月 日

習志野市長 ○ ○ ○ ○ 宛て

所在地 ○○県○○市○○△丁目△番○号

名称 株式会社ナラシド

代表者名 代表取締役 習志野 太郎



介護保険要介護認定調査委託料として、下記のとおり請求いたします。

記

請 求 額 (単価+消費税) 11,000 円
(内訳)在宅(単価 5,000 円) 2件 10,000 円(下記以外)
(内訳)施設(単価 2,500 円) 件 円(施設のケアマネージャーが調査する場合)
消 費 税 1,000 円

明 細

被保険者番号	氏 名	住 所
0000111111	鷺沼 習太郎	○○県○○市1-2-3
0000222222	習志野 習子	○○県○○市2-3-4 △△ハイツ102

振込先

金融機関名	信用金庫 習志野 銀行 習志野 本店 信用組合 支店		
預金の種類	普通・当座・貯蓄	口座番号	1234567
フリガナ	カナラシド ダイヒョウトリシマリヤク ナラシノ タロウ		
口座名義人	(株)ナラシド 代表取締役 習志野 太郎		

※債権者登録をされている場合は代表者印の押印と振込先の記入を省略できます。

業務完了報告書

令和 年 月 日

習志野市長 ○ ○ ○ ○ 宛て

所在地 ○○県○○市○○△丁目△番○号
名称 株式会社ナラシド
代表者名 代表取締役 習志野 太郎

業務が完了いたしましたので、下記のとおり報告します。

記

1. 業 務 名 要介護認定調査委託
2. 業 務 内 容 介護保険の要介護認定に伴う調査
3. 今回実施分 2 件

	課長	係長	担当者
確認			

上記のとおり業務完了を確認しました。(件分)

令和 年 月 日

健康福祉部
介護保険課長 ○○ ○○

記載例

令和 年 月 日

習志野市長 ○ ○ ○ ○ 宛て

委任状

私は、次の者を代理人と定め、介護保険 要介護認定調査委託料の
契約者と

請求

受領

報告

- ・請求者が異なる場合は「請求」
- ・振込先口座名義人が異なる場合は「受領」
- ・業務完了報告者が異なる場合は「報告」
に○を付けてください。

委任者（契約者）

所在地 ○○県○○市○○△丁目△番○号
名称 株式会社ナラシド
代表者 代表取締役 習志野 太郎



受任者

所在地 ○○県○○市○○△丁目△番○号
名称 株式会社ナラシド 居宅介護支援事業所ソラシノ
代表者 所長 習志野 太郎

振込先

金融機関名	信用金庫			
	習志野	銀行	習志野	本店
		信用組合		支店
預金の種類	普通・当座・貯蓄	口座番号	1234567	
フリガナ	カ)ナラシド キョウカイクシエンジギョウショソラシノ ショチュウ ナラシノ タロウ			
口座名義人	(株)ナラシド 居宅介護支援事業所ソラシノ 所長 習志野 太郎			

※委任状は、契約者/請求者/振込先口座名義人/業務完了報告者が一致しない場合に必要となります。また、代表者氏名が一致していても職名が異なる場合も記入の上御返送ください。

個人情報取扱届出書

令和 年 月 日

習志野市長 宮 本 泰 介 様

届出者(契約者)

所在地 ○○県○○市○○△丁目△番○号

名称 株式会社ナラシド

代表者名 代表取締役 習志野 太郎

者印代表

要介護認定調査委託契約における業務の実施に当たって、個人情報取扱特記事項第4条及び第5条の規定により、以下のとおり届け出ます。

1. 業務責任者等の届出

(1) 業務責任者(法人代表者又は事業所長)及びその責任範囲

業務責任者	代表者職・氏名	習志野 太郎
	責任範囲	委託業務に係る全範囲

(2) 業務従事者及びその作業範囲

業務従事者	調査員氏名	①	習志野 太郎
		②	鷺沼 花子
		③	介護 一郎
	作業範囲	認定調査	

・今年度、当市の認定調査を行う可能性のある調査員の氏名をご記入ください。

・上記の調査員の認定調査員従事者研修修了証書の写しを添付してください。

(無い場合は介護支援専門員証の写しで可)

2. 作業場所の特定

事務における作業場所及びデータ保管場所(該当するものに☑)

作業場所	☒ 調査場所及び事務所内
	☐ その他()
保管場所	☒ 事務所内ロッカーにて施錠して保管
	☐ その他()