

指定地域密着型介護老人福祉施設「はるかぜ」

重要事項説明書

「はるかぜ」は、介護保険施設の指定を受けています。
地域密着型介護老人福祉施設（高原町指定第 4591800034 号）

当事業所はご契約者に対してユニット型指定地域密着型介護老人福祉施設のサービスを提供します。事業所の概要や提供されるサービスの内容、契約上ご注意していただきたいことにつきまして、次のとおりご説明いたします。

1 事業者の概要

事業者の名称	社会福祉法人 のぞみ会
事業者の所在地	宮崎県西諸県郡高原町大字西麓 180-3
代表者氏名	理事長 川井田 由美子
設立年月日	平成28年2月2日
電話番号	0984-25-6001
メールアドレス	harukazehonbu@gmail.com
ホームページ	http://www.harukaze-nozomikai.com/index.html

2 事業所の概要

施設の名称	地域密着型介護老人福祉施設はるかぜ(特別養護老人ホームはるかぜ)
施設の所在地	宮崎県西諸県郡高原町大字西麓 180-3
指定事業所番号	高原町指定第 4591800034 号
施設長名	川井田 由美子
電話番号・FAX番号	☎：0984-25-6001 FAX：0984-42-5666

3 事業の目的及び方針

原則として※要介護3・4・5の状態にある高齢者に対し、適正な介護老人福祉施設サービスを提供することを目的とします。

また、可能な限り、居宅での生活への復帰を念頭に置いて入浴・排泄・食事等の日常生活上の世話をを行い、入居者がその能力に応じ、自立した生活を営むことができるよう援助すると共に、地域や家庭との結び付きを重視した運営を行い、保健医療機関及び福祉サービス機関等との密接な連携に努めます。

※第4項の①～④に該当する場合は入所できる場合があります。

4 施設利用対象者

(1) 当施設に入所できるのは、原則として介護保険制度における要介護認定の結果、「要介護」3・4・5と認定された方が対象となります。また入所時において「要介護」3・4・5の認定を受けておられる方であっても、自立、「要支援」1・2、※「要介護」1・2に認定された場合には、退所していただくことになります。

※要介護1・2の場合はつぎのいずれかの要件を満たせば、入所を続けることができます。

①認知症である者であって、日常生活に支障をきたすような症状・行動や意思疎通の困難さが頻繁に見られること

②知的障害・精神障害を伴い、日常生活に支障を来すような症状・行動や意思疎通の困難さ等が頻繁に見られること

③家族等による深刻な虐待が疑われること等により、心身の安全・安心の確保が困難であること

④単身世帯である、同居家族が高齢又は病弱である等により家族等による支援が期待できず、かつ、地域での介護サービスや生活支援の供給が不十分であること

(2) 入所契約の締結前に、事業者から感染症等に関する健康診断を受け、その診断書の提出をお願いする場合があります。このような場合、契約者は、これにご協力下さるようお願いいたします。

5 契約締結からサービス提供までの流れ

ご利用者に対する具体的なサービス内容やサービスの提供方針については、入所後作成する「施設サービス計画（ケアプラン）」で定めます。

「施設サービス計画」の作成及びその変更は次の通り行います。

①介護の提供に係る計画等に関し経験のある、当施設の介護支援専門員（ケアマネージャー）に施設サービスの原案作成やそのために必要な調査等の業務を担当させます。

②その担当者は施設サービス計画の原案について、ご契約者及びその家族等に対して説明し、同意を得たうえで決定します。

③施設サービス計画は原則として6ヶ月に1回、もしくはご契約者及びその家族等の要請に応じて、変更の必要があるかどうかを確認し、変更の必要がある場合にはご契約者及び家族等と協議して、施設サービス計画を変更します。

④施設サービス計画が変更された場合には、ご契約者に対して書面を交付し、その内容を確認していただきます。

6 施設の概要

(1) 敷地及び建物

敷 地		2 9 9 4 . 4 6 m ²
建 物	構 造	鉄骨 平屋
	延べ面積	1 5 9 0 . 8 m ²
	利用定員	2 9 名

(2) 居室

居室の種類	室数	一人当たりの平均面積
ユニット型居室	2 9 室	1 2 . 2 0 m ²

(3) その他の主な設備

ユニット棟

7 職員体制及び勤務体制

(1) 職員体制

職 種	配置基準	常勤換算
1. 施設長	1 名	1 名
2. 生活相談員	1 名	1 名
3. 介護職員	10 名以上	18 名
4. 看護職員	1 名	2 名
5. 機能訓練指導員	1 名	1 名
6. 介護支援専門員 (ケアマネジャー)	1 名 (兼務可)	必要数
7. 医師	1 名	必要数
8. 栄養士 or 管理栄養士	1 名	1 名

(2) 勤務体制

職 種	勤 務 体 制	
1. 管理者 (施設長)	月曜日から土曜日で5日間	8:30～18:00
2. 生活相談員	月曜日から土曜日で5日間	8:30～18:00
4. 看護職員	月曜日から日曜日で5日間	8:30～18:00
3. 介護職員	標準的な時間帯における最低人数配置 早出 07:00～16:00 日勤 08:30～18:00 遅出 13:00～22:00 夜勤 22:00～翌 07:00 16:00～翌 9:00 or 14:00～翌 7:00	
5. 機能訓練指導員	月曜日から土曜日で5日間	8:30～18:00
6. 介護支援専門員 (ケアマネジャー)	月曜日から土曜日で5日間	8:30～18:00
7. 医師	毎月第1金曜日	15:00～16:00 + 必要時
8. 栄養士 or 管理栄養士	月曜日から土曜日でシフト制	8:30～18:00

(3) 配置職員の職種

- 生活相談員・・・ご利用者の日常生活上の相談に応じ、適宜生活支援を行います。
- 介護職員・・・ご利用者の日常生活上の介護及び健康保持の為相談助言等を行います。
- 看護職員・・・主にご利用者の健康管理や療養上の世話を行います。日常生活上の介護介助等も行います。
- 介護支援専門員・・・ご利用者に係る施設サービス計画（ケアプラン）を作成します。他の職務が兼ねる場合もあります。1名の介護支援専門員を配置しています。
- 管理栄養士・・・ご利用者の給食提供に係る業務管理や栄養状態の管理を行います。各々に応じた栄養計画（栄養マネジメント）を作成します。
- 機能訓練士・・・ご利用者に対して日常生活動作に必要な個別訓練や、集団体操などの活動機会の提供を行います。
- 医師・・・ご利用者に対して健康管理及び療養上の指導を行います。
※協力医療機関との契約により、月2回程度の往診があります。

8 施設サービスの概要及び利用料金

(1) サービス内容

ご利用者各々の施設介護サービス計画書（ケアプラン）に基づいて、介護老人福祉施設サービスを提供いたします。

- ①入浴：週2回、ご利用者個々に応じた入浴設備を使用し、入浴していただきます。
ただし、体調不良の場合は清拭での対応や中止することがあります。
- ②排泄：ご利用者個々にあった方法で排泄ケアを行います。排泄に関する消耗品（オムツやパット等）は介護保険サービスの中でご用意いたします。
- ③食事：ご利用者個々にあった食事形態で食事を提供します。ご利用者の自立支援のため離床して食堂にて食事をとっていただくことを原則としています。
- ④口腔ケア：ご利用者様個々の状態に応じた方法で適切な口腔ケアを行います。歯科医師もしくは歯科医師の指示を受けた歯科衛生士により年2回、口腔衛生に係る技術的助言・指導を受けた職員が月に1回程度の口腔の健康状態の評価を実施します。
- ⑤機能訓練：機能訓練員を中心に介護・看護職員により、ご利用者の心身等の状況に応じて、日常生活を送るのに必要な機能の回復、又はその減退を防止するための訓練を実施します。
- ⑥生活相談：日常の生活における様々な困り事、悩み事などの相談に随時対応します。
- ⑦健康管理：年1回の定期健康診断を行うと共に、嘱託医による回診を行います。
- ⑧理美容サービス：定期的、または利用者の希望により業者による理美容サービスを斡旋します。
ただし、実費を負担いただきます。
- ⑨行政手続き及び負担金の負担金支払い代行をします。
- ⑩金銭管理：国民健康保険料・介護保険料・理美容代・医療費・薬代、その他日常生活に必要な経費の支払いについて、銀行引き落としにより対応します。
- ⑪外出：施設で定める行事計画に基づき外出サービスを実施します。（外出が困難と判断される場合は除く）
- ⑫その他自立支援への支援：寝たきり防止のため、できるかぎり離床に配慮します。生活のリズムを考え、毎朝夕の着替えを行うよう配慮します。清潔で快適な生活が遅れるよう、適切な整容が行われるよう援助します。
- ⑬その他、定例行事及び全員参加するレクリエーションなど
- ⑭施設が必要と判断したときに、居室の変更を実施することがあります。

(2) 所持品等の持ち込みについて

使い慣れた家具の持ち込みは自由ですが、居室に入る程度で入居者が動きやすい範囲内でお願います。

なお、通帳・印鑑・保険証等の貴重品については、事務所金庫にて保管します。

(3) 利用料金 (1日当たりの介護サービス費) ※1 割負担の場合

	要介護 1	要介護 2	要介護 3	要介護 4	要介護 5
ユニット型個室	682 円	753 円	828 円	901 円	971 円

※2 割負担の場合

	要介護 1	要介護 2	要介護 3	要介護 4	要介護 5
ユニット型個室	1,364 円	1506 円	1,656 円	1802 円	1,942 円

※3 割負担の場合

	要介護 1	要介護 2	要介護 3	要介護 4	要介護 5
ユニット型個室	2,046 円	2259 円	2,484 円	2703 円	2,913 円

居住費 (1日当たり)

	第 1 段階	第 2 段階	第 3 段階①	第 3 段階②	第 4 段階
ユニット型個室	880 円	880 円	1,370 円	1,370 円	2,066 円

食費 (1日当たり)

	第 1 段階	第 2 段階	第 3 段階①	第 3 段階②	第 4 段階
共通	300 円	390 円	650 円	1,360 円	1,445 円

(4) 加算額

下記に定める加算のうち、施設体制や入居者の状況に応じて必要な加算を算定させていただきます。(金額は1割負担の場合)

①初期加算 1日につき 30 円 入所、再入所から 30 日間

②日常生活継続支援加算 (Ⅱ) 1日につき 46 円

認知症高齢者等が一定割合以上入所しており、入所者数に対し介護福祉士を一定割合以上配置している場合

③看護体制加算 (Ⅰ) 1日につき 12 円

看護体制加算 (Ⅱ) 1日につき 23 円

常勤の看護師の配置や基準を上回る看護職員を配置している場合

④夜勤職員配置加算 1日につき 46 円 基準を上回る夜勤職員を配置している場合

⑤配置医師緊急時対応加算

配置医師が施設の求めに応じ、早朝・夜間又は深夜及び配置医師の通常の勤務時間外に施設を訪問し入居者の診療を行った場合に算定

早朝・夜間の場合 1回につき 650 円 (早朝: 6:00~8:00) (夜間: 18:00~22:00)

深夜の場合 1回につき 1,300 円 (深夜: 22:00~6:00)

配置医師の通常の勤務時間外の場合 (早朝・夜間及び深夜を除く) 1回につき 325 円

⑥協力医療機関連携加算 1月につき 100 円 (令和 6 年度) / 50 円 (令和 7 年度~)
1月につき 5 円

施設と協力医療機関との間で、入所者などの同意を得て、当該入所者などの情報を共有する会議を定期的開催している場合に算定。

- ⑦看取り介護加算（Ⅰ）（死亡日以前45日前～31日前）1日につき 72 円
（死亡日以前30日前～4日前）1日につき 144 円
（死亡日以前前々日、前日）1日につき 680 円
（死亡日）1日につき 1,280 円

- 看取り介護加算（Ⅱ）（死亡日以前45日前～31日前）1日につき 72 円
（死亡日以前30日前～4日前）1日につき 144 円
（死亡日以前前々日、前日）1日につき 780 円
（死亡日）1日につき 1,580 円

医師が終末期にあると判断し、医師、看護師、介護職員等が協働して、本人または家族の同意を得ながら看取り介護を行った場合、死亡前45日を上限として死亡月に算定
看取り介護加算（Ⅱ）は厚生労働大臣の定める基準あり。

- ⑧栄養マネジメント強化加算 1日につき 11 円

管理栄養士を必要数配置し、栄養ケア計画の作成、定期的な食事の観察、厚労省への情報提供や必要な情報を活用している場合

- ⑨再入所時栄養連携加算 1回を限度として 400 円

再入所時施設管理栄養士が入院先の病院の管理栄養士と連携し栄養ケア計画を策定した場合

- ⑩退所時栄養情報連携加算 1回を限度に 70 円

特別食を必要とする入所者又は低栄養状態にあると医師が判断した入所者に対し、施設管理栄養士が退所先の医療機関や介護保険施設へ栄養管理に関する情報を提供した場合。

- ⑪経口移行加算 1日につき 28 円 経管栄養者が経口摂取に移行する取組みを実施する場合

- ⑫経口維持加算（Ⅰ） 1月につき 400 円

著しい誤嚥が認められる方の経口摂取を維持する取組みを実施する場合

- 経口維持加算（Ⅱ） 1月につき 100 円

経口維持加算（Ⅰ）を算定している場合であって、会議などに歯科医師や歯科衛生士など一定の資格を有する者が加わった場合

- ⑬口腔衛生管理加算（Ⅰ） 1月につき 90 円

歯科医師の指示を受けた歯科衛生士が入居者に対し口腔ケアを2回/月以上行い、施設介護職員に対し、具体的な技術的助言及び指導・相談等必要に応じ対応している場合

- 口腔衛生管理加算（Ⅱ） 1月につき 110 円

口腔衛生管理加算（Ⅰ）の要件に加え、口腔衛生等の管理に掛かる計画の内容等の情報を厚労省に提出、実施に当たり当該情報その他口腔衛生管理の適切かつ有効な実施の為に必要な情報を活用している場合

- ⑭認知症行動・心理症状緊急対応加算 1日につき 200 円

医師が認知症の行動・心理症状が認められるため、在宅での生活が困難であり、緊急に入所することが適当であると判断した者に対し、入所した日から起算して7日を限度として算定

- ⑮認知症専門ケア加算（Ⅰ） 1日につき 3 円

- 認知症専門ケア加算（Ⅱ） 1日につき 4 円

国や自治体の実施または指定する認知症ケアに関する専門研修を終了した者が介護サービスを提供する場合

- ⑯認知症チームケア推進加算（Ⅰ） 1月につき 150 円

- 認知症チームケア推進加算（Ⅱ） 1月につき 120 円

認知症介護の指導に係る専門的な研修を修了している者又は認知症介護に係る専門的な研修及び認知症の行動・心理症状の予防に資するケアプログラムを含んだ研修を修了した者を1名以上配置し、かつ、複数人の介護職員から成るチームを組んでいること。また計画的にチームケアを実施し、認知症ケアについて、カンファレンスの開催、計画作成、定期的な評価・見直しなどを行っている場合に算定。

⑰外泊時加算 1日につき 246 円

入所者が病院または診療所への入院を要した場合及び入所者に対して居宅における外泊を認めた場合 1 月に 6 日を限度として算定

*ただし、初日及び最終日は除き、月をまたがる場合は最大 12 日分を算定

⑱在宅・入所相互利用加算 1日につき 40 円

複数の利用者が在宅期間及び入居期間（3 ヶ月以内）を定めて、同一の個室を計画的に利用する場合

⑲退所時前後訪問相談援助加算 460 円

退所時相談援助加算 400 円

退所前連携加算 500 円

入所者及びその家族等に対して退所後の相談援助を行い、かつ市町村及び老人介護支援センターに対して必要な情報を提供した場合

居宅介護支援事業者と退所前から連携し、情報提供サービス調整を行った場合

⑳在宅復帰支援機能加算 1日につき 10 円

在宅復帰支援を積極的に行い、一定割合以上の在宅復帰を実現した場合

㉑退所時情報提供加算 1回に限り 250 円

医療機関へ退所する入所者等について、退所後の医療機関に対して入所者等を紹介する際、入所者の同意を得て、当該入所者の心身の状況、生活歴等を示す情報を提供した場合に算定。

㉒個別機能訓練加算（Ⅰ） 1日につき 12 円

機能訓練指導員、看護職員、介護職員、生活相談員などが協同して個別機能訓練計画に基づき、計画的に機能訓練を行った場合に算定

個別機能訓練加算（Ⅱ） 1月に 20 円

個別機能訓練加算（Ⅰ）を算定している入居者について、厚労省への情報提供や必要な情報を活用している場合に算定

個別機能訓練加算（Ⅲ） 1月に 20 円

個別機能訓練加算（Ⅱ）を算定している入居者について、口腔衛生管理加算（Ⅱ）及び栄養マネジメント強化加算を算定しており、各関係職種の間で情報を一体的に共有し必要な見直しを行っている場合に算定。

㉓生活機能向上連携加算（Ⅰ） 1月に 100 円

生活機能向上連携加算（Ⅱ） 1月に 200 円

訪問リハビリテーション若しくは通所リハビリテーションを実施している事業所又はリハビリテーションを実施している医療提供施設の理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、医師が、介護老人福祉施設を訪問し、介護老人福祉施設等の職員と共同で、アセスメントを行い、個別期の訓練計画を作成し、これに基づいて計画的に機能訓練を実施した場合

㉔自立支援促進加算 1月に 280 円

特に自立支援の為の対応が必要であるとされた入居者に、医師をはじめ多職種が協同して自立支援に掛かる支援計画を策定し、定期的に見直しを行いながらケアを実施している場合

㉕褥瘡マネジメント加算（Ⅰ） 1月に 3 円

褥瘡発生に関するリスクについて、施設入居時等定期的に評価するとともに多職種が協同して褥瘡ケア計画を作成、定期的に見直しを行いながら褥瘡管理を実施した場合

褥瘡マネジメント加算（Ⅱ） 1月に 13 円

褥瘡マネジメント加算（Ⅰ）の算定要件を満たしている施設等において、入居時の評価結果褥瘡発生リスクがあるとされた入居者等について、褥瘡発生のないこと

㉖排せつ支援加算（Ⅰ） 1月に 10 円

排せつに関する評価を行い、多職種共同の下排せつに介護を要する原因を分析、それに基づいた支援計画を作成し見直しを行いながら支援を実施している場合

排せつ支援加算（Ⅱ） 1月に 15 円

排せつ支援加算（Ⅰ）の算定要件を満たしている施設等に置いて、排尿・排便の状態が悪化

せず少なくとも一方改善している、またはおむつ使用ありから使用なしに改善している場合
排せつ支援加算（Ⅲ） 1月に20円

排せつ支援加算（Ⅰ）の算定要件を満たしている施設等に置いて、排尿・排便の状態が悪化せず少なくとも一方改善している、かつおむつ使用ありから使用なしに改善している場合

⑳特別通院送迎加算 1月につき594円

透析を要する入所者であって、その家族や病院等による送迎が困難である等やむを得ない事情があるものに対して、1月に12回以上、通院の為の送迎を行った場合に算定。

㉑生産性向上推進体制加算（Ⅰ） 1月につき100円

生産性向上推進体制加算（Ⅱ） 1月につき10円

見守り機器等のテクノロジーを導入して介護サービスの質の確保及び職員の負担軽減に資する方策を検討する為の委員会の開催や、必要な安全対策を講じた上で、生産性ガイドラインに基づいた改善活動を継続的に行っている場合に算定。

*（Ⅰ）については、（Ⅱ）の要件を満たし、かつ（Ⅱ）のデータにより業務改善の取り組みによる成果が確認されていること。

㉒高齢者施設等感染対策向上加算（Ⅰ） 1月につき10円

国の定める第二種協定指定医療機関との間で新興感染症の発生時等の対応を行う体制を確保していること。（Ⅱ）の医療機関又は地域の医師会が定期的に行う院内感染対策に関する研修又は訓練に1年に1回以上参加していること。

高齢者施設等感染対策向上加算（Ⅱ） 1月につき5円

診療報酬における感染対策向上加算に係る届け出を行った医療機関から、3年に1回以上施設内で感染者が発生した場合の感染制御等に係る実地指導を受けていること。

㉓新興感染症等施設療養費 1日につき240円

入所者等が別に厚生労働大臣が定める感染症に感染した場合に、相談対応、診療、入院調整等を行う医療機関を確保し、当該感染症に感染した入所者等に対し、適切な感染対策を行った上で、該当する介護サービスを行った場合に、1月に1回、連続する5日を限定として算定する。＊現時点において指定されている感染症はない。

㉔介護職員等処遇改善加算（Ⅰ） 1000分の140

介護職員等処遇改善加算（Ⅱ） 1000分の136

介護職員等処遇改善加算（Ⅲ） 1000分の113

介護職員等処遇改善加算（Ⅳ） 1000分の90

所定単位数にサービス別加算率を乗じた単位数で算定

（注）尚、上記加算については、職員配置等の基準を充たさない場合は加算されません。

(5) その他のサービス利用料

①行事経費	実費
②買い物代行（毎週の定期買い物）	500 円/回
③町外受診等送迎サービス	1 時間につき 1,500 円
④付添援助サービス	1 時間につき 900 円
⑤大型家電持ち込み使用料（テレビ、冷蔵庫、その他）	1 個 1 月につき 500 円
⑥在宅酸素機器使用電気料	実費
⑦理美容代	実費
⑧特別食（個人用）	実費
⑨ 6 日目以降の外泊・入院	第 4 段階の居住費 2,066 円

* おむつ代・洗濯代は、介護保険給付対象となっていますのでご負担の必要はありません。

(6) 契約書第 2 1 条第 2 項に定める所定の料金

ご契約者が、契約終了後も居室を明け渡さない場合等に、本来の契約終了日から現実に居室が明け渡された日までの期間に係る料金

料 金	1,200 円/1 日
-----	-------------

- ◇ 経済状況の著しい変化その他やむを得ない事由がある場合、相当な額に変更することがあります。その場合、事前に変更の内容と変更する事由について、変更する 2 ヶ月前までにご説明します。

9 利用料金の支払い方法

8 項の料金・費用は 1 ヶ月ごとに計算し、翌月 15 日頃に請求書を送付します。引き落とし日時は 20 日です。支払い方法は、銀行、郵便局、信用金庫、農協等の口座より、宮崎社会福祉協議会の M-NET 代金回収サービスによって引き落としをさせていただきます。

(1 ヶ月に満たない期間のサービスに関する利用料金は、利用日数に基づいて計算した金額となります)

口座からの引き落とし

宮崎銀行 高原支店 普通預金 80248
(口座名義) 社会福祉法人のぞみ会 理事長 川井田 由美子

※引き落としが出来なかった場合には、当施設まで、ご持参いただくことになっております。

10 苦情処理体制

(1) 当施設における苦情の受付 TEL 0984-25-6001

当施設における苦情・相談は以下の専用窓口で受け付けます

苦情受付窓口・・・介護職員、看護職員 受付時間・・・毎日（随時）

苦情受付担当者・・・生活相談員

(2) その他の苦情の受付

高原町福祉課高齢者あんしん係 TEL 0984-42-2550

宮崎県国民健康保険団体連合会 TEL 0985-25-4901

1 1 非常防火時の対応

防火担当者・・・施設長

地域との連携・・・西諸広域行政事務組合（高原分遣所）と連携

防災訓練等・・・年2回実施（1回は夜間訓練を想定）

防災設備・・・スプリンクラー、消火器

1 2 医療体制

嘱託医師（医療法人豊寿会川井田医院：TEL0984-42-2000）が必要に応じて対応します。

協力医療機関：小林市立病院 住所 宮崎県小林市細野 2235-3

TEL : 0984-23-4711

協力歯科医院：益山歯科医院 住所 宮崎県西諸県郡高原町西麓 845

TEL : 0984-42-4184

1 3 緊急事態・異常事態体制

緊急事態・異常事態発生時には施設の緊急連絡体制に従って対応します。

1 4 サービスご利用時の注意事項

次の行為はご遠慮いただきます。

- ①宗教や信条の相違などで他人を攻撃し、または自己の利益のために他人の自由を侵すこと。
- ②けんか、口論、酔などで他の入居者等に迷惑を及ぼすこと。
- ③施設の秩序、風紀を乱し、安全衛生を害すること。
- ④指定した場所以外で火気を用いること。
- ⑤故意に施設もしくは物品に損害を与え、またはこれを持ち出すこと。

1 5 秘密保持について

業務上知り得た、ご本人及びご家族に関する秘密を正当な理由なく第三者に漏らしません。

この守秘義務は契約終了後も同様です。

ただし、介護サービス等を提供する他事業所との連携に必要な場合は、文書による本人または家族の同意を得た後、関係先にのみ提供できるものとします。

1 6 改定について

この重要事項説明書を改訂する場合、軽微な事項及び法改正に伴う事項については通知をもって同意を頂いたものとします。ただし、変更事項に同意できない場合は契約を解除できるものとします。

¹（令和6年8月1日改訂）

(説明し契約した日時及び場所: 令和 年 月 日 時 分～ 時 分

に於いて)

指定地域密着型介護老人福祉施設サービスの提供に際し、本書面に基づき重要事項説明書に記載する重要事項の説明を行いました。

事業者 地域密着型介護老人福祉施設 はるかぜ
理事長 川井田 由美子 ㊞

説明者職名 _____

氏 名 _____ ㊞

私達は、本書面に基づいて事業者から重要事項の説明を受け、指定地域密着型介護老人福祉施設サービスの提供開始に同意しました。

契約者 住 所 _____

氏 名 _____ ㊞

身元引受人 (契約者との関係: _____)

住 所 _____

氏 名 _____ ㊞

(原則としてご家族の方とします。ご家族がどうしても身元引受人となれない場合は、立会人として、ご家族の立会を求めることになります。)

私は、契約者が事業者から重要事項の説明を受け、指定地域密着型介護老人福祉施設サービスの提供開始に同意したことを確認しましたので、私が契約者に代わって署名を代行いたします。

署名代行者 (契約者との関係: _____)

住 所 _____

氏 名 _____ ㊞

立 会 人 (契約者との関係: _____)

住 所 _____

氏 名 _____ ㊞

(身元引受人が利用者のご家族でない場合には、この立会人はご家族の方になって頂きます。)