

特別養護老人ホームもりおか

指定地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護

重要事項説明書

当施設は入所者様に対して地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護サービスを提供します。

施設の概要や提供されるサービスの内容、契約上ご注意いただきたいことを次のとおり説明いたします。

◇◆目次◆◇

1. 事業者（法人）の概要
2. 事業所名称及び事業所番号
3. 事業の目的及び運営方針等
4. 施設の概要
5. 職員の配置状況
6. 職員の勤務体制
7. 施設サービスの内容
8. 利用料金
9. 利用料金のお支払い方法
10. 契約の終了について
11. 入所者の入院期間中の取り扱い
12. 苦情申し立て窓口
13. 身体拘束の廃止
14. 非常災害時の対策
15. 配置医師及び協力医療機関
16. 施設利用に当たっての留意事項
17. 事故発生時・非常災害時・緊急時の対応
18. 運営推進会議の設置
19. 損害賠償について

1. 事業者（法人）の概要

名称・法人種別	社会福祉法人 ネットワークみやび
代表者	理事長 矢澤 久子
所在地・連絡先	(住所) 〒474-0038 大府市森岡町二丁目 28 番地 (電話) 0562-85-1131 (FAX) 0562-85-1158
設立年月日	平成 22 年 1 月 5 日

2. 事業所名称及び事業者番号

施設の種類	地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護
所在地・連絡先	(住所) 大府市森岡町二丁目 28 番地 (電話) 0562-85-1151 (FAX) 0562-85-1158
事業者番号	平成 24 年 3 月 26 日指定 知多北部広域連合 2394200055
施設の名称	特別養護老人ホームもりおか
管理者	清 武司
開設年月日	平成 24 年 4 月 1 日

3. 事業目的及び運営方針等

[事業の目的]

要介護状態にある高齢者に対し、適正な小規模単位型指定介護老人福祉サービスを提供することを目的とします。

[運営方針]

- (1) 施設の従事者は、可能な限り入所者様の居宅における生活の復帰を念頭に置いて、入浴、排泄、食事等の介護、相談及び援助、社会生活上の便宜の供与、その他日常生活の世話、健康管理及び療養上の世話を行うことにより、入所者様がその有する能力に応じ自立した日常生活が営めるようにすることを目指します。
- (2) 施設は、入所者様の意思及び人格を十分に尊重し、常に入所者様の立場に立ってサービスを提供するように努めます。
- (3) 施設は、できる限り明るく家庭的な雰囲気を有し、地域と家庭との結びつきを重視した運営を行い、関係市町村、居宅介護支援事業者、居宅サービス事業者、介護保険施設及び保険医療サービス、福祉サービスを提供する者と密接な連携に努めます。
- (4) 施設は、各ユニットにおいて日常生活を入所者様が相互に社会的関係を築き、自律的な日常生活を営むことを支援します。

4. 施設の概要

(1) 建物構造及び利用定員等

建 物	構 造	延べ床面積
	鉄筋コンクリート4階建	2705.94㎡
利用定員	29人	

(2) 居室及び設備

居室・設備の種類	室数等
個室	29室
共同生活室	3ユニット
浴室	6室（一般浴3室・機械浴3室）
医務室	1室（診療所）
事務室	1室
調理室	1室
静養室	1室
娯楽室	1室

※上記は、厚生労働省の定める基準により、地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護に必置が義務づけられている施設・設備です。この施設・設備の利用に当たって、入所者様に特別にご負担いただく必要はありません。

- ・居室の変更：入所者様から居室の変更希望の申し出があった場合は、居室の空き状況により施設でその可否を決定します。また、入所者様の心身の状況により居室を変更する場合があります。その際には、入所者様やご家族と協議の上決定するものとします。

5. 職員の配置状況

当施設では、入所者様に対して地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護サービスを提供する職員として、以下の職種の職員を配置しております。

職 種	員数	職 務 内 容
管理者	1	施設の従業者の管理及び業務の管理を一元的に行う
医 師	入所者に対し健康管理及び療養上の指導を行うために必要な数	入所者に対する健康管理及び療養上の指導を行う
生活相談員	1以上	施設入所の申し込み及び相談業務を行う
介護職員	介護職員及び看護職員の総数は常勤換算方法で、入所者の数が3又はその端数を増すごとに1とする。	入所者に対する日常の世話など必要な介護業務を行う

看護職員	1 以上	入所者に必要な健康管理等必要な看護業務を行う
栄養士又は管理栄養士	1 以上	入所者の食事に関する必要な栄養管理を行う
機能訓練指導員	1 以上	入所者の日常の生活を過ごすための基本動作や生活動作の機能を高める訓練を行う
介護支援専門員	1 以上	施設サービス計画の作成及びその実施状況の把握を行う

6. 主な職種の勤務体制

職員の職種	勤務体制
管理者	勤務時間帯（8：30～17：30）常勤で勤務
医師（内科）	毎週火曜日（13:00～15：00）で勤務
生活相談員	勤務時間帯（8：30～17：30）常勤で勤務
介護支援専門員	勤務時間帯（8：30～17：30）常勤で勤務
介護職員	入所者様に対し、適切な指定地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護を提供できるよう、日中の時間帯（午前7時から午後9時）についてはユニットごとに常時一人以上の介護職員又は看護職員を配置します。夜間及び深夜（午後9時から午前7時）においては、2ユニットごとに一人以上の介護職員又は看護職員を配置します。
看護職員	勤務時間帯（8：30～17：30）常勤で勤務

7. 施設サービスの内容（介護給付サービス）

サービスの種類	サービスの内容
食事の介助	・栄養士の立てる献立表により、栄養と入所者様の身体状況に配慮した食事を提供します。 ・食事は、できるだけ離床して、生活リズムに合わせて食べていただけるように配慮します。 （食事時間）朝食 7：30～ 昼食 12：00～ 夕食 18：00～
入浴の介助・清拭	・週2回以上の入浴又は清拭を行います。 ・寝たきり等で座位を取れない方は、機械浴槽を使用して入浴することが出来ます。 ・夏場のシャワー浴等もご相談に乗ります。

排泄の介助	排泄の自立を促すため、入所者様の身体能力を最大限活用した援助を行います。
離床・着替え・整容等	・寝たきり防止のため、できる限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。 ・個人の尊厳に配慮し、適切な整容が行われるように配慮します。 ・シーツ交換は、週1回行い、汚れている場合は随時交換します。
機能訓練	入所者様の心身の状況に適した機能訓練を行い、身体機能の改善・維持及び低下防止につとめます。
健康管理	医師、看護職員による健康チェック及び異常の早期発見、早期処置に努めます。
レクリエーション等	適宜利用者様のための施設内レクリエーション及び野外レクリエーションを行います。
相談及び援助	入所者様とその家族からのご相談に応じます。

8. 利用料金

- (1) 介護保険給付サービス利用するにあたって、入所者様に負担していただく料金は、厚生労働大臣が定めた告示上の基準額（下記の「特別養護老人ホームもりおか利用料金表」（以下「料金表」という。）の1割、2割又は3割とする。
- (2) 介護保険給付サービス以外に係るその他の費用の内訳については、下記のとおりです。

特別養護老人ホームもりおか 利用料金表

令和7年4月1日から適用

1.介護保険給付対象となる基本利用点数				※地域区分 1単位/10.14円				【単位:点】	
項 目				要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5	
施設サービス費				682	753	828	901	971	
2.介護保険給付対象となる加算点数				※地域区分 1単位/10.14円				【単位:点】	
加算項目				単位	加算項目				単位
初期加算				30単位/日	経口移行加算				28単位/日
日常生活継続支援加算(Ⅱ)				46単位/日	経口維持加算(Ⅰ)				400単位/月
看護体制加算Ⅰイ				12単位/日	経口維持加算(Ⅱ)				100単位/月
看護体制加算Ⅱイ				23単位/日	自立支援促進加算				280単位/月
夜勤職員配置加算Ⅱイ				46単位/日	サービス提供体制加算(Ⅰ)				22単位/日
夜勤職員配置加算Ⅳイ				61単位/日	サービス提供体制加算(Ⅱ)				18単位/日
生活機能向上連携加算(Ⅰ)				100単位/月	サービス提供体制加算(Ⅲ)				6単位/日
生活機能向上連携加算(Ⅱ)				200単位/月	排泄支援加算(Ⅰ)				10単位/月
個別機能訓練加算(Ⅰ)				12単位/日	排泄支援加算(Ⅱ)				15単位/月
個別機能訓練加算(Ⅱ)				20単位/日	排泄支援加算(Ⅲ)				20単位/月
個別機能訓練加算(Ⅲ)				20単位/日	科学的介護推進体制加算(Ⅰ)				40単位/月
口腔衛生管理加算(Ⅰ)				90単位/月	科学的介護推進体制加算(Ⅱ)				50単位/月
口腔衛生管理加算(Ⅱ)				110単位/月	配置医師緊急時対応加算 早朝・夜間				650/回
若年性認知症入所者受入加算				120単位/日	配置医師緊急時対応加算 深夜				1300単位/回
障害者生活支援体制加算(Ⅰ)				26単位/日	看取り介護加算(Ⅰ) 死亡日45日前～31日間				72単位/日
外泊時費用				246単位/日	死亡日30日前～4日前				144単位/日
褥瘡マネジメント加算(Ⅰ)				3単位/月	死亡日前々日、前日				680単位/日
褥瘡マネジメント加算(Ⅱ)				13単位/月	死亡日				1280単位/日
ADL維持等加算(Ⅰ)				30単位/月	看取り介護加算(Ⅱ) 死亡日45日前～31日間				72単位/日
ADL維持等加算(Ⅱ)				60単位/月	死亡日30日前～4日前				144単位/日
安全対策体制加算				20単位/回	死亡日前々日、前日				780単位/日
栄養マネジメント強化加算				11単位/日	死亡日				1580単位/日
認知症行動・心理症状緊急対応加算				200単位/日	認知症チームケア推進加算(Ⅰ)				150単位/月
特別通院送迎加算				594単位/月	認知症チームケア推進加算(Ⅱ)				120単位/月
協力医療機関連携加算				100単位/月	退所時情報提供加算				250単位/回
高齢者施設等感染対策向上加算(Ⅰ)				10単位/月	退所時栄養情報連携加算				70単位/回
高齢者施設等感染対策向上加算(Ⅱ)				5単位/月	再入所時栄養連携加算				200単位/回
新興感染症等施設療養費				240単位/日					
生産性向上推進体制加算(Ⅰ)				100単位/月					
生産性向上推進体制加算(Ⅱ)				10単位/月					
※介護職員等処遇改善加算				介護保険給付対象サービスの総単位数の14.0%が介護職員処遇改善加算として加算されます。					

3.介護保険給付対象以外のサービス					【単位:円】
	第1段階	第2段階	第3段階①	第3段階②	第4段階
居住費	880	880	1,370	1,370	2,300
食費	300	390	650	1,360	1,790

生活上必要となる諸費用等、入居者の日常生活に要する費用でご負担いただくことが適当であるものをお支払いいただきます。（個人的な嗜好品の購入・理美容代・おやつ代等）

◎居住に要する費用

施設及び設備を利用し、滞在されるにあたり、居住費を負担していただきます。ただし、介護保険負担限度額認定証の発行を受けている方については、その認定証に記載されている居住費の金額（1日あたり）のご負担となります。

◎食事の提供に要する費用

入所者様に提供する食事の材料及び調理にかかる費用です。実費相当額を負担していただきます。ただし介護保険負担限度額認定証の発行を受けている方については、その認定証に記載されている居住費の金額（1日あたり）のご負担となります。

◎短期入院及び外泊の場合は初日と最終日を除く 6 日を限度として所定単位数に代えて 1 日につき 246 単位をご負担頂きます。

◎介護保険から給付（6 日間）が終了後、7 日目以降も入所者様本人の希望等により当該入所者様のために居室を確保する場合の居住費については、1 日 2,240 円が必要です。

◎コンセント使用について

居室及び施設内のコンセント使用について、個人的な使用は別途料金を頂きます。

1 コンセント……600 円/1 ヶ月

◎理髪・美容

希望により、理容・美容師の出張によるサービスをご利用いただけます。

理美容料金： 1 回あたり 実費

◎レクリエーション

入所者様の希望によりレクリエーション・クラブ活動に参加して頂くことが出来ます。

利用料金：材料代等の実費を頂きます。

◎おやつ代として、1 日 105 円頂きます。個人的な嗜好に基づいて選定し、希望されるおやつについては、特別な食費として負担して頂きます。

◎救急搬送時に要する費用

入所者様が救急自動車で搬送される場合、当施設看護職員等が同行します。その際、同行職員の医療機関から当施設までの帰所に係る移動費（タクシー代等）を別途ご負担いただきます。（但し移動時間が往復 4 時間程度で検査等の付き添い時間を合わせるとほぼ一日時間を要する場合のみ）

9. 利用料金のお支払い方法

利用料金は 1 か月ごとにご請求します。毎月 15 日までに前月分の利用料金明細票の入った請求書により請求いたしますので、27 日までに下記の方法にてお支払い下さい。お支払い頂いた後に領収書を発行いたします。（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します。）

[お支払い方法]

(1) 入所者様名義の金融機関から自動引き落としさせていただきます。

※利用料の支払いについては、入所者の身元引受人（家族等）が責任をもって、支払いいただくことで了承願います。

※3か月を超えて利用料が未納の場合は、退所していただく場合がございます。

10. 契約の終了について

(1) 入所者様からの退居申し出による契約終了

契約の有効期間であっても、入所者様は当施設からの退所を申し出ることができます。その場合には、退所を希望される7日前までにお申し出ください。ただし、以下の場合には即時に契約を解除・解約し施設を退所することができます。

①入所者様が入院された場合

②介護保険給付対象外サービスの利用料金の変更に同意できない場合

③事業者もしくはサービス従事者が、正当な理由なく本契約に定める介護福祉施設サービスを実施しない場合

④事業者もしくはサービス従事者が守秘義務に違反した場合

⑤事業者もしくはサービス従事者が故意又は過失により入所者様の身体・財物・信用等を傷つけ、又は著しい不信行為を行うことなどによって、本契約を継続しがたい重大な事情が認められる場合

(2) 自動終了

①入所者様が他の介護保険施設に入所した場合(老人保健施設、療養型病床施設)

②入所者様がお亡くなりになった場合

③要介護認定により、入所者様の心身の状況が自立又は要支援と判定された場合

④事業者がやむを得ない事由により事業を終了した場合

⑤当施設が介護保険の指定を取り消された場合又は指定を辞退した場合

(3) 事業者からの申し出による契約終了

①ご契約者が、契約締結時にその心身の状況及び病歴等の重要事項について、故意にこれを告げず、又は不実の告知を行い、その結果本契約を継続しがたい重大な事情を生じさせた場合

②ご契約者による、サービス利用料金の支払いが3か月以上遅延し、相当期間を定めた催告にもかかわらずこれが支払われない場合

③ご契約者が故意又は過失により事業者又はサービス従事者もしくは他のご利用者様の身体・財物・信用等を傷つけ、又は著しい不信行為を行うことなどによって、本契約を継続しがたい重大な事情が認められる場合

④ 入所様が長期にわたり病院又は診療所に入院された場合。

1 1. 入所様の入院期間中の取り扱い

病院または診療所に入院する必要がある入所様において、入院後おおよそ

3 か月以内に退院することが明らかに見込まれる場合は、入所様及び家族の希望等を勘案し、必要に応じて適切な便宜を供与するとともに、やむ得ない事情がある場合を除き、退院後再びこの施設の入所利用が円滑にできるようにするものとします。

1 2. 苦情受付窓口

施設内相談窓口	特別養護老人ホームもりおか 電 話：0562-85-1151 FAX:0562-85-1158 時 間：平日 8：30～17：30 対応者：（管理者）清 武司 （生活相談員）清 武司 ※不在の場合は他の職員で対応し、管理者、生活相談員へ申し送ります。 第三者委員 今井 修 大府市柊山町八丁目 167 番地 電話 0562-47-5915 携帯 090-2938-3094 伊佐治 辰夫 大府市柊山町八丁目 317 番地 電話 0562-48-4588 携帯 090-6071-3293 ※第三者委員に対して、直接相談することも可能です。
国民健康保険 団体連合会	愛知県国民健康保険団体連合会 時間：平日 9：00～17：00 電話：052-971-4165
知多北部広域 連合	知多北部広域連合 時間：平日 8：30～17：15 電話：052-689-2263
大府市高齢障 がい支援課	大府市福祉部 高齢障がい支援課 時間：平日 8：30～17：15 電話：0562-45-6289
東海市高齢者 支援課	東海市市民福祉部高齢者支援課 時間：平日 8：30～17：15 電話：052-689-1600
知多市長寿課	知多市福祉部長寿課 時間：平日 8：30～17：15 電話：0562-33-3151
東浦町ふくし 課	東浦町健康福祉部ふくし課社会高齢係 時間：平日 8：30～17：15 電話：0562-83-3111
愛知県健康福	愛知県健康福祉部高齢福祉課

社 部 高 齢 福 祉 課	時間：平日 9：00～17：00 電話：052-954-6285 FAX：052-954-6919
------------------	--

1 3.身体拘束の廃止について

当施設においては、原則として身体拘束及びその他の行動制限を禁止します。
やむを得ず身体拘束を行う場合には、入所者様やご家族に対し、身体拘束の目的、内容、理由、拘束の時間、時間帯、期間等を詳細に説明し、ご理解をいただき、承諾書をいただきます。身体拘束の必要がなくなった場合は、すみやかに拘束を解除します。

1 4. 非常災害時の対策

非常時の対応・対策	・当施設の消防計画を基に対応を行います。 ・関係機関への通報体制、定期的に職員に周知を行います。
避難訓練及び防災設備	当施設は年2回昼間及び夜間を想定した避難訓練を入所者の方も参加して行います。 （主要防災設備） ・スクリンプラー及び防火扉 ・屋内外消火栓及び消火器 ・自動火災報知設備
消防計画等	（大府消防署消防長への届け日） 平成24年3月27日 （防火管理責任者） 柏木 真理

1 5. 配置医師及び協力医療機関

嘱託医師	病院名	ゆうき整形外科クリニック
	医師名	田中 千尋
	所在地	大府市長草町山口 57-2
	連絡先	0562-47-1181
協力医療機関	病院名	医療法人豊田会 刈谷豊田総合病院
	所在地	刈谷市住吉町 5 丁目 15 番地
	連絡先	0566-21-2450
	病院名	南医療生活協同組合 総合病院 南生協病院
	所在地	名古屋市緑区南大高二丁目 204
	連絡先	052-625-0373
協力歯科医院	病院名	日高歯科医院
	所在地	大府市月見町五丁目 2 5 6 番地
	連絡先	0562-47-2000
	病院名	大府歯科クリニック
	所在地	大府市中央町三丁目 9 0 番地
	連絡先	0562-48-1686

16. 施設利用に当たっての留意事項

外出・外泊	外出・外泊をされる場合は必ず事前にお申し出ください。 外出・外泊許可願いの提出をお願いします。
面会	面会時間：8：30～20：00 ※来訪者は、必ずその都度面会簿に必要事項の記入をお願いします。 ※なお、来訪される場合、原則的に食べ物の持ち込みは禁止です。持ち込みのある場合は、施設側で管理させていただきます。
宗教・政治活動	当施設の職員や他の入所者様に対し、迷惑を及ぼすような宗教活動及び政治活動、営利活動はご遠慮下さい。
喫煙	施設内は禁煙です。
迷惑行為等	他の入所者様の迷惑になる行為はご遠慮下さい。
現金等の管理	当施設では金銭の管理は行いません。なお、入所者様ご本人が管理される場合には、紛失、盗難等に関して、当施設は一切責任を負いません。
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します。

17. 事故発生時・非常災害時・緊急時の対応

速やかに管理責任者に報告し、対応します。緊急連絡先の順番に沿ってご家族等へ連絡をとります。

- ・事故の態様に応じ、必要な措置を迅速に講じます。
- ・事故の状況、及び事故に際して採った処置について、記録するとともに、保険者へ連絡、報告いたします。尚、記録は5年間保存します。
- ・事故発生の原因を解明し、再発防止のための対策を講じるとともに、全従業員に周知徹底するように努めます。

緊急連絡先	第一連絡先	氏名 (利用者との続柄：)	
		住所	
		自宅の電話：	備考 ()
		携帯電話：	備考 ()
		その他の電話 (職場等)	備考 ()
	第二連絡先	氏名 (利用者との続柄：)	
		住所	
		自宅の電話：	備考 ()
		携帯電話：	備考 ()
		その他の電話 (職場等)	備考 ()

18. 運営推進会議の設置

当施設では、地域密着型介護福祉施設入所者生活介護の提供にあたり、サービスの提供状況について定期的に報告すると共に、その内容等についての評価、要望、助言を受けるため、下記のとおり運営推進会議を設置しています。

＜運営推進会議＞

構成員：入所者、家族代表、地域の代表、民生委員、地域包括支援センター職員等

開催：偶数月に開催

会議録：内容・評価・要望・助言等について記録作成

19. 損害賠償について

- (1) 当施設において、事業者の責任により入所者様に生じた損害については、事業者は速やかにその損害を賠償いたします。但し、その損害の発生について、入所者様側に故意又は過失が認められる場合において入所者様の置かれた心身の状況を斟酌して相当と認められるときには、事業者の損害賠償責任を減じる場合があります。
- (2) 事業者は、自己の責に帰すべき事由がない限り、損害賠償責任を負いません。とりわけ以下の各号に該当する場合には、事業者は損害賠償責任を免れます。
1. 契約者（その家族、身元引受人等も含む）が、契約締結に際し、契約者の心身の状況及び病歴等の重要事項について、故意にこれを告げず、又は不実の告知を行ったことにもつぱら起因して損害が発生した場合
 2. 契約者（その家族、身元引受人等も含む）が、サービスの実施にあたって必要な事項に関する聴取・確認に対して故意にこれを告げず、又は不実の告知を行ったことにもつぱら起因して損害が発生した場合
 3. 入所者様の急激な体調の変化等、事業者の実施したサービスを原因としない事由にもつぱら起因して損害が発生した場合
 4. 契約者が、事業者もしくはサービス従事者の指示等に反して行った行為にもつぱら起因して損害が発生した場合

附則	平成 24 年 4 月 1 日	より施行します。
附則	平成 24 年 5 月 1 日	より施行します。
附則	平成 24 年 6 月 1 日	より施行します。
附則	平成 24 年 8 月 1 日	より施行します。
附則	平成 24 年 9 月 1 日	より施行します。
附則	平成 25 年 4 月 1 日	より施行します。
附則	平成 25 年 5 月 1 日	より施行します。
附則	平成 25 年 6 月 1 日	より施行します。
附則	平成 25 年 8 月 1 日	より施行します。
附則	平成 26 年 4 月 1 日	より施行します。
附則	平成 26 年 6 月 1 日	より施行します。
附則	平成 26 年 9 月 1 日	より施行します。
附則	平成 27 年 4 月 1 日	より施行します。
附則	平成 27 年 5 月 13 日	より施行します。
附則	平成 28 年 1 月 1 日	より施行します。
附則	平成 28 年 6 月 1 日	より施行します。
附則	平成 29 年 1 月 1 日	より施行します。
附則	平成 29 年 3 月 1 日	より施行します。
附則	平成 29 年 6 月 1 日	より施行します。
附則	平成 29 年 12 月 1 日	より施行します。
附則	平成 30 年 1 月 1 日	より施行します。
附則	平成 30 年 4 月 1 日	より施行します。
附則	平成 31 年 1 月 1 日	より施行します。
附則	令和 1 年 5 月 1 日	より施行します。
附則	令和 1 年 10 月 1 日	より施行します。
附則	令和 3 年 4 月 13 日	より施行します。
附則	令和 3 年 6 月 1 日	より施行します。
附則	令和 3 年 8 月 1 日	より施行します。
附則	令和 3 年 9 月 1 日	より施行します。
附則	令和 4 年 3 月 1 日	より施行します。
附則	令和 6 年 4 月 1 日	より施行します。
附則	令和 6 年 8 月 1 日	より施行します。
附則	令和 6 年 9 月 26 日	より施行します。
附則	令和 7 年 4 月 1 日	より施行します。

重 要 事 項 説 明 同 意 書

当事業者は、重要事項説明書に基づいて、地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護サービスの内容及び重要事項の説明を行いました。

令和 年 月 日

事業所の名称 特別養護老人ホームもりおか

説明者職名 _____ 氏 名 _____ 印 _____

私は、本書面に基づいて事業者から重要事項の説明を受け、地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護のサービス提供の開始に同意しました。

<入所者様>

住 所 _____.

氏 名 _____ 印 _____

<代理人> (選任した場合)

住 所 _____.

氏 名 _____ 印 _____

<身元引受人>

住 所 _____.

氏 名 _____ 印 _____