

# カネディアンヒルデイケアセンター

## 重要事項説明書

(通所リハビリテーション)

本書は、通所リハビリテーションサービス提供開始にあたり、事業者が利用者に説明すべき重要事項を記載しています。

### 1. 事業者の概要

|            |                     |
|------------|---------------------|
| 事業者名       | 医療法人社団 創生会          |
| 代表者(職名・氏名) | 理事長 田口 真子           |
| 所在地        | 兵庫県神戸市東灘区深江本町3-8-22 |
| 設立年月日      | 1999年11月26日         |

### 2. 事業所の概要

|            |                                    |
|------------|------------------------------------|
| 事業所名       | カネディアンヒルデイケアセンター                   |
| 介護保険者事業所番号 | 2850280039                         |
| 所在地        | 神戸市灘区长峰台2丁目3番1号                    |
| 電話番号       | 078-801-0234                       |
| FAX番号      | 078-801-0036                       |
| 開設年月日      | 2002年2月1日                          |
| 管理者氏名      | 田口 真子                              |
| サービス実施地域   | 神戸市東灘区、神戸市灘区<br>及び隣接する中央区(旧葺合地区)まで |

### 3. 事業の目的

介護が必要と認定された利用者が、居宅において、能力に応じ自立した日常生活を営むことができるよう、必要なりハビリテーションを行うことにより、心身の機能の維持回復を図る。

### 4. 運営方針

当事業所の従業者は、利用者の意思と人格を尊重し、常に利用者の立場にたって、日常生活上必要な支援や機能訓練を行います。事業の実施にあたっては、各自治体、町内にある地域包括支援センター、在宅介護支援センター、指定居宅介護支援事業者、及び保健、医療、福祉サービスとの綿密な連携を図り、総合的なサービスの提供に努めます。

## 5. 事業所の職員体制

| 職 種     | 職務内容   | 人 員 |
|---------|--|-----|
| 管理者(医者) | 当事業所と従業者の管理を一元的に行い、事業所の従事者に対し、遵守すべき事項についての指揮、命令を行います。                          | 1名  |
| リハビリ職員  | 利用者の心身機能の維持回復を図り、日常生活の自立に向けて必要なリハビリテーションを提供します。                                | 1名  |
| 介護職員    | サービス提供時間を通じて専ら通所リハビリテーションの提供にあたり、通所リハビリテーション計画にそったサービスの実施状況、及び目標達成状況の記録を行ないます。 | 3名  |
| 管理栄養士   | 給食の管理、利用者の栄養管理指導を行います。   | 1名  |

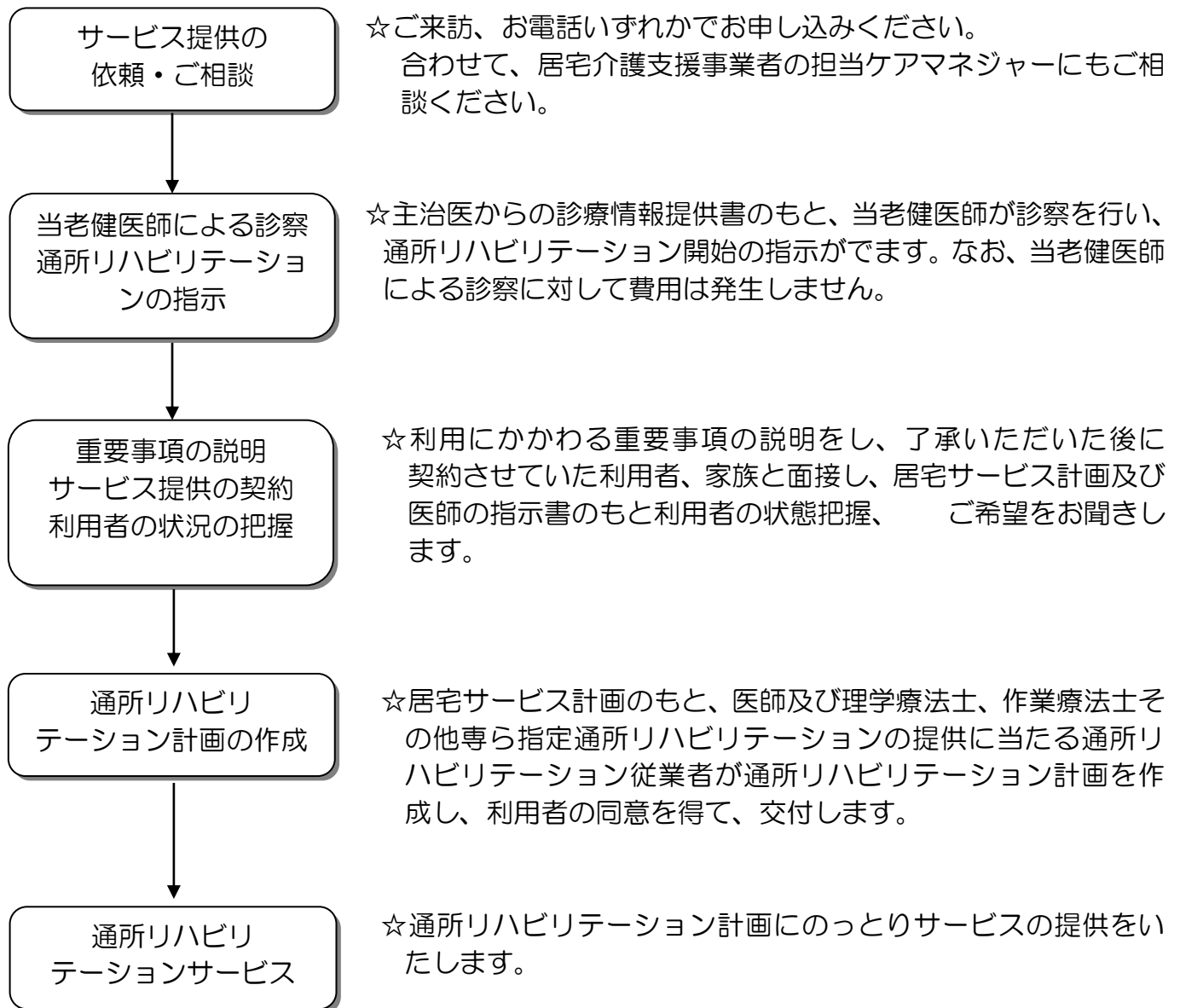
## 6. 営業日時

|          |  |
|----------|--|
| 営 業 日    | 月曜日から土曜日まで（祝日も営業）<br>年末年始の休業日については、事前に連絡致します。              |
| 営 業 時 間  | 午前 9：00 から午後 5：30  |
| サービス提供時間 | 6～7h 9：00 から 16：00<br>3～4h 9：00 から 12：30<br>13：00 から 16：30 |

## 7. 施設の概要

|       |                                |
|-------|--------------------------------|
| 建物の構造 | 鉄筋コンクリート造                      |
| 延床面積  | 総床面積 3,832.73㎡<br>デフロア 996.22㎡ |
| 利用定員  | 60名                            |

## 8. サービス提供の手順



## 9. 通所リハビリテーションサービス計画の作成

- 1 事業者は、利用者の日常生活全般の状況、心身の状況及び希望を踏まえ、利用者の居宅サービス計画の内容に沿って、サービスの目標及び目標を達成するための具体的サービス内容等を記載した通所リハビリテーションサービス計画を作成します。
- 2 通所リハビリテーションサービス計画の作成に当たっては、事業者はその内容を利用者説明して同意を得、交付します。
- 3 事業者は、利用者及びその家族等の要請に応じて、通所リハビリテーションサービス計画について変更の必要があるかどうかを調査し、その結果、変更の必要があると認められた場合には、利用者及びその家族等と協議して計画を変更し、説明の上交付します。

## 10. サービスの内容

事業者は、通所リハビリテーションサービス計画に沿ってサービスを提供します。サービスは、管理者、リハビリ職員、介護職員、管理栄養士等が行います。

|        |  |
|--------|--|
| サービス種類 | 通所リハビリテーション  |
| 食 事    | 利用者の希望に応じて、昼食及びおやつの提供をいたします。   |
| 入 浴    | 利用者の身体の状況に応じて、一般浴槽、特別浴槽に入浴していただき、必要な介助を行います。   |
| 排 泄    | 利用者の身体の状況に応じて、必要な排泄の介助を行います。   |
| リハビリ   | 個別リハビリテーション、集団リハビリテーション、パワーリハビリテーションをリハビリ職員、介護職員が共同して利用者の運動器機能向上に係る個別の計画に基づき実施します。                                       |
| 時間延長   | 8時間を超えた延長利用を希望される場合は、10時間未満までの対応とし、料金は介護度の区分に変わりなく、一律以下の通りです。<br>8～9時間 50単位追加（1割負担の場合54円）<br>9～10時間 100単位追加（1割負担の場合107円） |
| 送 迎    | 送迎車両を使用して、利用者のご自宅から当事業所まで送迎します。  |

## 11. 利用料

事業所は、法定代理受領サービスに該当する介護保険サービスを提供した際には、利用者から利用料の一部として、当該介護保険サービスについて介護保険法に規定する厚生労働大臣が定める基準により算定した費用の額（告示上の額）から当該事業所に支払われる介護保険サービス費の額を差し引いた額（自己負担額）の支払いを受けます。また事業所は、法定代理受領サービスに該当しない介護保険サービスを提供した際に利用者から支払いを受ける利用料の額と、前段の額との間に、不合理な差額が生じないようにします。

### ◇介護保険給付対象サービス利用料金（1日あたり）

#### <通所リハビリテーション費（大規模型事業所）>

大規模型のうち以下の要件を満たす場合、通常規模と同等の基本報酬を算定します。

- ①リハビリテーションマネジメント加算の算定率が、利用者全体の80%超
- ②利用者に対するリハビリ専門職の配置が10対1以上

（通常規模/大規模型通所リハビリテーション・3時間以上4時間未満）（1日あたり）

| 要介護度  |    | 要介護1   | 要介護2   | 要介護3   | 要介護4   | 要介護5   |
|-------|----|--------|--------|--------|--------|--------|
| 自己負担額 | 1割 | 518円   | 603円   | 686円   | 792円   | 898円   |
|       | 2割 | 1,036円 | 1,205円 | 1,371円 | 1,584円 | 1,795円 |
|       | 3割 | 1,554円 | 1,807円 | 2,057円 | 2,376円 | 2,693円 |

(通常規模/大規模型通所リハビリテーション・6時間以上7時間未満)(1日あたり)

| 要介護度  |    | 要介護1   | 要介護2   | 要介護3   | 要介護4   | 要介護5   |
|-------|----|--------|--------|--------|--------|--------|
| 自己負担額 | 1割 | 763円   | 907円   | 1,046円 | 1,212円 | 1,376円 |
|       | 2割 | 1,525円 | 1,813円 | 2,092円 | 2,424円 | 2,751円 |
|       | 3割 | 2,287円 | 2,719円 | 3,138円 | 3,636円 | 4,126円 |

前述の要件を満たさない場合は以下となります。

大規模型通所リハビリテーション・3時間以上4時間未満)(1日あたり)

| 要介護度  |    | 要介護1   | 要介護2   | 要介護3   | 要介護4   | 要介護5   |
|-------|----|--------|--------|--------|--------|--------|
| 自己負担額 | 1割 | 501円   | 584円   | 665円   | 767円   | 870円   |
|       | 2割 | 1,002円 | 1,167円 | 1,329円 | 1,533円 | 1,740円 |
|       | 3割 | 1,503円 | 1,750円 | 1,993円 | 2,300円 | 2,610円 |

大規模型通所リハビリテーション・6時間以上7時間未満)(1日あたり)

| 要介護度  |    | 要介護1   | 要介護2   | 要介護3   | 要介護4   | 要介護5   |
|-------|----|--------|--------|--------|--------|--------|
| 自己負担額 | 1割 | 720円   | 855円   | 988円   | 1,148円 | 1,305円 |
|       | 2割 | 1,439円 | 1,710円 | 1,975円 | 2,296円 | 2,610円 |
|       | 3割 | 2,159円 | 2,565円 | 2,962円 | 3,444円 | 3,915円 |

#### <施設の体制加算>

| 加算の名称           | 備考                                      | 自己負担割合 |       |        |
|-----------------|---|--------|-------|--------|
|                 |   | 1割     | 2割    | 3割     |
| 中重度者ケア体制加算      | 要介護3以上の利用者が100分の30以上                    | 22円/日  | 43円/日 | 64円/日  |
| 科学的介護推進体制加算     | データ収集を行い、それを活用した介護サービスを提供               | 43円/月  | 86円/月 | 128円/月 |
| サービス提供体制強化加算(Ⅰ) | 介護福祉士を70%以上配置<br>または勤続10年以上介護福祉士25%以上配置 | 24円/日  | 47円/日 | 70円/日  |
| サービス提供体制強化加算(Ⅱ) | 介護福祉士を50%以上配置                           | 19円/日  | 38円/日 | 57円/日  |
| サービス提供体制強化加算(Ⅲ) | 介護福祉士を40%以上配置<br>または勤続7年以上30%以上配置       | 7円/日   | 13円/日 | 19円/日  |

|                         |   |   |        |        |        |
|-------------------------|---|---|--------|--------|--------|
| リハビリテーション<br>提供体制加<br>算 | 3 時間以上<br>4 時間未満                            | 理学療法士等を、利用者数が<br>25 又はその端数を増すごと<br>に 1 以上配置 | 13 円/日 | 26 円/日 | 39 円/日 |
|                         | 6 時間以上<br>7 時間未満                            |   | 26 円/日 | 51 円/日 | 77 円/日 |
| 介護職員等処遇改善加算(Ⅰ)          | 所定単位数の 8.6% を乗じた単位数に対し、地域区分別の単価と自己負担割合を乗じた額 |   |        |        |        |
| 介護職員等処遇改善加算(Ⅱ)          | 所定単位数の 8.3% を乗じた単位数に対し、地域区分別の単価と自己負担割合を乗じた額 |   |        |        |        |

<対象者のみ付加される加算>

| 加算の名称                        |                | 備考  | 1 割       | 2 割       | 3 割       |
|------------------------------|----------------|---|-----------|-----------|-----------|
| リハビリテーション<br>マネジメント加<br>算(イ) | 開始月から<br>6 月以内 | リハビリテーション会議で、理学療法<br>士等がリハビリテーション計画を説明  | 597 円/月   | 1,194 円/月 | 1,791 円/月 |
|                              | 開始月から<br>6 月超  |   | 256 円/月   | 512 円/月   | 768 円/月   |
| リハビリテーション<br>マネジメント加<br>算(ロ) | 開始月から<br>6 月以内 | リハビリテーション会議で、理学療法<br>士等がリハビリテーション計画を説明<br>し、LIFE への情報提出と、フ<br>ィードバック情報を踏まえた<br>PDCA サイクルの実施 | 633 円/月   | 1,265 円/月 | 1,897 円/月 |
|                              | 開始月から<br>6 月超  |   | 291 円/月   | 582 円/月   | 873 円/月   |
| リハビリテーション<br>マネジメント加<br>算(ハ) | 開始月から<br>6 月以内 | (ロ)に加え管理栄養士を 1 人<br>以上配置、栄養アセスメント<br>等を行い、他職種と連携し健<br>康や栄養状態を共有                             | 846 円/月   | 1,691 円/月 | 2,536 円/月 |
|                              | 開始月から<br>6 月超  |   | 505 円/月   | 1,009 円/月 | 1,513 円/月 |
|                              |                | 事業所の医師が利用者・家族へ説明し同意を得た場合、リハビリテーションマ<br>ネジメント加算(イ)・(ロ)・(ハ)に加え 270 単位を加算                      |           |           |           |
| 短期集中個別リハビリテーション実施<br>加算      |                | 3 月以内の期間に個別リハビリテ<br>ーションを集中的に実施   | 118 円     | 235 円     | 352 円     |
| 認知症短期集中リハビリテーション実<br>施加算(Ⅰ)  |                | 1 週間に 2 日を限度とし、個<br>別にリハビリテーションを実施  | 256 円/日   | 512 円/日   | 768 円/日   |
| 認知症短期集中リハビリテーション実<br>施加算(Ⅱ)  |                | 1 月に 4 回以上実施、生活機能向<br>上に資するリハビリテーションを実施   | 2,047 円/月 | 4,094 円/月 | 6,141 円/月 |
| 生活行為向<br>上リハビリテ<br>ーション実施加算  | 開始月から 6<br>月以内 | 基準に適合し、計画的にリハビリ<br>テーションを実施、能力向上を支援   | 1,333 円/月 | 2,665 円/月 | 3,998 円/月 |
| 理学療法士等体制強化加算                 |                | 専従で 2 名以上配置し、1~2<br>時間未満のサービスを提供  | 32 円/日    | 64 円/日    | 96 円/日    |
| 若年性認知症利用者受入加算                |                | 個別の担当者を定める  | 64 円/日    | 128 円/日   | 192 円/日   |
| 移行参加支援加算                     |                | 提供終了後 14 日以降 44 日<br>以内に居宅を訪問(100 分の<br>5 を超えた実施が必要)  | 13 円/日    | 26 円/日    | 39 円/日    |

|                   |   |         |           |           |
|-------------------|---|---------|-----------|-----------|
| 入浴介助加算Ⅰ           | 計画を作成し入浴を実施   | 43 円/日  | 86 円/日    | 128 円/日   |
| 栄養改善加算            | 栄養ケア計画を作成し、栄養改善サービスを提供  | 214 円/月 | 427 円/月   | 640 円/月   |
| 口腔・栄養スクリーニング加算（Ⅰ） | 6月に1回を限度とし、介護サービスの従事者が利用者の口腔の健康状態、および栄養状態について確認し、ケアマネジャーと情報共有 | 22 円/回  | 43 円/回    | 64 円/回    |
| 口腔・栄養スクリーニング加算（Ⅱ） | 6月に1回を限度とし、介護サービスの従事者が利用者の栄養状態について確認し、ケアマネジャーと情報共有            | 6 円/回   | 11 円/回    | 16 円/回    |
| 口腔機能向上加算          | 口腔機能改善管理指導計画を作成し、口腔機能向上サービスを提供                                | 160 円/回 | 32.0 円/回  | 480 円/回   |
| 重度療養管理加算          | 医学的管理のもと通所リハビリテーションを実施  | 107 円/日 | 214 円/日   | 320 円/日   |
| 退院時共同指導加算         | 退院前カンファレンスに参加し退院時共同指導を行った後、初回の通所リハビリを実施                       | 640 円/回 | 1,280 円/回 | 1,919 円/回 |

- i) 地域区別の単価（4級地 10.66 円）で計算しています。
- ii) 負担割合証を確認のうえ利用者負担が割合証に記載の負担率となります。
- iii) 利用者がまだ要介護認定を受けておられない場合、「（暫定）居宅サービス計画」が作成されていない場合は、サービス利用料金の 10 割を一旦お支払いいただきます。要介護認定を受けられた後、自己負担額を除く金額（介護保険から給付される金額）が介護保険から払い戻されます（償還払い）。償還払いとなる場合、利用者が保険給付の申請を行うために必要となる事項を記載した「サービス提供証明書」を交付します。認定結果が「自立」の場合は、「暫定居宅サービス計画」の作成有無にかかわらず、全額自己負担となります。
- iv) 介護保険からの給付額に変更があった場合、変更された額に合わせて、利用者の負担額を変更します。

#### ◇介護保険給付外のサービス実費分

|         | 負担金額  |
|---------|---|
| 食費      | 昼食 600 円（非課税） おやつ 110 円（税込）                             |
| 喫茶代     | 110 円/杯（税込）   |
| おむつ代    | テープ式おむつ 250 円（非課税） はくパンツ 200 円（非課税）<br>尿取りパット 50 円（非課税） |
| タオルリース代 | 200 円/回（非課税）  |
| 理美容費    | 実費  |
| 交通費     | 指定地域内：無料 指定地域外：実費（片道）550 円（税込）                          |
| 教養娯楽費   | 実費  |

※ 利用料の変更については、介護保険給付体系の変更（変更日は国係法令等、厚労省告示適用日より）、サービス体系の変更、公租公課又は物価等の変動によりサービス利用料金の

変動を行う場合、入所者に対し変更日の1ヶ月前迄に説明を行います。

## 1 2. 利用料のお支払方法

- ①事業所は、原則として利用料の支払いを口座引落としとします。利用者及び連帯保証人が指定する送付先に対し、利用料金の請求書兼明細書を、翌月末までに送付します。  
利用者は、事業所に対し当該合計額を翌々月の5日に支払うものとします。
  - ②事業所は、利用者又は連帯保証人から利用料金の支払いを受けた時には、利用者及び連帯保証人が指定する送付先に対して、領収書を送付します。
  - ③利用料を振り込まれる場合の振込手数料、および施設の責に帰さない事由による利用料の返金手数料は、利用者又は連帯保証人が負担するものとします。
- ※利用料、利用者負担額、及びその他費用の支払いについて、正当な理由なく、支払い期日までに支払いが無い場合は、年14.6%の割合で計算した遅延損害金をお支払いいただきます。

## 1 3. サービスの中止・キャンセル料

- 1 利用者は、事業者へ申し出ることにより、サービスの利用を中止することができます。
- 2 前項によりサービスの中止をする場合は、スタッフ配置及び他利用者への送迎時間の影響がありますので、サービス利用日の前営業日の午後5時（前日が日曜日の場合は土曜日の午後5時）までに連絡をお願いします。
- 3 サービス利用日の前営業日午後5時以降のキャンセルにつきましては、昼食代及びおやつ代実費をお支払いいただきます。
- 4 利用者は利用中止の申し出時に、次回サービス提供予定日までの希望日に、サービスの振替を申込みしていただくことができます。

## 1 4. 利用に当たっての留意事項

|         |   |
|---------|---|
| 喫煙・飲酒   | 事業所内及び敷地内での喫煙・飲酒は禁止とします。  |
| 飲食      | 利用中の食事は、特段の事情がない限り事業所の提供する食事をお召し上がりください。持参された食品に関しましては、当事業所の管理下でないものとして、一切の責任を負いません。                                    |
| 迷惑行為等   | 騒音等他の利用者の迷惑になる行為はおやめください。   |
| 現金等管理   | 金銭、貴重品の管理は各自でお願いします。万一紛失の際には、一切の責任を負いかねますので、ご了承ください。  |
| 禁止行為    | 事業所内での営利行為、宗教の勧誘、特定の政治活動を行わないようにお願いします。   |
| 動物飼育    | 事業所内へのペットの持ち込みは禁止とします。  |
| 引受かねる対応 | 利用者又はご家族より以下のようなご要望があっても、対応しかねますのでご了承ください。<br>①利用者本人にとって不適切又は介助時に本人に苦痛を伴うこと<br>②事業所の業務運営上、不可能な方法<br>③利用者の生命に危険がおよぶようなこと |



※上記の項目をお守りいただけない場合は、契約書第9条に基づき、契約の解除をさせていただきます場合があります。

### 15. 高齢者虐待防止について

当事業所では、利用者の人権の擁護・虐待の防止等のために、次に掲げるとおり必要な措置を講じます。

- ① 研修等を通じて、従業員の人権意識や知識、技術の向上に努めます。
- ② 個別支援計画の作成等適切な支援の実施に努めます。
- ③ 従業員が支援にあたっての悩みや苦労を相談できる体制を整えるほか、従業員が利用者等の権利擁護に取り組める環境の整備に努めます。

### 16. 身体拘束について

事業者は原則としてご利用者に対して身体拘束を行いません。ただし、自傷他害等のおそれがある場合など、ご利用者本人または他人の生命・身体に対して危険が及ぶことが考えられるときは、ご利用者及びご家族に対して説明し同意を得た上で、次に掲げることにより留意して必要最小限の範囲内でのみ行うことがあります。その場合は身体拘束を行った日時、理由及び態様等についての記録を行います。また、事業者として身体拘束を解除するための取り組みを積極的に行います。

- (1) 緊急性…… 直ちに身体拘束を行わなければ、ご利用者本人又は他人の生命・身体に危険が及ぶと考えられる場合に限りします。
- (2) 非代替性… 身体拘束以外にご利用者本人又は他人の生命・身体に対して危険が及ぶことを防止できないと考えられる場合に限りします。
- (3) 一時性…… ご利用者本人又は他人の生命・身体に対して危険が及ぶことがなくなったと考えられる場合は、直ちに身体拘束を解除します。

### 17. 相談・苦情窓口

(1) サービスに関する相談や苦情については、次の窓口で対応いたします。

|         |                    |
|---------|--------------------|
| 苦情解決責任者 | 施設統括部長             |
| 苦情受付窓口  | 主任、相談員             |
| 受付時間    | 月曜日～金曜日 9:00～17:00 |
| 電話番号    | 078-801-0234       |
| FAX番号   | 078-801-0036       |

(2) 行政機関その他の相談窓口

|                         |   |
|-------------------------|---|
| 神戸市保健福祉局監査指導部           | 所在地：神戸市中央区加納町 6-5-1<br>電話番号：078-322-6326<br>受付時間：8:45～12:00、13:00～17:30（平日） |
| 養介護施設従事者等による高齢者虐待通報専用電話 | 所在地：同上<br>電話番号：078-322-6774<br>受付時間：8:45～17:30（平日）                          |

|                                |   |
|--------------------------------|---|
| 神戸市消費生活センター                    | 所在地：神戸市中央区橘通 3-4-1<br>電話番号：078-371-1221<br>受付時間：9:00～17:00（平日）              |
| 兵庫県国民健康保険団体連合会<br>介護サービス苦情相談窓口 | 所在地：神戸市中央区三宮町 1 丁目 9 番 1-1801 号<br>電話番号：078-332-5617<br>受付時間：8:45～17:15（平日） |

## 18. 秘密の保持及び個人情報の保護

|                        |   |
|------------------------|---|
| 利用者及びその家族に関する秘密の保持について | <p>① 事業者は、利用者の個人情報について「個人情報の保護に関する法律」及び厚生労働省が策定した「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」を遵守し、適切な取り扱いに努めるものとします。</p> <p>② 事業者及び事業所の従業者は、サービス提供をする上で知り得た利用者およびその家族の秘密を正当な理由なく、第三者に漏らしません。</p> <p>③ この秘密保持に関する義務は、サービス提供が終了した後においても継続します。</p> <p>④ 事業者は、従業者に、業務上知り得た利用者又はその家族の秘密を保持させるため従業者である期間及び従業者でなくなった後においても、その秘密を保持するべき旨を、従業者との雇用契約の内容とします。</p>   |
| 個人情報保護について             | <p>① 事業者は、利用者から予め文書で同意を得たうえで、適正な範囲において利用者及びその家族の個人情報を利用します。</p> <p>② 事業者は、利用者に医療上、緊急の必要性がある場合には、医療機関等に利用者に関する情報を提供できるものとします。</p> <p>③ 事業者は、利用者およびその家族に関する個人情報が含まれる記録物（紙によるものの他、電磁的記録を含む）については善良な管理者の注意を持って管理し、また、処分の際にも第三者への漏洩を防止するものとします。</p> <p>④ 事業者が管理する情報については、利用者の求めに応じてその内容を開示することとし、開示の結果、情報の訂正、追加又は削除を求められた場合は、直ちに調査を行い、利用目的の達成に必要な範囲内で訂正などを行うものとします。</p> <p>開示等の求めに際し、当事業所所定の申請書、本人確認のための書類を提出して下さい。ただし、手数料として1件 1,000 円（税込）とさせていただきます。</p> |

## 19. 家族への連絡

ご希望があった場合、利用者ご本人に連絡するものと同様に、家族へも連絡します。

## 20. 記録の保管

- 1 事業者は、サービス提供の日時及び提供したサービスの内容を記録し、利用終了後5年間保管します。
- 2 利用者は、事業者の営業時間内にその事業所にて、当該利用者に関する「サービス提供記

録」を閲覧することができます。

- 3 利用者は、当該利用者に関する「サービス提供記録」の複写物の受け取りを希望する場合、当施設所定の申請書、本人確認のための書類を提出して下さい。

## 2.1. 緊急時等の対応

サービス提供中に利用者の病状の急変その他、緊急事態が生じた場合は、緊急連絡先に連絡するとともに、主治医その他の医療機関に連絡を取る等必要な措置を講じます。

## 2.2. 損害賠償

- 1 事業者は、サービスの実施にともなって、自己の責に帰すべき事由によって、利用者にした損害について賠償する責任を負い、速やかに損害賠償を履行します。ただし、利用者側に故意又は過失が認められる場合に、利用者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、損害賠償責任を減じることができるものとします。
- 2 以下の各号に該当する場合は、事業者は賠償責任を免れます。
  - ① 利用者又はその家族が、契約締結に際し、利用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 利用者又はその家族が、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 利用者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 利用者が、事業者もしくは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
- 3 利用者及び連帯保証人は、利用者の責に帰すべき事由により事業者、従事者又は第三者に生じた損害について、連帯してその損害を賠償しなければならないものとします。

## 2.3. 損害保険への加入

事業者は、賠償責任保険等の損害保険に加入しており、その保険契約の内容については、希望に応じて情報公開するものとします。

## 2.4. 非常災害対策について

事業所は、非常災害に備えて定期的に避難、救出を含めその他必要な訓練を行います。事業所は、消防法に準拠して非常災害に関する具体的計画を別に定め、非常災害時の関係機関への通報及び連携体制を整備し、それらを定期的に従業者に周知します。

## 2.5. 衛生管理について

- (1) サービス提供の用に供する事業所、食器その他の設備または飲用に供する水について、衛生的な管理に努め、又は衛生上必要な措置を講じます。
- (2) 事業所において感染症が発症しないよう、又はまん延しないように必要な措置を講じます。食中毒及び感染症の発生を防止するための措置等について、必要に応じて保健所の助言、指導を求めるとともに、常に密着な連携に努めます。

## 26. 重要事項の変更

重要事項説明書に記載した内容が変更される場合は、利用者に説明し、改めて同意を得るものとします。変更内容を通知する方法としては、変更された書類を交付し、口頭で説明します。

## 27. 重要事項説明の年月日について

上記内容について利用者に説明いたしました。

|                 |          |
|-----------------|----------|
| この重要事項説明書の説明年月日 | 20 年 月 日 |
| 説明者氏名           |          |

### 利用者

私は、以上の重要事項説明書の内容について説明を受け、その内容を理解し、これが契約の一部となることを確認したうえ同意し、文書の交付を受けました。

|     |  |
|-----|--|
| 住 所 |  |
| 氏 名 |  |

代筆者氏名 \_\_\_\_\_ 続柄 ( \_\_\_\_\_ )

### 代理人・立会人 (いずれかに○)

|     |  |
|-----|--|
| 住 所 |  |
| 氏 名 |  |

家族である場合、家族代表であることを確認しました。

<注>本書を2通作成し、利用者、事業者双方が1部ずつ保管する。

# カネディアンヒルデイケアセンター

## 重要事項説明書

(介護予防通所リハビリテーション)

本書は、介護予防通所リハビリテーションサービス提供開始にあたり、事業者が利用者に説明すべき重要事項を記載しています。

### 1. 事業者の概要

|            |                     |
|------------|---------------------|
| 事業者名       | 医療法人社団 創生会          |
| 代表者(職名・氏名) | 理事長 田口 真子           |
| 所在地        | 兵庫県神戸市東灘区深江本町3-8-22 |
| 設立年月日      | 1999年11月26日         |

### 2. 事業所の概要

|            |                                    |
|------------|------------------------------------|
| 事業所名       | カネディアンヒルデイケアセンター                   |
| 介護保険者事業所番号 | 2850280039                         |
| 所在地        | 神戸市灘区长峰台2丁目3番1号                    |
| 電話番号       | 078-801-0234                       |
| FAX番号      | 078-801-0036                       |
| 開設年月日      | 2002年2月1日                          |
| 管理者氏名      | 田口 真子                              |
| サービス実施地域   | 神戸市東灘区、神戸市灘区<br>及び隣接する中央区(旧葺合地区)まで |

### 3. 事業の目的

介護が必要と認定された利用者が、居宅において、能力に応じ自立した日常生活を営むことができるよう、必要なリハビリテーションを行うことにより、心身の機能の維持回復を図る。

### 4. 運営方針

当事業所の従業者は、利用者の意思と人格を尊重し、常に利用者の立場にたって、日常生活上必要な支援や機能訓練を行います。事業の実施にあたっては、各自治体、町内にある地域包括支援センター、在宅介護支援センター、指定居宅介護支援事業者、及び保健、医療、福祉サービスとの綿密な連携を図り、総合的なサービスの提供に努めます。

## 5. 事業所の職員体制

| 職 種     | 職務内容   | 人 員 |
|---------|--|-----|
| 管理者(医者) | 当事業所と従業者の管理を一元的に行い、事業所の従事者に対し、遵守すべき事項についての指揮、命令を行います。                                  | 1名  |
| リハビリ職員  | 利用者の心身機能の維持回復を図り、日常生活の自立に向けて必要なリハビリテーションを提供します。  | 1名  |
| 介護職員    | サービス提供時間を通じて専ら介護予防通所リハビリテーションの提供にあたり、介護予防通所リハビリテーション計画にそったサービスの実施状況、及び目標達成状況の記録を行ないます。 | 3名  |
| 管理栄養士   | 給食の管理、利用者の栄養管理指導を行います。   | 1名  |

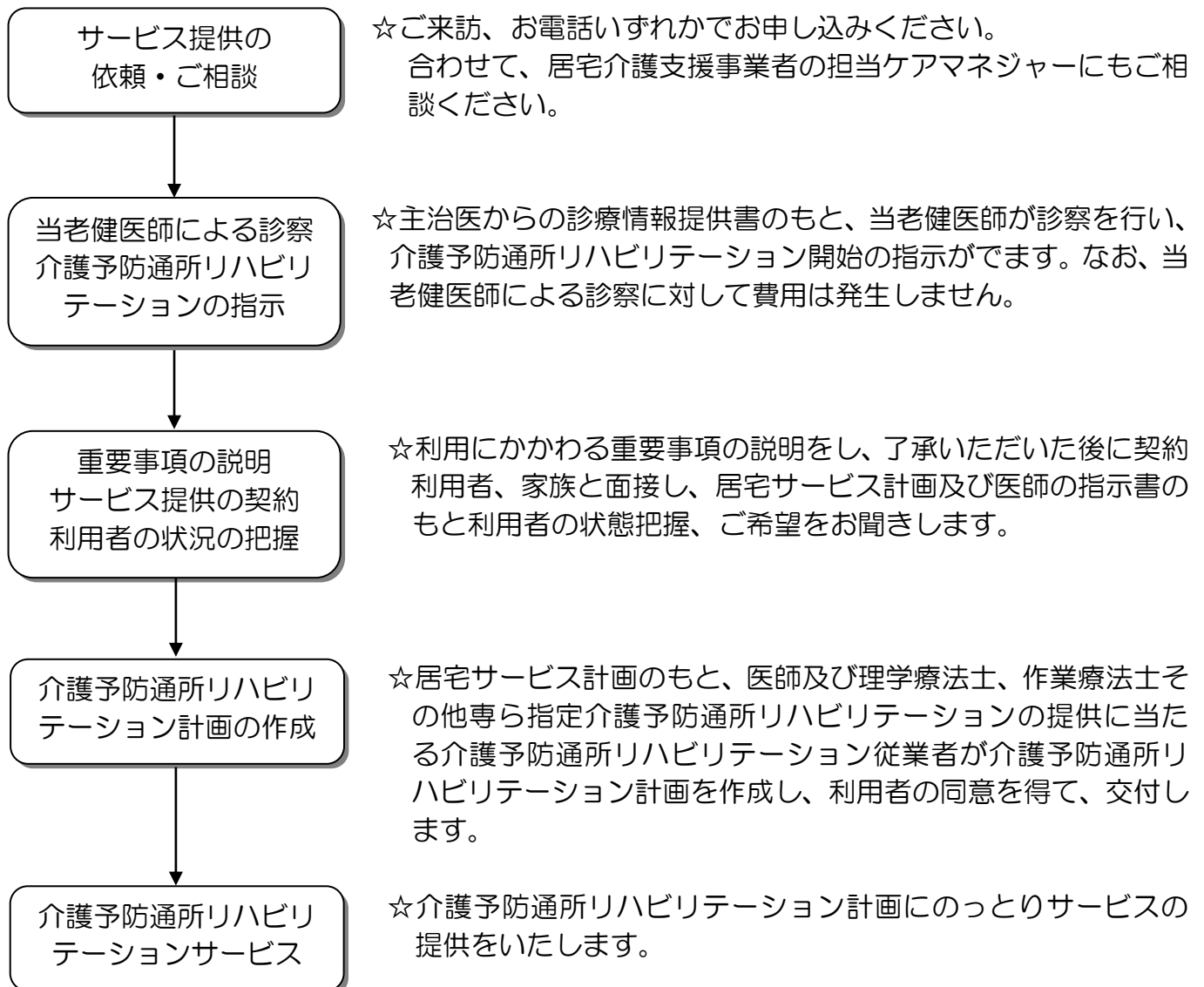
## 6. 営業日時

|          |   |
|----------|---|
| 営 業 日    | 月曜日から土曜日まで（祝日も営業）<br>年末年始の休業日については、事前に連絡致します。   |
| 営 業 時 間  | 午前 9：00 から午後 5：30   |
| サービス提供時間 | 3～4h 9：00 から 12：30<br>13：00 から 16：30<br>1～2h 9：00 から 16：30（内 1～2 時間）<br>※1～2 時間のサービスのご利用は自家送迎可能の方のみ |

## 7. 施設の概要

|       |                                |
|-------|--------------------------------|
| 建物の構造 | 鉄筋コンクリート造                      |
| 延床面積  | 総床面積 3,832.73㎡<br>デフロア 996.22㎡ |
| 利用定員  | 60名                            |

## 8. サービス提供の手順



## 9. 介護予防通所リハビリテーションサービス計画の作成

- 1 事業者は、利用者の日常生活全般の状況、心身の状況及び希望を踏まえ、利用者の居宅サービス計画の内容に沿って、サービスの目標及び目標を達成するための具体的サービス内容等を記載した介護予防通所リハビリテーションサービス計画を作成します。
- 2 介護予防通所リハビリテーションサービス計画の作成に当たっては、事業者はその内容を利用者に説明して同意を得、交付します。
- 3 事業者は、利用者及びその家族等の要請に応じて、介護予防通所リハビリテーションサービス計画について変更の必要があるかどうかを調査し、その結果、変更の必要があると認められた場合には、利用者及びその家族等と協議して計画を変更し、説明の上交付します。

## 10. サービスの内容

事業者は、介護予防通所リハビリテーションサービス計画に沿ってサービスを提供します。  
サービスは、管理者、リハビリ職員、介護職員、管理栄養士等が行います。

|        |  |
|--------|--|
| サービス種類 | 介護予防通所リハビリテーション  |
| 食 事    | 利用者の希望に応じて、昼食及びおやつの提供をいたします。   |
| 入 浴    | 利用者の身体の状態に応じて、一般浴槽、特別浴槽に入浴していただき、必要な介助を行います。                                       |
| 排 泄    | 利用者の身体の状態に応じて、必要な排泄の介助を行います。   |
| リハビリ   | 個別リハビリテーション、集団リハビリテーション、パワーリハビリテーションをリハビリ職員、介護職員が共同して利用者の運動器機能向上に係る個別の計画に基づき実施します。 |
| 送 迎    | 送迎車両を使用して、利用者のご自宅から当事業所まで送迎します。  |

## 11. 利用料

事業所は、法定代理受領サービスに該当する介護保険サービスを提供した際には、利用者から利用料の一部として、当該介護保険サービスについて介護保険法に規定する厚生労働大臣が定める基準により算定した費用の額（告示上の額）から当該事業所に支払われる介護保険サービス費の額を差し引いた額（自己負担額）の支払いを受けます。また事業所は、法定代理受領サービスに該当しない介護保険サービスを提供した際に利用者から支払いを受ける利用料の額と、前段の額との間に、不合理な差額が生じないようにします。

### ◇介護保険給付対象サービス利用料金

<介護予防通所リハビリテーション費（1ヶ月あたり）>

| 要介護度             |    | 要支援1   | 要支援2    |
|------------------|----|--------|---------|
| 自己負担額<br>（1月あたり） | 1割 | 2,418円 | 4,507円  |
|                  | 2割 | 4,836円 | 9,014円  |
|                  | 3割 | 7,253円 | 13,521円 |

### <施設の体制加算>

| 加算の名称           |      | 備考                                      | 負担割合   |        |        |
|-----------------|------|---|--------|--------|--------|
|                 |      |   | 1割     | 2割     | 3割     |
| 科学的介護推進体制加算     |      | データ収集を行い、それを活用した介護サービスを提供               | 43円/月  | 86円/月  | 128円/月 |
| サービス提供体制強化加算（Ⅰ） | 要支援1 | 介護福祉士を70%以上配置<br>または勤続10年以上介護福祉士25%以上配置 | 94円/月  | 188円/月 | 282円/月 |
|                 | 要支援2 |   | 188円/月 | 376円/月 | 563円/月 |
| サービス提供体制強化加算（Ⅱ） | 要支援1 | 介護福祉士を50%以上配置                           | 77円/月  | 154円/月 | 231円/月 |
|                 | 要支援2 |   | 154円/月 | 307円/月 | 461円/月 |
| サービス提供体制強化加算（Ⅲ） | 要支援1 | 介護福祉士を40%以上配置<br>または勤続7年以上30%以上配置       | 26円/月  | 51円/月  | 77円/月  |
|                 | 要支援2 |   | 52円/月  | 103円/月 | 154円/月 |



|                |   |
|----------------|---|
| 介護職員等処遇改善加算(Ⅰ) | 所定単位数の8.6%を乗じた単位数に対し、地域区分別の単価と自己負担割合を乗じた額 |
| 介護職員等処遇改善加算(Ⅱ) | 所定単位数の8.3%を乗じた単位数に対し、地域区分別の単価と自己負担割合を乗じた額 |

<対象者のみ付加される加算>

| 加算の名称               |           | 備考  | 1割     | 2割       | 3割       |
|---------------------|-----------|---|--------|----------|----------|
| 若年性認知症利用者受入加算       |           | 個別の担当者を定める  | 256円/月 | 512円/月   | 768円/月   |
| 生活行為向上リハビリテーション実施加算 | 開始月から6月以内 | 計画に基づき、生活行為の内容の充実を図るリハビリテーションを実施                              | 599円/月 | 1,198円/月 | 1,797円/月 |
| 栄養改善加算              |           | 栄養ケア計画を作成し、栄養改善サービスを提供  | 214円/月 | 427円/月   | 640円/月   |
| 口腔・栄養スクリーニング加算(Ⅰ)   |           | 6月に1回を限度とし、介護サービスの従事者が利用者の口腔の健康状態、および栄養状態について確認し、ケアマネジャーと情報共有 | 22円/回  | 43円/回    | 64円/回    |
| 口腔・栄養スクリーニング加算(Ⅱ)   |           | 6月に1回を限度とし、介護サービスの従事者が利用者の栄養状態について確認し、ケアマネジャーと情報共有            | 6円/回   | 11円/回    | 16円/回    |
| 口腔機能向上加算(Ⅰ)         |           | 口腔機能改善管理指導計画を作成し、口腔機能向上サービスを提供                                | 160円/回 | 320円/回   | 480円/回   |
| 口腔機能向上加算(Ⅱ)         |           | Iに加え、LIFEの活用  | 171円/月 | 341円/月   | 512円/月   |
| 退院時共同指導加算           |           | 退院前カンファレンスに参加し退院時共同指導を行った後、初回の通所リハビリを実施                       | 640円/回 | 1,280円/回 | 1,919円/回 |
| 一体的サービス提供加算         |           | 栄養改善加算、口腔機能向上加算を算定していない方へ、栄養改善サービスおよび口腔機能向上サービスの実施            | 512円/月 | 1,024円/月 | 1,535円/月 |

- i) 地域区分別の単価(4級地 10.66円)で計算しています。
- ii) 負担割合証を確認のうえ利用者負担が割合証に記載の負担率となります。
- iii) 利用者がまだ要介護認定を受けておられない場合、「(暫定)居宅サービス計画」が作成されていない場合は、サービス利用料金の10割を一旦お支払いいただきます。要介護認定を受けられた後、自己負担額を除く金額(介護保険から給付される金額)が介護保険から払い戻されます(償還払い)。償還払いとなる場合、利用者が保険給付の申請を行うために必要となる事項を記載した「サービス提供証明書」を交付します。認定結果が「自立」の場合は、「暫定居宅サービス計画」の作成有無にかかわらず、全額自己負担となります。
- iv) 介護保険からの給付額に変更があった場合、変更された額に合わせて、利用者の負担額を変更します。

◇介護保険給付外のサービス実費分

|         | 負担金額   |
|---------|--|
| 食費      | 昼食600円（非課税） おやつ110円（税込）                            |
| 喫茶代     | 110円／杯（税込）   |
| タオルリース代 | 200円（非課税）  |
| 理美容費    | 実費   |
| おむつ代    | テープ式おむつ250円（非課税） はくパンツ200円（非課税）<br>尿取りパット 50円（非課税） |
| 交通費     | 指定地域内：無料 指定地域外：実費（片道）550円（税込）                      |
| 教養娯楽費   | 実費   |

※ 利用料の変更については、介護保険給付体系の変更（変更日は国係法令等、厚労省告示適用日より）、サービス体系の変更、公租公課又は物価等の変動によりサービス利用料金の変動を行う場合、入所者に対し変更日の1ヶ月前迄に説明を行います。

## 1 2. 利用料のお支払方法

- ①事業所は、原則として利用料の支払いを口座引落としとします。利用者及び連帯保証人が指定する送付先に対し、利用料金の請求書兼明細書を、翌月末までに送付します。  
利用者は、事業所に対し当該合計額を翌々月の5日に支払うものとします。
- ②事業所は、利用者又は連帯保証人から利用料金の支払いを受けた時には、利用者及び連帯保証人が指定する送付先に対して、領収書を送付します。
- ③利用料を振り込まれる場合の振込手数料、および施設の責に帰さない事由による利用料の返金手数料は、利用者又は連帯保証人が負担するものとします。

※利用料、利用者負担額、及びその他費用の支払いについて、正当な理由なく、支払い期日までに支払いが無い場合は、年14.6%の割合で計算した遅延損害金をお支払いいただきます。

## 1 3. サービスの中止・キャンセル料

- 1 利用者は、事業者へ申し出るにより、サービスの利用を中止することができます。
- 2 前項によりサービスの中止をする場合は、スタッフ配置及び他利用者への送迎時間の影響がありますので、サービス利用日の前営業日の午後5時（前日が日曜日の場合は土曜日の午後5時）までに連絡をお願いします。
- 3 サービス利用日の前営業日午後5時以降のキャンセルにつきましては、昼食代及びおやつ代実費をお支払いいただきます。
- 4 利用者は利用中止の申し出時に、次回サービス提供予定日までの希望日に、サービスの振替を申込みしていただくことができます。

## 1 4. 利用に当たっての留意事項

|       |  |
|-------|--|
| 喫煙・飲酒 | 事業所内及び敷地内での喫煙・飲酒は禁止とします。   |
| 飲食    | 利用中の食事は、特段の事情がない限り事業所の提供する食事をお召し上がりください。持参された食品に関しましては、当事業所の管理下にならないものとして、一切の責任を負いません。 |
| 迷惑行為等 | 騒音等他の利用者の迷惑になる行為はおやめください。  |
| 現金等管理 | 金銭、貴重品の管理は各自でお願いします。万一紛失の際には、一切の責任を  |

|         |   |
|---------|---|
|         | 負いかねますので、ご了承ください。   |
| 禁止行為    | 事業所内での営利行為、宗教の勧誘、特定の政治活動を行わないようにお願いします。   |
| 動物飼育    | 事業所内へのペットの持ち込みは禁止とします。  |
| 引受かねる対応 | 利用者又はご家族より以下のようなご要望があっても、対応しかねますのでご了承ください。<br>①利用者本人にとって不適切又は介助時に本人に苦痛を伴うこと<br>②事業所の業務運営上、不可能な方法<br>③利用者の生命に危険がおよぶようなこと |

※上記の項目をお守りいただけない場合は、契約書第9条に基づき、契約の解除をさせていただきます場合があります。

### 15. 高齢者虐待防止について

当事業所では、利用者の人権の擁護・虐待の防止等のために、次に掲げるとおり必要な措置を講じます。

- ① 研修等を通じて、従業員の人権意識や知識、技術の向上に努めます。
- ② 個別支援計画の作成等適切な支援の実施に努めます。
- ③ 従業員が支援にあたっての悩みや苦勞を相談できる体制を整えるほか、従業員が利用者等の権利擁護に取り組める環境の整備に努めます。

### 16. 身体拘束について

事業者は原則としてご利用者に対して身体拘束を行いません。ただし、自傷他害等のおそれがある場合など、ご利用者本人または他人の生命・身体に対して危険が及ぶことが考えられるときは、ご利用者及びご家族に対して説明し同意を得た上で、次に掲げること留意して必要最小限の範囲内でのみ行うことがあります。その場合は身体拘束を行った日時、理由及び態様等についての記録を行います。また、事業者として身体拘束を解除するための取り組みを積極的に行います。

- ① 緊急性…… 直ちに身体拘束を行わなければ、ご利用者本人又は他人の生命・身体に危険が及ぶと考えられる場合に限りします。
- ② 非代替性… 身体拘束以外にご利用者本人又は他人の生命・身体に対して危険が及ぶことを防止できないと考えられる場合に限りします。
- ③ 一時性…… ご利用者本人又は他人の生命・身体に対して危険が及ぶことがなくなったと考えられる場合は、直ちに身体拘束を解除します。

### 17. 相談・苦情窓口

1 サービスに関する相談や苦情については、次の窓口で対応いたします。

|         |                    |
|---------|--------------------|
| 苦情解決責任者 | 施設統括部長             |
| 苦情受付窓口  | 主任、相談員             |
| 受付時間    | 月曜日～土曜日 9:00～17:00 |
| 電話番号    | 078-801-0234       |
| FAX番号   | 078-801-0036       |

## 2 行政機関その他の相談窓口

|                                |   |
|--------------------------------|---|
| 神戸市保健福祉局監査指導部                  | 所在地：神戸市中央区加納町 6-5-1<br>電話番号：078-322-6326<br>受付時間：8:45～12:00、13:00～17:30（平日） |
| 養介護施設従事者等による高齢者虐待通報専用電話        | 所在地：同上<br>電話番号：078-322-6774<br>受付時間：8:45～17:30（平日）                          |
| 神戸市消費生活センター                    | 所在地：神戸市中央区橋通 3-4-1<br>電話番号：078-371-1221<br>受付時間：9:00～17:00（平日）              |
| 兵庫県国民健康保険団体連合会<br>介護サービス苦情相談窓口 | 所在地：神戸市中央区三宮町 1 丁目 9 番 1-1801 号<br>電話番号：078-332-5617<br>受付時間：8:45～17:15（平日） |

### 18. 秘密の保持及び個人情報の保護

|                        |   |
|------------------------|---|
| 利用者及びその家族に関する秘密の保持について | <p>① 事業者は、利用者の個人情報について「個人情報の保護に関する法律」及び厚生労働省が策定した「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」を遵守し、適切な取り扱いに努めるものとします。</p> <p>② 事業者及び事業所の従業者は、サービス提供をする上で知り得た利用者およびその家族の秘密を正当な理由なく、第三者に漏らしません。</p> <p>③ この秘密保持に関する義務は、サービス提供が終了した後においても継続します。</p> <p>④ 事業者は、従業者に、業務上知り得た利用者又はその家族の秘密を保持させるため従業者である期間及び従業者でなくなった後においても、その秘密を保持するべき旨を、従業者との雇用契約の内容とします。</p>   |
| 個人情報保護について             | <p>① 事業者は、利用者から予め文書で同意を得たうえで、適正な範囲において利用者及びその家族の個人情報を利用します。</p> <p>② 事業者は、利用者に医療上、緊急の必要性がある場合には、医療機関等に利用者に関する情報を提供できるものとします。</p> <p>③ 事業者は、利用者およびその家族に関する個人情報が含まれる記録物（紙によるものの他、電磁的記録を含む）については善良な管理者の注意を持って管理し、また、処分の際にも第三者への漏洩を防止するものとします。</p> <p>④ 事業者が管理する情報については、利用者の求めに応じてその内容を開示することとし、開示の結果、情報の訂正、追加又は削除を求められた場合は、直ちに調査を行い、利用目的の達成に必要な範囲内で訂正などを行うものとします。</p> <p>開示等の求めに際し、当事業所所定の申請書、本人確認のための書類を提出して下さい。ただし、手数料として1件 1,000 円（税込）とさせていただきます。</p> |

## 19. 家族への連絡

ご希望があった場合、利用者ご本人に連絡するものと同様に、家族へも連絡します。

## 20. 記録の保管

- 1 事業者は、サービス提供の日時及び提供したサービスの内容を記録し、利用終了後5年間保管します。
- 2 利用者は、事業者の営業時間内にその事業所にて、当該利用者に関する「サービス提供記録」を閲覧することができます。
- 3 利用者は、当該利用者に関する「サービス提供記録」の複写物の受け取りを希望する場合、当施設所定の申請書、本人確認のための書類を提出して下さい。

## 21. 緊急時等の対応

サービス提供中に利用者の病状の急変その他、緊急事態が生じた場合は、緊急連絡先に連絡するとともに、主治医その他の医療機関に連絡を取る等必要な措置を講じます。

## 22. 損害賠償

- 1 事業者は、サービスの実施にともなって、自己の責に帰すべき事由によって、利用者に生じた損害について賠償する責任を負い、速やかに損害賠償を履行します。ただし、利用者側に故意又は過失が認められる場合に、利用者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、損害賠償責任を減じることができるものとします。
- 2 以下の各号に該当する場合は、事業者は賠償責任を免れます。
  - ① 利用者又はその家族が、契約締結に際し、利用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っぱら起因して損害が発生した場合
  - ② 利用者又はその家族が、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っぱら起因して損害が発生した場合
  - ③ 利用者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っぱら起因して損害が発生した場合
  - ④ 利用者が、事業者もしくは従事者の指示等に反して行った行為にもっぱら起因して損害が発生した場合
- 3 利用者及び連帯保証人は、利用者の責に帰すべき事由により事業者、従事者又は第三者に生じた損害について、連帯してその損害を賠償しなければならないものとします。

## 23. 損害保険への加入

事業者は、賠償責任保険等の損害保険に加入しており、その保険契約の内容については、希望に応じて情報公開するものとします。

## 24. 非常災害対策について

事業所は、非常災害に備えて定期的に避難、救出を含めその他必要な訓練を行います。事業所は、消防法に準拠して非常災害に関する具体的計画を別に定め、非常災害時の関係機関への通報及び連携体制を整備し、それらを定期的に従業者に周知します。

25. 衛生管理について

- 1 サービス提供の用に供する事業所、食器その他の設備または飲用に供する水について、衛生的な管理に努め、又は衛生上必要な措置を講じます。
- 2 事業所において感染症が発症しないよう、又はまん延しないように必要な措置を講じます。食中毒及び感染症の発生を防止するための措置等について、必要に応じて保健所の助言、指導を求めるとともに、常に密着な連携に努めます。

26. 重要事項の変更

重要事項説明書に記載した内容が変更される場合は、利用者に説明し、改めて同意を得るものとします。変更内容を通知する方法としては、変更された書類を交付し、口頭で説明します。

27. 重要事項説明の年月日について

上記内容について利用者に説明いたしました。

|                 |                         |
|-----------------|-------------------------|
| この重要事項説明書の説明年月日 | 20      年      月      日 |
| 説明者氏名           |                         |

利用者

私は、以上の重要事項説明書の内容について説明を受け、その内容を理解し、これが契約の一部となることを確認したうえ同意し、文書の交付を受けました。

|     |  |
|-----|--|
| 住 所 |  |
| 氏 名 |  |

代筆者氏名 \_\_\_\_\_ 続柄 ( \_\_\_\_\_ )

代理人・立会人 (いずれかに○)

|     |  |
|-----|--|
| 住 所 |  |
| 氏 名 |  |

家族である場合、家族代表であることを確認しました。

<注>本書を2通作成し、利用者、事業者双方が1部ずつ保管する。