

指定通所介護及び日常生活総合事業における
指定第一号通所事業（横浜市通所介護相当サービス）
重要事項説明書

社会福祉法人 伸こう福祉会
横浜市屏風ヶ浦地域ケアプラザ
デイサービス

**指定通所介護及び日常生活総合事業における
指定第一号通所事業（横浜市通所介護相当サービス）
横浜市屏風ヶ浦地域ケアプラザ・デイサービス
重要事項説明書**

令和7年4月1日改訂版

1 横浜市屏風ヶ浦地域ケアプラザ・デイサービスの概要

(1) 事業所の概要

施設名	横浜市屏風ヶ浦地域ケアプラザ・デイサービス
所在地	横浜市磯子区森4-1-17
電話番号	045-750-5411（デイサービス直通 045-750-5678）
FAX番号	045-751-2322
事業所番号	指定事業所番号 1470701051
開設年月日	平成18年11月1日
敷地・建物概要	(契約形態) 自己所有 (建物) 地上3階建（2階部分） (床面積) 220.87 m ²
併設サービス	横浜市屏風ヶ浦地域ケアプラザ
営業日	年末年始（12/29～1/3）を除いた月曜日から日曜日の毎日
営業時間	8:30～17:45（水・日は8:30～17:30）
サービス提供時間	サービス提供時間： 1 単位目 通所介護・通所型サービス（月・火・木・金・土） 9:15～17:00（地区により 9:15～16:15 又は 10:00～17:00 で提供） ・ 9:15～16:15 で提供する地区（迎え 8:30～9:15 送り 16:15～17:00） 中浜町、岡村、久木町、磯子、磯子台、汐見台、森が丘、森4丁目 ・ 10:00～17:00 で提供する地区（迎え 9:15～10:00 送り 17:00～17:45） 森(4丁目以外)、中原、杉田、栗木、笹下、田中 2 単位目 通所型サービス 10:00～13:00（日） 3 単位目 通所介護・通所型サービス 9:30～16:30（水）
通常の事業の実施地域	磯子区、港南区
第三者評価の実施の有無	有（直近の評価日 年 月 日） ・ (無)

(2) 当施設の職員体制 ※事業所に勤務する職員の職種、員数、内容は次の通りとし定期的に見直しをします。

役職	資格	員数	業務内容
管理者	介護支援専門員 介護福祉士	1名以上（常勤）	業務の一元的管理
生活相談員	介護支援専門員 介護福祉士	2名以上（1単位目） 1名以上（2・3単位目）	通所介護計画の作成 利用者及び家族からの相談受付
看護職員	看護師	2名以上（1単位目） 1名以上（2・3単位目）	健康管理業務
機能訓練指導員	あん摩マッサージ指 圧師等	2名以上（1単位目） 1名以上（2・3単位目）	機能訓練に関わる援助
介護職員	介護福祉士他	7名以上（1単位目） 5名以上（2・3単位目）	入浴・排せつ・食事等に係わる援助
その他の職員	運転・厨房等	2名 3名 あり 3名	送迎・厨房・清掃等

(3) 当事業所の設備の概要

定員	月・火・木・金・土（1単位目） 45名 日（2単位目） 35名 水（3単位目） 33名	トイレ	共有スペースに6箇所 （うち2ヶ所は車椅子対応）
面積	489.21 m ²	静養室	あり（2ベッド）
浴室設備	一般浴槽・機械浴層 個別浴槽2台	設備	トイレ、洗面、エアコン、 リハビリ（4機）、送迎車6台、 ウォーターベッド

2 当施設の特徴等

(1) 運営の方針

法人の理念である「たくさんのよきものを人生の先輩たち、後輩たち、そして地域に捧ぐ」を基本とし、「杖の代わりに」をモットーにサービス提供を行っております。

(2) サービス提供のために

事 項	備 考
従業員への研修の実施	入職時の OJT に加え、全体研修については月に 1 回実施しています また外部講習を適宜受講させております
マニュアルの整備状況	スタッフマニュアル、ケアマニュアル、緊急時対応マニュアル等を整備しております

3 サービスの内容

(1) 提供するサービス内容

サービス	内 容
食事	昼食 午前 12 時～ お茶・お茶菓子 午後 3 時～ 通常のお食事の他に柔らかいお食事、ミキサー食、療養食等をご用意いたします（特別なお食事が必要な方は予めお申し出下さい）
入浴	要介護の方を対象に午前もしくは午後に実施いたします。また要支援の方は 3 ヶ月間を目安に入浴訓練を実施いたします。
排泄	お身体のご状態にあわせた排泄介助を実施いたします
健康管理	ご家族や主治医、担当のケアマネージャーと連携の上で、看護師による健康管理を実施いたします
個別機能訓練 運動器機能向上訓練	個別リハビリ、グループエクササイズをはじめとして、個々の在宅生活にあわせたプログラムを実施いたします。 3 ヶ月に一度ご自宅を訪問し、計画内容を必要に応じて見直しをいたします
生活相談	ご利用にあたっての各種ご相談 日常生活上（ご自宅での生活を含む）についてのご相談に応じます ご遠慮なく生活相談員までお申し出下さいませ
レクリエーション アクティビティ	音楽レクリエーションをはじめとする施設内でのレクリエーションや外出を適宜実施いたします。 外出やご希望に基づくレクリエーションは予めご相談の上で費用を実費負担いただく場合もございます
通所介護計画書の作成	ご利用開始時には居宅サービス計画書（ケアプラン）にもとづいた通所介護計画書を作成し、その内容に沿った介護をいたします 通所介護計画書の内容については、必要に応じて見直しをいたします

(2) サービスの利用に当たっての留意事項

送迎	基本として、ご自宅の玄関から当施設までの送迎となります その他、お手伝いが必要な場合はケアプランに基づき行います
食事	昼食ならびにお茶、お茶菓子をご用意いたします 職員も一緒させていただく場合がございます
飲酒・喫煙	喫煙につきましては施設内の所定の場所にてお願いいたします 飲酒のご希望については、予めご相談ください。
金銭、貴重品の管理	紛失や破損の責任は負いかねますので、持ち込みはご遠慮ください。
禁止または制限する事項	営利その他の目的による勧誘、販売、宣伝、広告等の活動はご遠慮ください。
ご用意いただくもの	入浴時に使用するもの（化粧品、髭剃り、整髪料など）、 着替え、オムツ（使用している方のみ） シャンプーや石鹸、タオルにつきましては無料で貸出をしております すべてのお持ち物と衣服にはお名前の記入をお願いいたします
入浴について	身体のご状態によって、当日の入浴の可否をきめさせていただきます また必要に応じて機械浴を用いてご入浴いただきます
医療的処置について	服薬の援助、医療的処置が必要な場合は予めご相談ください 看護師がお手伝いさせていただきます

4 サービスのご利用にかかる費用

(1) 利用料金

ア 通所介護及び第一号通所事業（横浜市通所介護相当サービス）利用料（1単位＝10,720円）

			単位数	利用者負担額 (円 1割負担)	利用者負担額 (円 2割負担)	利用者負担額 (円 3割負担)
通所介護 (1回につき)	基本額	要介護1	629	675	1,349	2,023
		要介護2	744	798	1,595	2,393
		要介護3	861	923	1,846	2,769
		要介護4	980	1,051	2,101	3,152
		要介護5	1,097	1,176	2,352	3,528
	加算額	入浴介助加算（Ⅰ）	40	43	86	129
		個別機能訓練加算Ⅰ（ロ）	76	82	163	245
		個別機能訓練加算（Ⅱ）	20	22	43	65
		サービス提供体制強化加算Ⅱ	18	20	39	58
横浜市通所介護 相当サービス (1月につき)	基本額	① 通所型独自サービス1※1	1,798	1,928	3,855	5,783
		② 通所型独自サービス／2※2	1,798	1,928	3,855	5,783
		③ 通所型独自サービス2※3	3,621	3,882	7,764	11,646
	加算額	サービス提供体制強化加算Ⅱ/③の方	144	155	309	463
		〃 /①②の方	72	78	155	232
共通 (1月につき)	加算額	口腔機能向上加算（Ⅱ）※4	160	172	343	515
		科学的介護推進体制加算	40	43	86	129
		介護職員等処遇改善加算（Ⅱ） 6月～	そのご利用者に算定する総単位数の1000分の90単位			
その他	昼食代		800円(おやつ代50円含む)			

※1 事業対象者又は要支援1の方

※2 要支援2の方（週1回程度の通所が必要とされた方）

※3 事業対象者又は要支援2の方（週2回程度の通所が必要とされた方）

※4 口腔機能向上加算（Ⅱ） 通所介護は1月2回まで、横浜市通所介護相当サービスは1月1回算定

*介護保険の計算上、上下記金額に多少の差異が生じることがございます。

*他市町村を住所地とする被保険者が当該サービスを利用する場合、単位等の基準は当該市町村のものとします。

イ その他

- ・お客様のご希望により、レクリエーションや外出行事に参加していただく事ができます。
- ・その際材料費等の実費を頂く場合があります。

【1ヶ月のご利用料概算】

ご利用曜日 月・火・水・木・金・土・日	a : 単位・円	b : 利用 回数	c : 合計単位 (月) (a × b)
一日のご利用料 事業対象者・要支援1・2 要介護1・2・3・4・5	単位	回	単位 (※1)
サービス提供体制強化加算 (Ⅱ)	144-72-18 単位	回	単位
入浴介助加算 (Ⅰ)	40 単位	回	単位
口腔機能向上加算 (Ⅱ)	160 単位	回	単位
個別機能訓練 (Ⅰ) ロ	76 単位	回	単位
個別機能訓練 (Ⅱ)	20 単位	回	単位
科学的介護推進体制加算	40 単位	回	単位
令和6年5月まで ・介護職員処遇改善加算 (Ⅰ) ・介護職員等特定処遇改善加算 (Ⅱ) ・介護職員等ベースアップ等支援加算	上記で算定する単位の合計の 1000 分の 59 単位 上記で算定する単位の合計の 1000 分の 10 単位 上記で算定する単位の合計の 1000 分の 11 単位		単位 単位 単位
令和6年6月から ・介護職員等処遇改善加算(Ⅱ)	上記で算定する単位の合計の 1000 分の 90 単位		単位
単位合計	d :		単位
d × 10.72 円	e :		円
1割負担の方 : e × 0.9 (介護保険分) 2割負担の方 : e × 0.8 (介護保険分) 3割負担の方 : e × 0.7 (介護保険分)	f :		円
e - f (自己負担分)	g :		円
昼食代 希望 (する・しない)	750 円	回	h : 円
お菓子代 希望 (する・しない)	50 円	回	i : 円
1ヶ月のご利用料金 (概算)	g + h + i =		円

*送迎を行わない場合は片道につき**47単位**を所定単位数から減算させていただきます。
(要介護の方のみ)

(2) キャンセル料について

- ・利用をお休みされる場合は、当日の午前8時30分までに施設までご連絡をお願いいたします。ご連絡なきキャンセルの場合は、一日の食材費相当分をキャンセル料として請求させていただきます。但し、お客様の体調不良等正当な事由がある場合は、この限りではありません。

(3) 料金の支払方法

- ・毎月、15日までに前月分の請求書を送付いたします。
- ・お支払い方法は、原則として口座自動引落しでお願いいたします。
- ・口座自動引落しは毎月27日となっております。
- ・お支払後、翌月の請求書とともに領収書を発行し送付いたします。

5 サービスの利用方法

(1) サービスの利用開始

- ①まずは、お電話等で見学のお申し込みをお願いいたします
- ②当施設の職員が施設のご案内ならびに概要のご説明をいたします
※ 居宅サービス計画（ケアプラン）の作成を依頼している場合は、ご利用にあたり、必ず担当の介護支援専門員とご相談下さい
- ③お申し込みに必要な書類を受領後、訪問調査にて状態の確認をさせていただきます
- ⑤契約後、利用開始日を双方協議の上で決定いたします

(2) サービスの終了

- ア 利用者からの申し出によるサービスの終了
- ・お客様のご都合でサービスを終了する場合は書面にてご連絡をお願いいたします
- イ サービスの自動終了
- 以下の場合は、双方の通知がなくても、自動的にサービスを終了いたします。
- ・お客様が他の介護保険施設に入所した場合
 - ・お客様の要介護認定区分が、「非該当（自立）」と認定された場合
 - ・お客様が亡くなられた場合
- ウ その他
- ・お客様やご家族などが当施設や当施設のサービス従業者に対して本契約を継続し難いほどの背信行為を行った場合は、30日前に文書で通知し、利用を中止していただく場合があります。
 - ・お客様がサービス利用料金の支払を3ヶ月以上滞納し、料金を支払うようお願いしたにもかかわらず14日以内にお支払いいただけない場合は、7日前までに文書で通知し、利用を中止していただく場合がございます

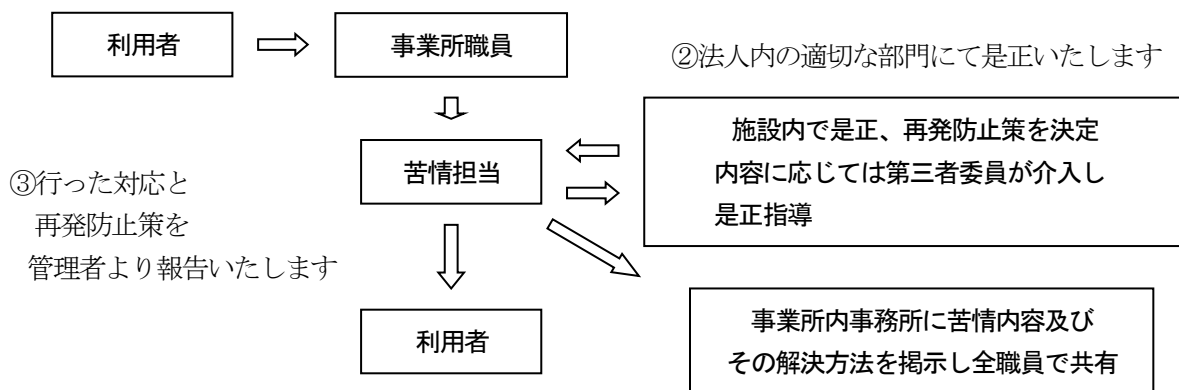
6 サービス内容に関する苦情

1) 当施設のお客様相談・苦情窓口

<u>担当者</u>	土屋 智史（生活相談員）	<u>苦情解決責任者</u>	村上 馨（管理者）
<u>受付日</u>	年末年始を除く毎日	<u>受付時間</u>	9時～17時30分
<u>電 話</u>	横浜市屏風ヶ浦地域ケアプラザ045-750-5678 <u>FAX</u> 045-751-2322		
<u>メール</u>	k・murakami@skfch.com		

(2) 苦情対応体制

- ①お気づきになったことを職員にお申し付け下さい



(3) その他

当事業所以外に、お住まいの市町村の相談・苦情窓口等に苦情を伝えることができます

磯子区役所 高齢・障害支援課

電話 045-750-2494

港南区役所 高齢・障害支援課

電話 045-847-8495

神奈川県国民健康保険団体連合会 介護保険課苦情相談係

電話 045-329-3447 又は 0570-022-110 (苦情専用)

横浜市健康福祉局 介護事業指導課

電話 045-671-2356

7 緊急時の対応方法

サービスの提供中に容体の変化等があった場合は、事前の打ち合わせにより、緊急連絡先に記載のご家族もしくは主治医へ連絡をいたします。

8 事故発生時の対応

- ・ サービスの提供中に事故が発生した場合は、お客様に対し応急処置、医療機関への搬送等の措置を講じ、速やかにお客様がお住まいの市町村、ご家族に連絡を行います。
- ・ また、事故の状況及び事故に際してとった処置について記録するとともに、その原因を解明し、再発生を防ぐための対策を講じます。
- ・ 当施設においてお客様に生じた損害については、施設は直ちに必要な措置を講ずるとともに法的な責任を負う場合は、相互因果関係の範囲内において賠償するものとします。ただし損害の発生について、お客様に故意又は過失が認められた場合又は、お客様の置かれた心身の状況等を斟酌して減額するのが相当と認められた場合には、施設の損害賠償責任を減じさせていただきます。

9 非常災害対策

防災設備	火災報知器、煙感知器、火災受信機、消火器、避難誘導灯
防災訓練	年に2回 実施
防火管理責任者	仁科 光修

10 秘密の保持について

- (1) 当該事業所の従事者ならびに退職した従事者は、正当な理由がなくその業務上知り得たお客様及びご家族の秘密を漏らしません。
- (2) お客様の医療上緊急の必要がある場合又はサービス担当者会議等で必要がある場合に限り、あらかじめ文書による同意を得た上で、必要な範囲内でお客様及びご家族の個人情報を用います。

11 運営法人の概要

名 称	社会福祉法人 伸こう福祉会
代表者名	理事長 高 田 益 江
法人所在地 連絡先	横浜市栄区公田町1020-5 電話 045-896-1234 FAX 045-896-1235
実施事業の概要	特別養護老人ホーム クロスハート栄・横浜 特別養護老人ホーム クロスハート幸・川崎 入所者生活介護・(介護予防) 短期入所生活介護 小規模型特別養護老人ホーム クロスハート野七里・栄 入所者生活介護・(介護予防) 短期入所生活介護 グループホーム クロスハート田谷・栄 クロスハート金沢・横浜 クロスハート二階堂・鎌倉 クロスハート宮前・川崎 クロスハート港南・横浜 クロスハート本鵜沼・藤沢 クロスハート南・横浜 クロスハート円行・藤沢 クロスハート十二所・鎌倉 クロスハート鶴見・横浜 クロスハート本牧・横浜 (介護予防) 認知症対応型共同生活介護 クロスハート港南・横浜 看護小規模多機能型居宅介護 クロスハート港南・横浜 クロスハート藤沢本町 (介護予防) 訪問看護 クロスハート湘南台・藤沢 クロスハート湘南台・二番館 (介護予防) 特定施設入居者生活介護・(介護予防) 短期入所生活介護 クロスハート石名坂・藤沢 (介護予防) 特定施設入居者生活介護 クロスハート藤沢本町 サービス付き高齢者向け住宅 クロスハート栄・横浜 クロスハート金沢・横浜 クロスハート本鵜沼・藤沢 屏風ヶ浦地域ケアプラザ クロスハート十二所・鎌倉 クロスハート湘南台・二番館 通所介護及び指定第一号通所事業 クロスハート十二所・鎌倉 クロスハート鶴見・横浜 クロスハート幸・川崎 (介護予防) 小規模多機能型居宅介護 クロスハートヘルパーステーション栄・横浜 訪問介護 ・ 第一号訪問介護事業

実施事業の概要	横浜市屏風ヶ浦地域ケアプラザ 横浜市野七里地域ケアプラザ	地域ケアプラザ運営
	横浜市屏風ヶ浦地域ケアプラザ 横浜市野七里地域ケアプラザ クロスハート藤沢本町	居宅介護支援
	キディ鶴沼・藤沢本園 キディ鶴沼・藤沢分園 キディ百合丘・川崎 キディ湘南C-X キディ古市場保育園 キディ石川町・横浜 キディ鈴木町・川崎 キディ元住吉・川崎 キディ大倉山・横浜	認可保育園
	キディ二子・川崎	川崎認定保育園
	キディ洋光台	子育て親子広場事業
	クロスハートハイツ東蒔田 クロスハートハイツ南太田 クロスハートハイツ矢部 クロスハートハイツ上倉田 クロスハートハイツ戸塚南 クロスハートハイツ和泉が丘	共同生活援助
	クロスハートワーク戸塚	就労継続支援 B 型

個 人 情 報 の 取 り 扱 い に つ い て

社会福祉法人伸こう福祉会、横浜市屏風ヶ浦地域ケアプラザ デイサービスは個人情報の取り扱いについて、以下のとおり公表いたします：

1 使用目的

- (1) サービス計画の立案のため。
- (2) 円滑なサービス提供のために実施するサービス担当者会議での情報提供のため。
- (3) サービス提供事業者、行政機関及び民生委員等との連絡調整のため。
- (4) ご家族等へのご利用者の身体状況等の説明のため。
- (5) かかりつけの医療機関からの意見、助言を求める場合。
- (6) 事故、災害及び緊急を要するとき等におけるご家族、行政機関等との連絡調整、医療機関への連絡及び保険会社への届出等のため。
- (7) 介護保険の給付管理に係る事務及び会計事務のため。
- (8) 業務の維持改善のための基礎資料として。

2 個人情報第三者への提供について

当事業所ではご利用者の同意を得ることなく、ご利用者の個人情報を第三者に提供することはありません。

ただし、法令に基づく場合（介護保険法における不正受給者に係る市町村への通知等）、ご利用者の生命・身体・財産の保護のために必要がある場合であって、ご利用者の同意を得ることが困難なときはこの限りではありません。

3 個人情報の取り扱いを外部の業者に委託する場合について

当事業所が保有する個人情報について、外部の業者に委託するときは、必要な契約を締結し、適切な管理・監督を行います。

4 個人情報の開示、苦情の申し立てについて

当事業所が保有する個人情報に関する開示、訂正、削除、利用停止、提供拒否及び苦情につきましては、下記の窓口で受け付けいたします。

個人情報受付担当	村上 馨（管理者）
個人情報管理責任者	村上 馨（管理者）
電話番号	045-750-5678
FAX 番号	045-751-2322

5 安全管理

当施設では、個人情報の漏洩、滅失、毀損、改ざんを防止し、安全管理を徹底いたします。また職員教育を継続し、個人情報の適切な取り扱いを指導してまいります。

以 上

個 人 情 報 の 使 用 に つ い て

私（利用者及びその家族）の個人情報については、社会福祉法人伸こう福祉会横浜市屏風ヶ浦地域ケアプラザ デイサービスが、下記の利用目的の交付を受け、必要最小限の範囲内で使用、提供、または収集することに同意します。

1 利用目的

- (1) サービス計画の立案のため。
- (2) 円滑なサービス提供のために実施するサービス担当者会議での情報提供のため。
- (3) サービス提供事業者、行政機関及び民生委員等との連絡調整のため。
- (4) ご家族等へのご利用者の身体状況等の説明のため。
- (5) かかりつけの医療機関からの意見、助言を求める場合。
- (6) 事故、災害及び緊急を要するとき等におけるご家族、行政機関等との連絡調整、医療機関への連絡及び保険会社への届出等のため。
- (7) 介護保険の給付管理に係る事務及び会計事務のため。
- (8) 業務の維持改善のための基礎資料として。

2 使用する期間

サービスの利用申し込みを行ってから申し込み時点での要介護認定期間終了日まで。

但し、通所介護契約書、第一号通所事業契約書第2条第2項の規定により、個人情報の使用についても自動更新されるものと致します。

3 使用条件

- (1) 個人情報の提供は必要最低限とし関係者以外の者に漏れることのないよう細心の注意を払うこと。
- (2) 個人情報を使用した会議の内容や相手方等について、経過を記録し、請求があれば開示すること。

利 用 料 金 の 請 求 ・ お 支 払 い に つ い て

当事業所においては、施設利用料金を以下のごとく清算し、ご請求いたします。

＜請求書の発行＞

- 毎月末に清算し、翌月 10 日から 15 日の間にご指定のご家族宛に郵送いたします

＜お支払い方法＞

- 横浜銀行より自動引き落としさせていただきます
大変お手数ですが、預金口座振替依頼書を記入・捺印の上で、利用開始時に施設に提出をお願いいたします

振替銀行： 横浜銀行（浜銀ファイナンス）
引落日： 毎月 27 日（土・日・祝日の場合は銀行翌営業日）
通帳表示： シンコウフクシカイ

- 口座振替成立までに 3 ヶ月程度かかりますので、その間はご利用日に現金でお持ちいただいております（現金でのお支払いが難しい場合はご相談ください）

＜領収書の発行＞

- 前月分の領収書を翌月の請求書に同封してお渡しいたします
- 領収書を紛失された場合は、支払い証明書を発行させていただきますので、お申し出下さい
上記の内容および請求についてご不明な点につきましては、施設の管理者までお問い合わせ 下さいませ。

連絡先及び請求書送付先・利用料金支払い者（支払口座名義）について

＜主治医＞

氏名 _____ 医師 _____
所属 _____ 診療科目 _____ 科 _____
電話番号 固定電話 _____
携帯電話 _____

＜ご家族（緊急連絡先）＞ ※①を優先とし、連絡がつかない場合②に連絡

①氏名 _____ 続柄 _____
住所 _____
電話番号 自宅電話 _____
携帯電話 _____
②氏名 _____ 続柄 _____
住所 _____
電話番号 自宅電話 _____
携帯電話 _____

＜請求書送付先・利用料金支払い者名（支払口座名義）＞

（ ）内の該当するものに○をし、該当しない場合は記入

①請求書送付先

（ご利用者・保証人・法定後見人・緊急連絡先①・緊急時連絡先②）

上記以外の送付先 住所 _____

メールアドレス _____

②利用料金支払い者名（支払口座名義）

（ご利用者・保証人・法定後見人・緊急連絡先①・緊急時連絡先②）

上記以外の利用料金支払い者名 _____ 続柄 _____

利 用 者 の 急 変 時 対 応 に つ い て

当事業所のご利用中に予期せぬ状態で容態が急変した場合は、以下の対応を望みます：

1. 利用者が呼吸困難、意識喪失、心臓麻痺等により急激に容態悪化（心肺停止の危機）に陥った場合は：（該当するものに○をした上で、必要事項を記入）

1) _____ 病院に救急車搬送を希望

2) 緊急連絡先に連絡をして、その指示に従っての対応を希望

2. 家族・後見人に連絡がつかない場合： （該当するものに○）

1) 救急車搬送の判断、手続き、移送を事業所に一任する

→搬送先での延命治療（気管挿管等）の実施 希望する 希望しない

2) 連絡がとれるまでは延命治療を実施せず、救急搬送先で待機とする

【説明確認欄】

通所介護および第一号通所事業の利用契約締結にあたり、利用料金の詳細な支払い方法を含め、本書面に基づいて重要な事項を説明し、交付致しました。

事業者所在地 横浜市磯子区森4-1-17
名 称 横浜市屏風ヶ浦地域ケアプラザ デイサービス

管理者 村上 馨

説明年月日 令和 7年 3月 18日

説明者 _____

通所介護および第一号通所事業の利用契約締結にあたり、利用料金の詳細を支払い方法を含め、本書面に基づく重要な事項の説明と交付を受け、利用の開始に同意いたします。

また、下記項目についても承諾し、同意いたします。

- ・個人情報の使用について
- ・利用者の急変時対応について

同意年月日 令和 年 月 日

(ご利用者) 住所 _____

氏名 _____

代筆の場合は代筆者と利用者との続柄を記載)

氏名 _____

続柄 _____

保証人・法定後見人 (どちらかに○をお付けください)

住 所 _____

氏 名 _____

電 話 _____

※ 保証人または法定後見人については、「通所介護契約書」第3条(保証人または法定後見人)をご参照の上で該当する場合のみご記入ください