

ケアハウス楽々むら重要事項説明書

令和7年12月1日改定

当施設は介護保険の指定を受けています。

特定施設入居者生活介護 兵庫県指定第 2874401231 号

介護予防特定施設入居者生活介護 兵庫県指定第 2874401231 号

当施設は、介護認定を受けていない入居者に対しての必要な介護（以下「自立型介護」という。）並びに介護認定を受けておられる入居者に対しての介護予防特定施設入居者生活介護及び特定施設入居者生活介護（以下「特定型介護」という。）を提供します。

施設の概要や提供するサービスの内容、契約上ご注意いただきたい事項を次のとおり説明します。

1. 事業主体

法人名	社会福祉法人 あまのほ
法人所在地	兵庫県豊岡市城崎町楽々浦字深原419番1 特別養護老人ホーム内
連絡先	Tel (0796) 32-0161 Fax (0796) 32-0171
代表者氏名	理事長 西村 肇
設立年月日	平成17年11月25日（法人認可日）
併設事業の概要	介護老人福祉施設、通所介護・介護予防通所介護、短期入所生活介護・介護予防短期入所生活介護、居宅介護支援事業所、認知症対応型共同生活介護

2. 施設の概要

建物の構造	鉄筋コンクリート2階建
建物の延面積	2階建ての2階部分 1,437.12 m ²
施設の周辺環境	山陰海岸国立公園内にあって、円山川の対岸には城崎温泉を望む風光明媚な景勝地に立地しています
居室（全室個室）	30室（1室当たりの広さ 19.80 m ² ）
居室内の主な設備	エアコン、洗面台、収納、ナースコール、TVコンセント、洋式トイレ、電動ベッド、物干し
共用設備	ユニットごとの共同生活室（リビング3か所） 個浴（3か所と中間浴槽1か所） 食堂及び機能訓練室（59.20 m ² ）一時介護室（19.80 m ² ）

3. 事業所の説明

施設の目的と運営方針	この施設においては、入居者の心身の特性を踏まえ、入浴、排泄、食事等の介護その他必要な日常生活の支援を行うことにより、入居者の能力に応じ、自立した日常生活を営んでいただけるよう、必要なサービスを提供します。
施設の種類	介護予防特定施設入居者生活介護及び特定施設入居者生活介護
施設の名称	ケアハウス楽々むら
施設の所在地	兵庫県豊岡市城崎町楽々浦419番6
交通機関	JR城崎温泉駅下車 東へ徒歩15分
連絡先	Tel (0796) 32-0181 Fax (0796) 32-0182
メールアドレス	rakurakumura@amanoho.com

施設長（管理者）	佐藤 昌夫
開設年月日	平成23年4月1日
利用定員	30名

(注) 居室の変更

原則として入居中の居室の変更は行いませんが、ご利用者からの変更希望があった場合、また、ご利用者の心身の状況等を勘案し、かつ、居室の空き状況によって変更することがありますが、その際には、ご利用者やご家族等と協議させていただきます。

4. 施設の運営方針

- 「家庭的な雰囲気」の中で、いつも“にこにこ”、“いきいき”、“ゆったりと”
- 「尊厳」のある生活
- 「生きがい」の発見
- 「身体の安心」「心の安心」
- 「地域」とのつながりを基本に、心のこもったサービスを提供します。

5. 施設の利用対象者

別に定める運営規程第4条に該当する方が対象です。

6. 職員の配置状況

当施設では、入居者に対して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います。

＜職員の配置状況＞

施設長（管理者）	1名	8:30～17:30
生活相談員	1名	8:30～17:30
介護職員	9名	24時間交代制
看護職員	1名	8:30～17:30
計画作成担当者 (介護支援専門員)	1名	8:30～17:30
医師	嘱託医師2名	
管理栄養士	1名	8:30～17:30
調理員	(業者委託)	
事務員	1名	8:30～17:30

＜配置職種の役割＞

施設長（管理者）	全施設の職員の総括管理と介護福祉施設サービスの実施状況の把握その他の管理を一元的に行います。
生活相談員	ご利用者の日常生活の相談に応じ、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並びに健康保持のための相談・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いますが、生活上の介護、介助等も行います。
機能訓練指導員	ご利用者の機能訓練を行います。
計画作成担当者 (介護支援専門員)	介護計画の作成・見直しを行います。

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。
管理栄養士	ご利用者の栄養管理を行います。
調理員	調理業務に従事します。(業者委託)
事務員	事務処理にあたります。

7. 提供サービスの概要

提供するサービスの概要は以下のとおりです。

サービスの種類	内 容
食事	<ul style="list-style-type: none"> 当施設では、栄養士の立てる献立表により、栄養並びにご利用者の身体の状況及び嗜好を考慮した食事を提供します。 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。 食事時間 朝食：8時～10時　昼食：12時～14時　夕食：18時～20時
入浴	<ul style="list-style-type: none"> 入浴または清拭を週2回以上行います。(要介護、要支援者) 入浴時間や同性介助など、ご利用者の希望に添えるよう配慮します。
排泄	<ul style="list-style-type: none"> 排泄の自立を促すため、身体能力を最大限活用した援助を行います。
機能訓練	<ul style="list-style-type: none"> 機能訓練指導員により、ご契約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、またはその減退を防止するための訓練を実施します。(要介護、要支援者)
健康管理	<ul style="list-style-type: none"> 医師や看護職員が、平素の健康管理を行います。
その他自立への支援	<ul style="list-style-type: none"> 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。 清潔で快適な生活が送れるよう、適切な整容が行われるよう援助します。
相談及び援助	日常生活に関する悩みや、介護サービスに関することなどの相談に応じます。

8. ご利用料金

(1) 基本利用料

前項のサービス提供に対して、ご負担いただく基本利用料は次のとおりです。

ア 特定型介護利用料

特定型介護の対象となる方には前年の収入に応じて下表該当欄の合計金額を負担していただきます。

年間の収入による区分		事務費	管理費	生活費	月額利用料 合計
1	1,500,000円以下	10,100	42,000	44,500	96,600
2	1,500,000円～ 1,600,000円	13,100	42,000	44,500	99,600
3	1,600,001円～ 1,700,000円	16,200	42,000	44,500	102,700
4	1,700,001円～ 1,800,000円	19,300	42,000	44,500	105,800
5	1,800,001円～ 1,900,000円	22,300	42,000	44,500	108,800
6	1,900,001円～ 2,000,000円	25,400	42,000	44,500	111,900

7	2,000,001 円～ 2,100,000 円	30,500	42,000	44,500	117,000
8	2,100,001 円～ 2,200,000 円	35,600	42,000	44,500	122,100
9	2,200,001 円～ 2,300,000 円	40,600	42,000	44,500	127,100
10 ～ 18	2,300,001 円～	41,000	42,000	44,500	127,100

イ 自立型介護利用料

自立型介護の対象者の方には前年の収入に応じて下表該当欄の合計金額を負担していただきます。

年間の収入による区分		事務費	管理費	生活費	月額利用料 合計
1	1,500,000 円以下	10,100	42,000	44,500	96,600
2	1,500,000 円～ 1,600,000 円	13,100	42,000	44,500	99,600
3	1,600,001 円～ 1,700,000 円	16,200	42,000	44,500	102,700
4	1,700,001 円～ 1,800,000 円	19,300	42,000	44,500	105,800
5	1,800,001 円～ 1,900,000 円	22,300	42,000	44,500	108,800
6	1,900,001 円～ 2,000,000 円	25,400	42,000	44,500	111,900
7	2,000,001 円～ 2,100,000 円	30,500	42,000	44,500	117,000
8	2,100,001 円～ 2,200,000 円	35,600	42,000	44,500	122,100
9	2,200,001 円～ 2,300,000 円	40,600	42,000	44,500	127,100
10	2,300,001 円～ 2,400,000 円	45,800	42,000	44,500	132,300
11	2,400,001 円～ 2,500,000 円	50,900	42,000	44,500	137,400
12	2,500,001 円～ 2,600,000 円	58,000	42,000	44,500	144,500
13	2,600,001 円～ 2,700,000 円	65,100	42,000	44,500	151,600
14	2,700,001 円～ 2,800,000 円	72,300	42,000	44,500	158,800
15 ～ 18	2,800,001 円～	73,600	42,000	44,500	160,100

- ※1 上記の表における「対象収入」とは、前年の収入(社会通念上収入として設定することが 適当でないものを除く)から、租税、社会保険料、医療費等の必要経費を控除した後の収入のことです。
- ※2 事務費（施設運営に必要な事務的経費）と生活費（食材料費及び及び共用部分に係る光熱水費）は国が定めた基準額です。従って、国が基準額を改正した場合は変更します。
- ※3 管理費とは、いわゆる家賃に相当する金額で、施設の整備に要した費用から家賃算出の例により算出した金額です。
- ※4 夫婦での入居については、夫婦の収入及び必要経費を合算し、合計額の 2 分の 1 をそれぞれ個々の対象収入とし、その額が 150 万円以下に該当する場合の夫婦それぞれの事務費徵収額については、前項表の額から 30% 減額した額（合 100 円未満は切捨）となります。
- ※5 11月～3月までの間、冬期加算として月 1,960 円をご負担いただきます。

ウ 特定型介護の付加利用料

特定生活介護の対象者については、介護保険の適用を受けるため、上記アに加えて下表のとおり介護報酬の1割～3割（介護サービス料）の利用料の負担が生じます。

1日当たり

(単位：円)

	要支援1	要支援2	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
1. サービス利用料金	1,830	3,130	5,420	6,090	6,790	7,440	8,130
2. 自己負担額 (1割負担の場合)	183	313	542	609	679	744	813
(2割負担の場合)	366	626	1,084	1,218	1,358	1,488	1,626
(3割負担の場合)	549	939	1,626	1,827	2,037	2,232	2,439

＜加算＞要件に該当すると次の加算が生じます。

加 算		1割負担の場合
個別機能訓練加算Ⅰ（日）		12円
個別機能訓練加算Ⅱ（月）		20円
サービス提供体制強化加算Ⅲ（1日）		6円
夜間看護体制加算Ⅱ（要支援を除く）（1日）		9円
医療連携加算（月）		80円
退院・退所時連携加算（日）		30円（入居から30日）
看取介護加算Ⅰ	亡くなる31日以上45日まで（1日）	72円
	亡くなる4日以上30日まで（1日）	144円
	亡くなる以前2日又は3日（1日）	680円
	亡くなる当日（1日）	1,280円
科学的介護推進体制加算（月）		40円
介護職員等処遇改善加算Ⅱ		12.2%

※2割、3割負担の場合は「1割負担の場合」額をそれぞれ読み替えて下さい。

更に、本表下段に記載の加算の適用があれば追加負担が生じます。

- ☆ 入居者がいまだに要介護認定を受けていない場合には、推定介護度でのサービス利用料金の全額をいったんお支払いいただきます。要介護の認定を受けた後、自己負担額を除く介護金額が介護保険から払い戻されます（償還払い）。
- ☆ 介護保険からの給付額に変更のあった場合、変更された額にあわせてご利用者の負担額を変更します。
- ☆ ご利用者が介護保険料に未納がある場合には、自己負担額については上表と異なることがあります。

(2) その他利用料

前記(1)に掲げるもののほか、施設において提供するサービス及び便宜のうち、日常生活において通常必要な前記基本利用料に含まれない費用であって、入居者に負担いただくのが適当と認められる下記項目についてはご利用実績に応じて個人負担となります。

＜その他のサービス・便宜と利用料金など＞

項 目	内 容	利 用 料 金
居室の光熱水費	電灯数、蛇口数等から算定した光熱水費	5,250円/月
おむつ代	おむつ、尿パットなど	実 費

特別な食事	行事の際の特別料理、特注の食事	実 費
通院介助	医療機関への受診は、原則としてご家族に対応していただきますが、ご家族での対応が困難な場合は施設で対応させていただきます。但し、嘱託医の診療所への受診は施設で対応（無料）します。	2,000 円/時間
外出支援	外出の付き添いをしたとき	1,000 円/回
ランドリー料	施設の洗濯機等を使用したとき	2,500 円/月
布団等リース料	施設の布団等をリースされたとき	1,000 円/月
特別な電気製品の電気代	電気毛布、電気あんか、冷蔵庫等特別な電気製品を使われたとき	20 円/日
理美容代	月1回の理美容師の出張による理美容サービスの利用調整	実 費
個人の選択で参加される文化行事・レク・サークル材料費	個人参加の行事等で必要な材料費(施設の定例行事を除く。)	実 貹
日常生活用品の購入費	衣類・スリッパ等の個人的な日常生活用品	実 貹
嗜好品	個人的な嗜好で購入される飲食物等	実 貹
複写物（カラーは除く）	ご利用者の希望でコピーを希望されたとき	白黒 10 円・ カラー 30 円/1 枚
貴重品管理料	預かり金等の管理依頼を受けたとき	1,500 円/月

注1 保険給付対象外のサービス（家賃・食費・水道光熱費・その他の費用）に関して、利用料金を改定する必要が生じたときは、理由を付して事前に連絡させていただきます。

注2 上記以外でも個人に特定されるものは個人負担が生じる場合があります。

9. 料金の支払い時期と支払い方法について

利用料金、その他の費用は1ヵ月毎に利用日数に基づいて計算し、請求させていただきます。翌月25日までに以下のいずれかの方法でお支払い下さい。

- | |
|--|
| 1. 「楽々むら」での窓口にて現金支払い |
| 2. 下記口座へ振り込み |
| 口座名義　　社会福祉法人　あまのほ　理事長　西村　肇
但馬信用金庫　城崎支店（普通）0215692
但馬銀行　　城崎支店（普通）7121678
JA たじま　城崎支店（普通）0043067
ゆうちょ銀行　支店　四三八（普通）88247491 |
| 3. 口座振替　但馬信用金庫、但馬銀行、JA たじま、ゆうちょの指定の口座より自動振り替え |

10. 事故発生時及び緊急時の対応

事故に関しては万全を期しますが、万一事故又は体調不良等、緊急事態が発生した場合は、ご利用者やその家族に対して速やかに状況を報告、説明するとともに、協力病院、救急隊、家族等と連携し、必要な措置を講じさせていただきます。

11. 医療の提供

医療を必要とする場合は、入居者の希望により、下記協力医療機関において診療や入院治療

を受けることができます。但し、下記医療機関での優先的な診療・入院治療を保障するものではありません。また、下記医療機関での診療・入院治療を義務付けるものではありません。

① 協力医療機関

医療機関の名称	診療科	所在地
浅見医院	内科・小児科・心療内科・皮膚科	豊岡市城崎町湯島349-1
賀嶋医院	内科・小児科・放射線科	豊岡市竹野町竹野2510
公立豊岡病院	総合診療科、消化器科、呼吸器他	豊岡市戸牧1094

②協力歯科

協力機関の名称	河原歯科医院
所在地	豊岡市城崎町桃島1292-6

12. 施設利用に当たってご留意いただきたい事項

施設の利用に当たって、入居者及びその家族等にお守りいただきたい留意事項は以下のとおりです。

留意項目	留意いただきたい内容
来訪・面会	<ul style="list-style-type: none">ご家族等の面会は緊急の場合を除いて、原則として、午前7時から、午後9時までにお願いします。面会にお越しのときは、必ず面会カードへの記入・提出、許可証の携帯をお願いします。面会者が宿泊される場合は、必ず施設の許可を得てください。なお、感染症等の非常事態が生じたときは、一時的に面会を制限させていただくことがありますので予めご了承願います。
外泊・外出	<ul style="list-style-type: none">外泊・外出の際は、事前に出発時刻、行き先及びその方法、帰宅時間を施設に申し出てください。帰宅予定を変更した場合も施設にご連絡をお願いします。
居室等の利用	<ul style="list-style-type: none">特定外生活介護の提供を受けている入居者については、居室の維持・管理（清掃を含む。）は入居者でお願いします。なお、危険を伴う場合、また困難な場合はご相談下さい。施設内の居室、共同生活室及び当該箇所の設備、器具備品等は、大切に扱ってください。故意過失を問わず不適切な取扱で破損した場合は賠償をお願いしますのでご注意ください。また、無断で施設構築物に壁面に金具を打ち込んだり、ポスターを貼り付けるなどの造作を施してはなりません。
喫煙・飲酒	原則館内禁煙ですが、ドクターストップ等健康上の問題がなければ、決められた場所でお願いしますので、施設の指示に従っていただきます。
隔離等	伝染性の疾病に罹患、又は罹患の恐れがある場合は、他の入居者等との接触制限のため必要な措置を講じさせていただくことになります。
金銭等の管理	金銭の管理は、原則として入居者又はご家族でお願いしますが、危険性も高いことから施設で現金の出納を管理させていただくことは可能です。その際には管理料を申し受けることになります。
迷惑行為等	<ul style="list-style-type: none">暴力、騒音等他の入居者に迷惑になる行為を行わないでください。むやみに他の居室に立ち入らないでください。再三の注意にも関わらず従っていただかなければ、施設を退去をしてい

	ただくこともありますので注意してください。
宗教・政治活動等	施設内で他の入居者に対し、宗教活動や政治活動、また営利活動を行ってはなりません。
動物飼育	原則として居室内外を問わずペットの持込、飼育はお断りします。

13. 身元引受人

- (1) 契約締結にあたり、身元引受人をお願いすることになります。しかしながら、入所者において、社会通念上、身元引受人を立てることができないと考えられる事情がある場合には、入所契約締結にあたって身元引受人の必要はありません。
- (2) 身元引受人には、これまで最も身近でご利用者のお世話をされてきたご家族に就任していくだけが望ましいと考えておりますが、必ずしも、これらの方に限る趣旨ではあります。
- (3) 身元引受人はご利用者の利用料等の経済的な債務については、ご利用者と連帯してその債務の履行義務を負うことになります。また、こればかりではなく、ご利用者が医療機関に入院する場合や当施設から退所する場合においては、その手続きを円滑に遂行するために必要な事務処理や費用負担などを行ったり、更には当施設と協力、連携して退所後のご利用者の受け入れ先を確保するなどの責任を負うことになります。
- (4) ご利用者が入所中に死亡した場合においては、そのご遺体や残留品（居室内に残る日常生活品や身の回り品等）の引取り等の処理についても身元引受人がその責任で行う必要があります。
- (5) 身元引受人が死亡又は破産宣告を受けた場合には、事業者はあらたな身元引受人を立てていくために、ご利用者にご協力ををお願いする場合があります。
- (6) 家族以外の身元引受人であっても、利用料金の変更、施設サービス計画の変更等についてご通知させていただきます。

14. 損害賠償について

- (1) 施設の責任により入居者に生じた損害については、施設は速やかにその損害を賠償いたします。
また、守秘義務に違反した場合も同様とします。ただし、その損害の発生について、入居者側に故意又は過失が認められる場合には、入居者の置かれた心身の状況を斟酌して相当と認められる場合には、事業者の損害賠償責任を減じる場合があります。
- (2) 事業所は、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 ご利用者（その家族も含む）が、契約締結に際し、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ったことにもっぱら起因して損害が発生した場合
 - ② ご利用者（その家族も含む）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っぱら起因して損害が発生した場合
 - ③ ご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 ご利用者が、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っぱら起因して損害が発生した場合
 - ⑤ 当施設は、下記の損害賠償保険に加入しています。

保険会社	あいおいニッセイ同和損害保険株式会社
保険名	賠償責任保険

15. 相談・苦情窓口

(1) 苦情受付体制の整備

事業所は、サービスの提供に係る利用者及び家族からの苦情に適切に対応するため、苦情解決責任者及び苦情受付担当者を配置するとともに、苦情解決にあたり社会性及び客觀性を確保するため第三者委員を設置し、苦情解決の体制を整備しています。

①当施設における苦情解決責任者

苦情解決責任者	施設長 佐藤 昌夫
受付時間	毎週月曜日から金曜日（午前8時30分から午後5時30分） 1月1日から3日を除く

②当施設における苦情受付担当者

苦情受付担当者	部長 今井桂子 相談員 大切由里
受付時間	毎週月曜日から金曜日（午前8時30分から午後5時30分） 1月1日から3日を除く

③行政機関その他苦情受付機関

豊岡市健康福祉部 社会福祉課	所在地 豊岡市立野町 12 番 12 号 月曜日から金曜日 午前8時30分から午後5時15分 (国民の祝日、12月29日から1月3日を除く) Tel 0796(24)7033 Fax 0796(24)4516
兵庫県福祉サービス運営 適正化委員会	所在地 神戸市中央区坂口通 2-1-1 兵庫県福祉センター内 月曜日から金曜日 午前10時から午後4時 (国民の祝日、12月29日から1月3日を除く) Tel 078(242)6868 Fax 078(271)1709

④第三者委員

苦情解決にあたり、社会性及び客觀性を確保するとともにサービス利用者の立場や状況に配慮した適切な対応を図るために、第三者委員を設置しています。連絡先は以下のとおりです。

谷垣 英夫（元評議員）	住所 〒669-6101 豊岡市城崎町湯島 662 Tel 0796-32-3312
守山 道子（現評議員）	住所 〒668-0043 豊岡市桜町 23-15 Tel 0796-23-5175

(2) 苦情受付方法

- 苦情は、面接・電話・書面・電子メールなど、利用者が選びやすい方法で隨時受け付けます。
- 施設内に「意見箱」などを設置し、匿名でも意見や苦情が伝えられる仕組みを設けます。

(3) 苦情への対応

- 苦情申し出がなされた場合、受付は苦情受付担当者が対応します。また、第三者委員へ直接申し出ることもできます。（第三者委員の助言・立ち合いを希望される場合は申し出てください。）
- 苦情受付担当者は、受付した苦情内容を苦情解決責任者及び第三者委員へ報告します。
- 苦情解決責任者は、速やかな苦情解決に向け、迅速に事実関係の調査を行います。
- 事実関係の調査結果に基づき苦情受付担当者と苦情解決責任者で対応策の協議を行います。
- 苦情解決責任者は、苦情申出人との話し合いによる解決に努めます。
- 苦情申出者に対しては、苦情解決責任者がその経過及び結果を説明します。

(4) 記録と保存

苦情の内容、対応状況、結果については「苦情処理記録」として文書に記録し、5年間保管します。

(5) 再発防止とサービス向上

苦情の内容を分析し、職員への教育・研修に活用することで、サービスの質の向上と苦情の再発防止に努めます。

16. プライバシーの保護

- (1) 施設は、正当な理由なくその業務上知り得たご利用者及びご家族、ご利用者代理人等の秘密を漏らしません。
- (2) 施設の従業員であった者は、正当な理由がなくその業務上知り得たご利用者及びご家族、ご利用者代理人等の秘密を漏らしません。
- (3) 施設は、ご利用者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な場合に限り、あらかじめ同意を得た上で、必要な範囲でご利用者又はご家族、ご利用者代理人の個人情報を用います。

17. 実習生の受け入れ

施設では、介護福祉士等の資格取得のための実習生を「実習受け入れマニュアル」に添って受け入れています。

18. 非常災害対象

火災、地震、風水害等に関して、具体的な避難計画を策定し、非常災害に備えて定期的に避難、誘導、救出その他必要な訓練を行います。

19. 重要事項説明書の変更

重要事項に変更が生じた場合は速やかにご利用者やそのご家族に説明し、同意を得たうえでサービスを提供します。

20. サービス提供期間

サービスの提供は、入居契約締結の日から、契約終了日までとします。なお、契約締結の日は予め施設との間で定めた日、実際に入居された日、若しくは居室を確保した日のいずれか最初に訪れた日からとします。また、契約終了日は、予め施設との間で定めた日、入居者、施設のいずれかから契約の解除の申し出があった日、予告期間が満了となった日、又は居室内の私物が全て搬出され現状回復の完了を施設が確認した日のいずれか早く到來した日とします。が実際に入居された日、若しくは居室を確保した日のいずれか最初に訪れた日までとします。

介護認定を受けていない入居者に対しての必要な介護及び介護認定を受けておられる入居者に対しての介護予防特定施設入居者生活介護又は特定施設入居者生活介護の提供に際し、本書面に基づき重要事項の説明を行いました。

説明日時 令和 年 月 日
時 分 ~ 時 分

説明場所 _____

説明者 氏名 _____ 印

私は、本書面に基づいて、施設から重要事項の説明を受け、自立型介護又は特定型介護の提供開始に同意しました。

令和 年 月 日

入居者（契約者）

住 所

氏名 印

私は利用者が事業者から重要事項の説明を受け、自立型介護又は特定型介護の提供開始に同意することについて、私が入居者に代わって署名を代行します。

署名代行者（保証人が署名代行する場合は記入不要）
住 所

氏名 印
(利用者との続柄)

身元引受人

住 所

氏名 印
(利用者との続柄)

顔写真掲載・作品掲示等の意向確認書

【写真使用の場合】

社会福祉法人あまのほの事業や取り組みを紹介するために、ご利用者の映像や写真を使用することがあります。

【作品展示の場合】

書道や手芸等の作品を特養棟、ホーム棟のロビーに展示。または、福祉祭りなどに展示することあります。

上記について

(いずれかに○印をお願いします)

- インターネット上の使用を含めて同意します
- インターネット上以外の使用に同意します
- 同意しません

※その他の理由で使用する場合は、別途お知らせし了解をいただくものとします。

令和　　年　　月　　日

社会福祉法人あまのほ 楽々むら施設長様

【住所】

【ご利用者氏名】

印

【代理人】

印

【身元引受人】

印