

ポートアイランド介護医療院

重要事項説明書

一般財団法人 神戸マリナーズ厚生会

ポートアイランド介護医療院

ポートアイランド介護医療院 重要事項説明書

1. 事業所の概要

名称・法人	一般財団法人 神戸マリナーズ厚生会
事業所名	ポートアイランド介護医療院
所在地	兵庫県神戸市中央区港島中町4丁目6
代表者	切東 喜久夫
管理者名	和田 哲成
電話番号	078-303-6123
FAX 番号	078-303-6226
事業者指定番号	28B5100015

2. 設備の概要

定員	68名		
療養室	個室	7室	1室 (12.76 m ² +15.37 m ²) 看取室(30.74 m ²)
	3人部屋	15室	1室 (23.37 m ² ~24.43 m ²)
	4人部屋	4室	1室 (30.20 m ²)
サービスステーション	2カ所		
食堂談話室 兼 レクリエーションルーム	2室	総面積 40.93 m ² ×2室	
浴室	2室	一般浴と機械浴があります	
ポートアイランド病院と共用	機能訓練室	1室 (7階) 2室 (2階)	
	診察室	1室	2階の外来診察室を使用します
	処置室	1室	2階の外来処置室を使用します
	洗濯室	1カ所	8階にあります
	レントゲン室	2階	一般撮影、CT、MRI があります
	検査室	2階	尿検査、血液検査、生理検査ができます
	薬局	2階	
調理室	1階		
非常災害設備等	自動通報装置連動火災報知器、非常用予備発電装置、消火器など		

3. 介護医療院とは

「医療の必要な要介護者の長期療養・生活施設」として平成30年4月に創設された介護保険施設です。日常的な医学管理やターミナルケア等の機能と生活施設としての機能を兼ね備えた施設です。したがって、入所者様の生活様式に配慮し、長期療養生活を送るのにふさわしいプライバシーの尊重、家族や地域住民との交流が可能となる環境、経管栄養や喀痰吸引等を中心とした日常的・継続的な医学管理や充実したターミナルケア体制が求められています。

4. 当事業所の運営方針

当施設では、長期にわたり療養が必要な要介護状態にある入所者様に対して、施設サービス計画に基づいて、療養上の管理や看護、医学的管理の下における介護及び機能訓練計画、その他必要な医療ならびに日常生活上の世話をを行うことにより、その方がその有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるよう支援を行います。

5. 職員の配置状況

(1) 主な職員の配置状況

職種	配置状況
管理者	1名
医師	1名以上
薬剤師	1名以上
放射線技師	相当数
看護職員	12名以上
介護職員	14名以上
理学療法士 作業療法士 言語聴覚士	相当数
介護支援専門員	1名以上
管理栄養士	1名以上
事務職員	相当数

(2) 主な職種の勤務体制（※土日・祝は上記と異なります）

職種	勤務体制
医師	毎日 9:00 ~ 17:00
薬剤師	毎日 8:30 ~ 17:30
介護支援専門員	毎日 8:30 ~ 17:30
看護職員	標準的な時間帯における配置人員 日中 8:30 ~ 17:30 4~5名 夜間 16:30 ~ 9:30 (夜間は3名体制で看護職員は1名以上)
介護職員	標準的な時間帯における配置人員 日中 8:30 ~ 17:30 3~4名 夜間 16:30 ~ 9:30 (夜間は3名体制で介護職員は1名以上)
理学療法士・作業療法士・言語聴覚士	毎日 8:30 ~ 17:30

(3) 職員の研修体制

職員の資質の向上を図るため、下記のとおり研修を行っています。

- ① 採用時研修 採用後2か月以内
- ② 継続研修 随時
- ③ その他の各種研修 随時

6. サービス内容及び利用料金

(1) 介護保険給付対象サービス

<サービスの内容>

種類	内容
食事	<ul style="list-style-type: none"> ・管理栄養士の立てる献立表により栄養や身体の状態及び嗜好を考慮した食事を提供します。(ただし、食材料費は給付対象外です) ・食事はできるだけ離床して食堂で取っていただけるよう配慮します。 <p>【食事時間】</p> <p>朝食 8:00 ~</p> <p>昼食 12:00 ~</p> <p>夕食 18:00 ~</p>
医療・看護	<ul style="list-style-type: none"> ・病状にあわせた医療・看護を提供します。 ・医師による診察は、週1回行います。 ・それ以外でも必要がある場合には適宜診察します。
排泄	<ul style="list-style-type: none"> ・身体の状態に応じて適切な排泄介助やおむつ交換を行うとともに、排泄の自立についても適切な援助を行います。
入浴	<ul style="list-style-type: none"> ・年間を通じて週2回の入浴または清拭を行います。 ・全介助の方でも機械浴槽を使用して入浴することができます。
機能訓練	<ul style="list-style-type: none"> ・理学療法士、作業療法士、言語聴覚士により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低下を防止するための訓練を実施します。
健康管理	<ul style="list-style-type: none"> ・医師や看護職員が健康管理を行います。
その他	<ul style="list-style-type: none"> ・生活機能低下の防止のため、できる限り離床に配慮します。 ・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。

<サービス利用料金>

介護保険給付対象サービスを利用する場合は、1日あたり下記の自己負担額をお支払いいただきます。

(多床室)

(従来型個室)

(単位：円)

サービス費	10割負担	1割負担	2割負担	3割負担
要介護1	8,484	848	1,696	2,545
要介護2	9,633	963	1,926	2,889
要介護3	12,099	1,209	2,419	3,629
要介護4	13,153	1,315	2,630	3,945
要介護5	14,102	1,410	2,820	4,230

サービス費	10割負担	1割負担	2割負担	3割負担
要介護1	7,314	731	1,462	2,194
要介護2	8,474	847	1,694	2,542
要介護3	10,951	1,095	2,190	3,285
要介護4	11,994	1,199	2,398	3,598
要介護5	12,943	1,294	2,588	3,882

※自己負担額は介護保険利用者負担額で異なります。負担割合証にてご確認ください。

※サービス利用に係る自己負担額(月額)が、それぞれ第1段階の利用者は15,000円、第2段階の利用者は15,000円、第3段階の利用は24,600円、第4段階以上の利用者は44,400円を超えた分については、高額介護サービス費として払い戻し手続きがあります。

※日常的な医療とは別に必要となった特別な医療については、医療保険の対象となりますので、医療保険における自己負担額をお支払いいただきます。

(2) 加算について

種類	内容		基本単位	利用料金
初期加算	入所した当初には、施設での生活に慣れるために様々な支援を必要とすることから算定します。		30 単位／日 (入所日から 30 日間)	316 円／日
初期入所診療 管理	入所の際に医師・看護師・その他必要に応じた関係職種が共同して診療計画を策定し、本人又は家族の方へ説明をします。		250 単位／ 回(入所中に1 回)	2,635 円／ 回
安全対策体制 加算	外部の研修を受けた担当者が配置され、施設内に安全対策部門を設置し、組織的に安全対策を実施する体制が整備されている場合に算定します。		20 単位／回 (入所時に 1 回)	210 円／回
夜間勤務等看 護加算	夜勤の看護職員又は介護職員の配置は 20 対 1 以上かつ看護職員を 1 人以上配置しています。		7 単位／日	73 円／日
感染対策指導 管理	感染対策委員会を設置し、施設全体として感染対策を行っています。		6 単位／日	63 円／日
高齢者施設 等感染対策 向上加算	電子情報処理組織を使用する方法により、利用者様に介護医療院サービスを行った場合に算定します。	(I) (II)	10 単位／月 5 単位／月	105 円／月 52 円／月
新興感染症 等施設療養 費	感染症に感染した場合に相談対応、診察、入院調整等を行う医療機関を確保し、かつ、当該感染症に感染した入所者対し、適切な感染対策を行った上で、介護医療院サービスを行った場合に算定します。		240 単位／ 日(連続する 5 日まで)	2,529 円／ 月
褥瘡対策指導 管理	専任の医師・看護師から構成された褥瘡対策チームを設置し、褥瘡対策を行っています。	(I) (II)	6 単位／日 10 単位／日	63 円／日 105 円／日
療養食加算	医師の指示箋に基づく療養食を提供した場合に算定します。		6 単位／食	63 円／日
機能訓練	専門職による機能訓練を入所者様の状態に合わせて行います。	理学療法(I)	123 単位／ 回	1,296 円／ 回
		作業療法	123 単位／ 回	1,296 円／ 回
		言語療法	203 単位／ 回	2,139 円／ 回
短期集中リハ ビリテーショ ン加算	医師又は医師の指示を受けた理学療法士、作業療法士、言語聴覚士が入所した日から 3 ヶ月以内の期間に集中的にリハビリを行った場合に算定します。		240 単位／ 日	2,529 円／ 日
認知症短期集 中リハビリテ ーション加算	認知症であると医師が判断し、リハビリテーションによって生活機能の改善が見込まれると判断される方へ医師又は医師の指示を受けた理学療法士、作業療法士、言語聴覚士が入所した日から 3 ヶ月以内の期間に集中的にリハビリを行った場合に算定します。		240 単位／ 回(週に 3 日を 限度)	2,529 円／ 回

理学療法作業療法又は言語聴覚療法に係る加算	医師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士等が共同し、リハビリテーション実施計画を入所者またはその家族等に説明します。入所者ごとの実施計画の内容等の情報を厚生労働省に提出し、当該情報その他リハビリテーションの適切かつ有効な実施のために必要な情報を活用した場合に算定します。		33 単位／月	347 円／月
介護職員処遇改善加算 (Ⅲ)	介護職員の処遇改善を目的に、基準に適合している施設が入所者様に対しサービスを行った場合に算定します。		(施設サービス費+加算)の 3.6% 1月につき	
医学情報提供料	退所に際して入所者様の同意を得て、他の医療機関で入院治療の必要性を認め診療状況を示す文書を添えて紹介を行った場合に算定します。	病院へ紹介	220 単位／回	2,318 円／回
		診療所へ紹介	290 単位／回	3,056 円／回
重度療養管理	重度療養管理が必要な要介護 4 又は 5 に該当する入所者様に計画的な医学的管理を継続して行い、必要な処置を行った場合に算定します。		125 単位／日	1,317 円／日
重症皮膚潰瘍管理	施設基準適合し、Shea の分類Ⅲ度以上の皮膚潰瘍の入所者様に計画的な医学管理を行い療養上必要な指導を行った場合に算定します。		18 単位／日	189 円／日
排泄支援加算	排泄に介護を要し、要介護状態の軽減が見込まれると医師又は医師と連携した看護師が判断し、それに基づいた支援計画を作成し、支援を継続して実施した場合に算定します。	(Ⅰ)	10 単位／月	105 円／月
		(Ⅱ)	15 単位／月	158 円／月
		(Ⅲ)	20 単位／月	210 円／月
緊急時施設診療費	救命救急医療が必要となる場合において緊急的な治療管理を行います。		518 単位／日 (連続する3日間)	5,459 円／日
他科受診時費用	他の病院・診療所を受診した場合に施設サービス費に代えて算定します。		362 単位／日 (月に4日まで)	3,815 円／日
外泊時費用	居宅への外泊の場合、施設サービス費に代えて算定します。但し、外泊初日・最終日は所定単価にて算定します。		362 単位／日 (月に6日まで)	3,815 円／日

退所前訪問指導加算	退所前に居宅に訪問し、退所後の療養上の指導を行った場合に算定します。		460 単位／回 (1 人つき 1 回)	4,848 円／回
退所時情報提供加算	退所後の主治医に対し、同意の上情報提供を行った場合に算定します。	(I) (II)	500 単位／日 250 単位／日 (1 人つき 1 回)	5,270 円／回 2,635 円／回
退所時栄養情報連携加算	介護医療院から退所する際に、病院又は診療所、ほかの介護保険施設に対して管理栄養士が栄養管理に関する情報を提供した時に算定します。		70 単位／月 月に 1 回まで	737 円／月
協力医療機関連携加算	協力医療機関との間で、入所者様の病歴等を共有する会議を定期的に行っている場合に算定します。(人員、施設並びに運営に関する基準を満たしている場合)		50 単位／月 上記以外 5 単位／月	527 円／月 52 円／月
訪問看護指示加算	退所時に医師が訪問看護の利用が必要であると認め、入所者の同意を得て訪問看護指示書を交付した場合に算定します。		300 単位／回(1 につき 1 回)	3,162 円／回
摂食機能療法	摂食機能に障害の入所者様に対して、30 分以上の嚥下訓練を行った場合に算定します。		208 単位／回(月に 4 回を限度)	2,192 円／回
経口移行加算	経管栄養の入所者様に経口摂取を進める為に医師の指示に基づく栄養管理を行った場合に算定します。		28 単位／日	295 円／日
経口維持加算	摂食機能障害を有し誤嚥が認められる入所者様が経口による食事摂取を維持できた場合に算定します。	(I)	400 単位／月(6 カ月を限度)	4,216 円／月
		(II)	100 単位／月(6 カ月を限度)	1,054 円／月
栄養マネジメント強化加算	低栄養状態のリスクが高い入所者様に対し、栄養ケア計画に従い、食事の観察を週 3 回以上行い、入所者ごとの栄養状態、嗜好等を踏まえた食事の調整等を実施。入所者ごとの栄養状態等の情報を厚生労働省に提出し、当該情報その他継続的な栄養管理の適切かつ有効な実施のために必要な情報を活用した場合に算定します。		11 単位／日	115 円／日

再入所時栄養連携加算	当院から他院又は診療所に入院した場合であって、退院した後に再度入所する際に栄養ケアに関する計画を作成した場合に算定します。		200 単位／回	2,108 円／回
口腔衛生管理加算 (I) (II)	歯科医師の指示を受けた歯科衛生士が口腔ケアを月 2 回以上行った場合に加算します。	(I) (II)	90 単位／月 110 単位／月	948 円／月 1,159 円／月
若年性認知症入所者受入加算	受け入れた若年性認知症入所者様ごとに個別に担当者を定め、その者を中心に、当該入所者様の特性やニーズに応じたサービスを行った場合に算定します。		120 単位／日	1,264 円／日
認知症専門ケア加算 (I) (II)	専門的な研修を修了した者が認知症の入所者様に対する専門的なケアを行います。認知症に関する研修計画を作成し実施した場合に加算します。	(I) (II)	3 単位／日 4 単位／日	31 円／日 42 円／日
認知症チームケア推進加算	電子情報処理組織を使用する様式により届出を行い、認知症の行動・心理症状の予防等に資するチームケアを提供した場合に算定します。	(I) (II)	150 単位／月 120 単位／月	1,581 円／月 1,264 円／月
長期療養生活移行加算	療養病床に 1 年間以上入院していた入所者様の入所にあたり、入所者様と家族等に生活施設としての取組について説明を行い、地域住民等との交流が可能となるよう、地域の行事や活動等に積極的に関与した場合に算定します。		60 単位／日 (入所日から 90 日間)	632 円／日
薬剤管理加算	入所者の服薬情報等を厚生労働省に提出し、処方にあたって、当該情報その他薬物療法の適切かつ有効な実施のために必要な情報を活用した場合に算定します。		20 単位／月	210 円／月
科学的介護推進指導体制加算 (I) (II)	入所者ごとの、ADL 値、栄養状態、口腔機能、認知症の状況その他の入所者の心身の状況等の基本的な情報、疾病の状況や服薬情報等の情報を、厚生労働省に提出し、必要に応じてサービス計画を見直すなど、上記の情報その他サービスを適切かつ有効に提供するために必要な情報を活用した場合に算定します。		40 単位／月 60 単位／月	421 円／月 632 円／月
生産性向上推進体制加算 (I) (II)	電子情報処理組織を使用する方法により、入所者様に対して介護医療院サービスを行った場合に算定します。		100 単位／月 10 単位／月	1,054 円／月 105 円／月
自立支援促進加算	医師が入所者ごとに、自立支援のために特に必要な医学的評価を入所時に行うとともに、定期的に医学的評価の見直しを行い、自立支援に係る支援計画等の策定等に参加する。医学的評価の結果、特に自立支援のための対応が必要		280 単位／月	2,951 円／月

	であるとされた人毎に、医師、看護師、介護職員、介護支援専門員、その他の職種の人が共同して、自立支援の支援計画を策定し、支援計画に従ったケアを実施する。医学的評価に基づき、少なくとも三月に一回、入所者ごとに支援計画を見直す。医学的評価の結果等を厚生労働省に提出し、当該情報その他自立支援促進の適切かつ有効な実施のために必要な情報を活用する。		
--	---	--	--

減算について

種類	内容	基本単位	利用料金
療養環境基準（廊下）	介護医療院の療養室に隣接する廊下幅が、内法による測定で壁から測定して、1.8メートル未満である場合に算定します。	-25 単位／日	-263 円／日

(3) 介護保険給付対象外サービス

以下のサービスは利用料金の全額が利用者の負担となります。

種類	内容	利用料金
※居住費	光熱水費相当 室料+光熱水費相当 外泊・入院時に居室を確保しておく場合、居住費を頂くこととなります。	多床室 0～437 円／1 日 個室 550 円～1,728 円／1 日
※食費	食材費+調理費相当分 おやつ	300 円～1,445 円／1 日 100 円／1 日
病衣	ご希望される方には貸与いたします。	ネマキ 70 円／1 日 パジャマ 140 円／1 日
日用品セット	バスタオル、フェイスタオル、箸、スプーン、フォーク、食事用エプロン、蓋付きコップ、ストロー、楽のみ、ボックスティッシュ、歯ブラシ、スポンジブラシ、歯磨き粉、口腔ケアジェル、入れ歯ケース、入れ歯洗浄剤、爪切り、シャンプー、リンス、ボディソープ	440 円／1 日 ※必要に応じ提供
洗濯代	ご希望により外部に委託	～6,600 円／1 ヶ月（税込み）
予防接種	インフルエンザワクチン 肺炎球菌ワクチン等	予防接種法に基づき、地方自治体が定めた額
各種診断料	生命保険診断書・死亡診断書等	
理美容	理容師の出張により理髪サービスをご利用いただきます。	1,980 円～4,290 円／1 回
レクリエーション	季節の行事や月に一度お誕生日会などを行います。	

※居住費・食費については、下記表の負担限度額段階で1カ月に負担する上限額と、1日に負担する居住費・食費が設定されています。ご本人の住所地の市町村役所（介護保険課）に申請をして「介護保険負担限度額認定証」を受け、施設へ提示してください。補足給付（「特定入所者介護サービス費」として介護保険からの給付）を受けることができます。ただし、介護保険滞納者には該当いたしませんのでご注意ください。

利用者の所得段階		第1段階	第2段階	第3段階	第4段階
居住費	多床室	0円	430円	430円	437円
	従来型個室	550円	550円	1,370円	1,728円
食費		300円	390円	650円	1,445円
1カ月の上限金額		15,000円	15,000円 24,600円	44,400円	93,000円

- ・利用者負担第1段階 生活保護を受給されている方
- ・利用者負担第2段階 世帯全員が市民税非課税の方
- ・利用者負担第2段階 本人の公的年金等の収入金額とその他合計所得金額の合計が80万円以下の方、老齢福祉年金を受給されている方
- ・利用者負担第3段階 世帯に市民税課税の方がおり、世帯の中で最も所得が高い第一号被保険者の課税所得が380万円未満（年収が約770万円未満）の方

(4) 利用料金の支払い

入所費等は月末締めで1カ月毎に請求します。

毎月末日までに窓口支払、振込または引き落としとなります。

※2カ月入金確認ができなかった場合は退所措置となりうることもご了承ください。

※保険料の滞納などにより、市町村から保険給付金が支払われない場合は、一旦利用料金（10割）を頂き、サービス提供証明書を発行します。

サービス提供証明書を後日市町村等の窓口に提出しますと、全額払い戻しを受けることができます。

7. 協力医療機関

医療機関名称	一般財団法人 神戸マリナーズ厚生会 ポートアイランド病院
所在地	兵庫県神戸市中央区港島中町4-6
診療科目	内科、外科、整形外科、脳神経外科、皮膚科、泌尿器科、循環器内科、消化器内科、放射線科、リハビリテーション科、小児神経内科、糖尿病内科、心療内科、人工透析内科

医療機関名称	一般財団法人 神戸マリナーズ厚生会 マリナーズ厚生会病院
所在地	兵庫県神戸市中山手通7-3-18
診療科目	内科、外科、整形外科、脳神経外科、婦人科、泌尿器科、循環器内科、消化器内科、放射線科、リハビリテーション科、消化器外科、肛門外科、麻酔科、救急科、呼吸器内科

8. 協力歯科医療機関

医療機関名称	神戸デンタルクリニック
所在地	兵庫県神戸市中央区磯上通8-1-23 神戸阪急ウイング館5F
診療科目	一般歯科、矯正歯科、小児歯科

9. 施設利用にあたっての留意事項

面会時間	面会時間 午後2時～午後7時まで 来訪者は必ずその都度面会者名簿にご記入ください。
外出・外泊	外出、外泊される場合は事前に身元引受人よりお申し出ください。
居室、設備、器具の利用	施設内の療養室や設備、器具は本来の用法に従ってご利用ください。これに反したご利用により破損等が生じた場合、弁償していただくことがあります。
喫煙	施設敷地内は禁煙です。
迷惑行為等	騒音等他の利用者の迷惑になる行為はご遠慮願います。
金銭・貴重品の管理	金銭・貴重品の持ち込みは原則お断りいたします。
所持品の持ち込み	必要以上の物品の持ち込みはお断りいたします。持ち込まれた物品に関しては、私物管理表にご記入ください。
宗教活動（販売）	宗教活動や勧誘・販売等は固くお断りいたします。
その他	防犯や入所者様の安全のために、各階フロア廊下や出入り口にモニターカメラを設置しています。

10. 事故発生時の対応

- (1) 当事業所は、入所者様に対するサービスの提供により事故が発生した場合には、速やかに市町村、入所者様の家族等に連絡を行うとともに、必要な措置を行います。
- (2) 事故の状況及び事故に際してとった処置について記録を行い、事故の原因を解明し再発を防ぐために対策を講じます。
- (3) 当事業所は、サービスの提供に伴って、事業所の責めに帰すべき事由により賠償すべき事故が発生した場合には、速やかに損害賠償を行います。

11. 災害対応について

当事業所では常日頃から避難訓練の実施や備蓄品の充足化を進め、不足の事態に備えています。

12. 個人情報の取扱い

- (1) 当事業所は個人情報保護法に基づき、入所者様の個人情報を適切に取り扱います。つきましては、掲示、説明した個人情報に関する内容について同意を頂きます。
- (2) 入所者様個々の希望による個人情報の使用範囲、およびプライバシーに関する希望にも出来る限り対応します。

13. 相談窓口・苦情対応

- (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。

一般財団法人 神戸マリナーズ厚生会 ポートアイランド介護医療院 担当者 看護部長室	電話番号 078-303-6123
	FAX 番号 078-303-6226
	対応時間 月～日曜日 8:30～17:30

一般財団法人	電話番号 078-303-6123
神戸マリナーズ厚生会	FAX 番号 078-303-6226
ポートアイランド介護医療院	対応時間 月～金曜日 8:30～16:45
担当者 事務長 地域連携室	土曜日 8:30～12:15

(2) 公的機関においても苦情の申立てができます。

■神戸市福祉局 監査指導部

TEL 078-322-6242 (平日 8 時 45 分～12 時、13 時～17 時 30 分)

■兵庫県国民健康保険団体連合会 介護サービス苦情相談窓口

TEL 078-332-5617 平日 (月曜日～金曜日) 8 時 45 分～17 時 15 分

■神戸市消費生活センター (契約についてのご相談)

TEL 078-371-1221 (平日 9 時 00 分～17 時 00 分)

■監査指導部 高齢者虐待相談専用ダイヤル

TEL 078-322-6774

14. 虐待防止措置について

当施設において、入所者様の人権の擁護及び虐待の防止のため、次に掲げるとおり必要な措置を講じます。

(1) 虐待防止に関する責任者を選任しています。

■ 責任者職・氏名 : 施設長 和田哲成

(2) 成年後見制度の利用支援を行っています。

(3) 苦情解決体制を整備しております。

(4) 職員に対して、人権の擁護及び虐待防止を啓発・普及するための研修を実施しています。

ポートアイランド介護医療院

重要事項説明及びサービス内容説明における同意書

西暦 年 月 日

介護医療院契約の締結にあたり、上記により重要事項を説明しました。

事業所 所在地 兵庫県神戸市中央区港島中町4丁目6
事業所名 ポートアイランド介護医療院

説明者 _____ 印

ポートアイランド介護医療院
管理者 和田 哲成 様

上記の内容について説明を受け、同意いたします

利用者

住 所 _____

電話番号 _____

氏 名 _____ 印

身元引受人

住 所 _____

氏 名 _____ 印

代理人（選任した場合）

住 所 _____

氏 名 _____ 印

※代理人選任の理由：手が不自由 認知症 その他（ ）