

「ユニット型指定（介護予防）短期入所生活介護施設 いなさ愛光園（ユニット型）」  
重要事項説明書

当施設は介護保険の指定を受けています。  
(事業者番号 第 2278100066 号)

当施設はご利用者に対し指定短期入所生活介護サービス・指定介護予防短期入所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、利用上ご注意くださいことを次の通り説明します。

**1. 施設経営法人**

- (1) 法人名 社会福祉法人 聖隷福祉事業団
- (2) 法人所在地 静岡県浜松市中央区元城町 218 番 26 号
- (3) 電話番号及び FAX 番号 (電話) 053-413-3300 (FAX) 053-413-3314
- (4) 代表者氏名 理事長 青木 善治
- (5) 設立年月日 1952 年 5 月 17 日
- (6) ホームページアドレス <http://www.seirei.or.jp/hq/>

**2. ご利用施設の概要**

- (1) 建物の構造 鉄骨鉄筋コンクリート造 地上 1 階
- (2) 建物の延べ床面積 4735.93 m<sup>2</sup>
- (3) 併設事業

事業の種類	利用定員
介護老人福祉施設（ユニット型）	40 名
- (4) 施設の周辺環境  
緑に囲まれた自然環境
- (5) 第三者評価の実施

実施の有無	有
実施年月日	2016 年 11 月 25 日
機関名称	静岡県社会福祉士会
評価結果の開示状況	有

### 3. ご利用施設

- (1) 施設の種類 ユニット型指定短期入所生活介護施設 平成12年4月1日指定
- (2) 施設の目的 ユニット型指定短期入所生活介護施設は、介護保険法令に従い、ご利用者が、その有する能力に応じ可能な限り自立した日常生活を営むことができるように支援することを目的として、ご利用者に、日常生活を営むため必要な居室及び共用施設等をご利用いただき、短期入所生活介護サービスを提供します。
- (3) 施設の名称 いなさ愛光園（ユニット型）
- (4) 施設の所在地 静岡県浜松市浜名区引佐町東黒田 37-2  
(交通機関) 遠鉄バス奥山線「井伊谷」バス停下車 車にて約15分
- (5) 連絡先 電話番号 053-544-0781  
FAX 番号 053-544-0888  
E-mail aikoen-inasa@sis.seirei.or.jp
- (6) 施設長（管理者）氏名 上野 拓朗
- (7) 当施設の基本理念 利用者の尊厳保持を援助の基本に据え、一人ひとりの利用者・家族の思いに応えられるケアを実践する。
- (8) 開設年月 1997年4月1日
- (9) 利用定員 20名

### 4. 短期入所生活介護利用対象者

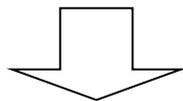
- (1) 当施設を利用できるのは、原則として介護保険制度における要介護認定の結果、「要支援・要介護」と認定された方が対象となります。
- (2) 利用契約の締結前に、事業者から感染症等に関する健康診断を受け、その診断書の提出をお願いする場合があります。このような場合には、ご利用者は、これにご協力下さるようお願いいたします。

### 5. ご利用同意からサービス提供までの流れ

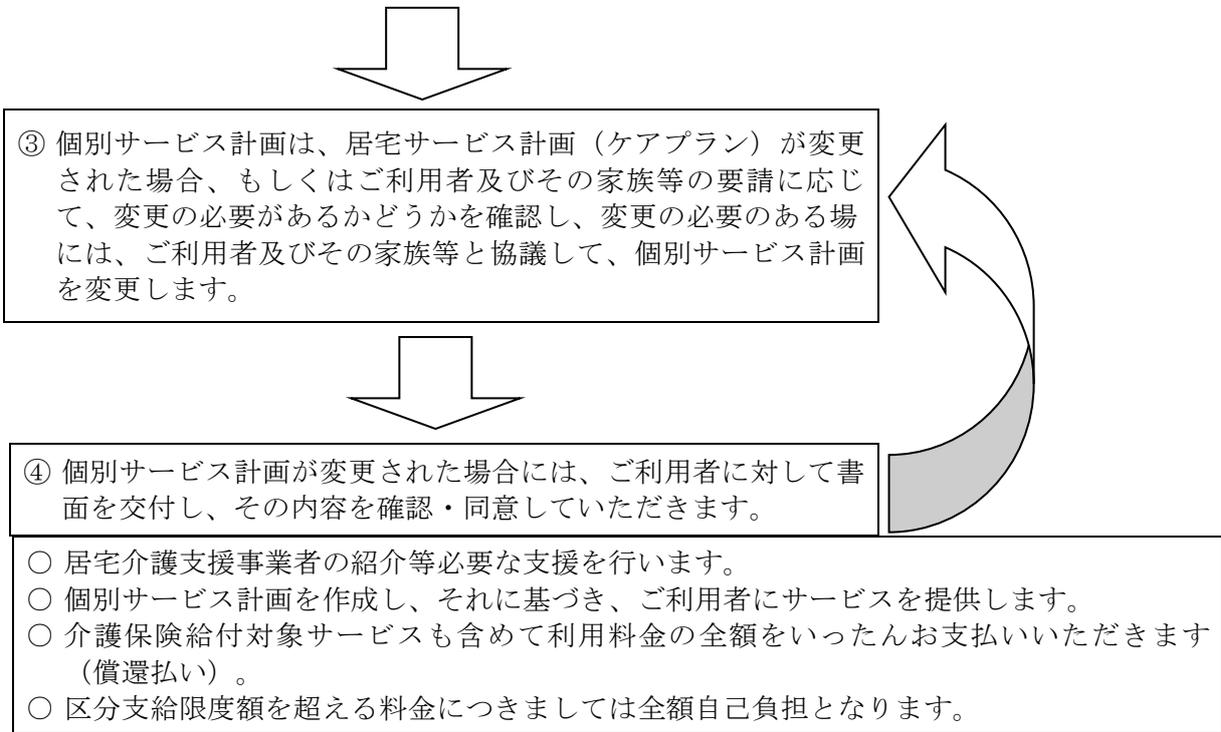
- (1) ご利用者に対する具体的なサービス内容やサービス提供方針については「居宅サービス計画（ケアプラン）」がある場合はその内容を踏まえ、ご利用同意後に作成する「短期入所生活介護計画（以下「個別サービス計画」という）」で定めます。ご利用同意からサービス提供までの流れは次のとおりです。

「個別サービス計画」の作成及びその変更は次の通り行います。

① 施設職員が個別サービス計画の原案作成やそのために必要な調査等の業務を行います。

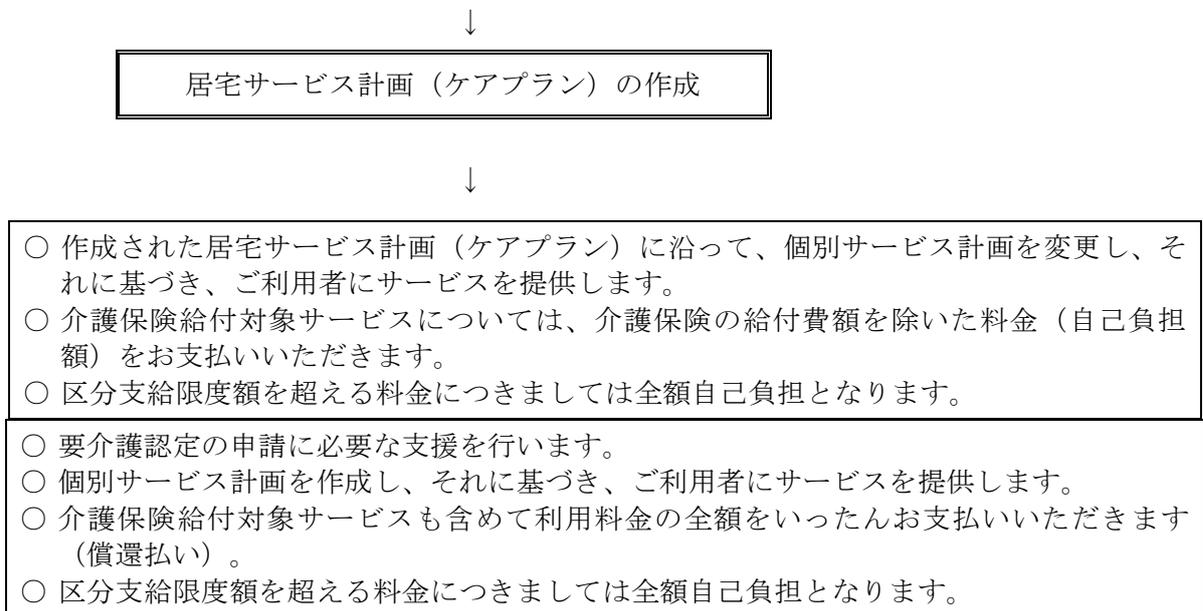


② 施設職員が個別サービス計画の原案について、ご利用者及びその家族等に対して説明し、同意を得たうえで決定します。

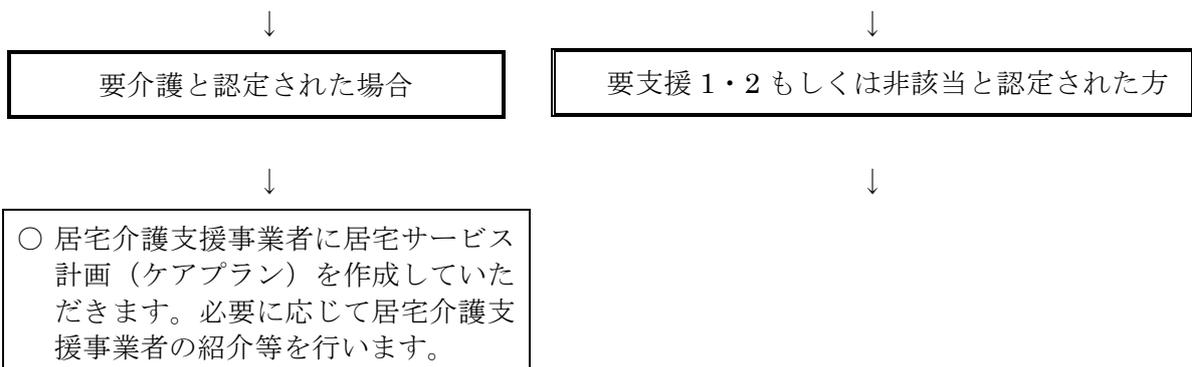


(2) ご利用者に係る「居宅サービス計画（ケアプラン）」が作成されていない場合のサービス提供の流れは次の通りです。

① 要介護認定を受けている場合



② 要介護認定を受けていない場合



↓

<非該当と認定された場合>

介護保険によるご利用は終了となります。  
既に実施されたサービスの利用料金は全額  
自己負担となります。

<要支援1・2と認定された場合>  
下記(3)へ

居宅サービス計画（ケアプラン）の作成

↓

- 作成された居宅サービス計画（ケアプラン）に沿って、個別サービス計画を変更し、それに基づき、ご利用者にサービスを提供します。
- 介護保険給付対象サービスについては、介護保険の給付費額を除いた料金（自己負担額）をお支払いいただきます。
- 区分支給限度額を超える料金につきましては全額自己負担となります。

(3) 介護予防サービスをご利用される場合のサービス提供の流れは次のとおりです。

- ご利用者が、地域包括支援センターから紹介された指定介護予防サービス事業所を選択します。
- ご利用者とは指定介護予防サービス事業所が利用契約を結びます。

↓

地域包括支援センターが介護予防サービス計画を作成します

↓

- 作成された介護予防サービス計画に沿って個別支援サービス計画を作成し、それに基づき、ご利用者にサービスを提供します。
- 介護予防給付対象サービスについては、介護保険の給付費額を除いた料金（自己負担額）をお支払いいただきます。
- 区分支給限度額を超える料金につきましては全額自己負担となります。

## 6. 居室の概要

施設では以下の居室・設備をご用意しています。ご利用される居室は、原則としてご利用者の心身状況等を勘案して施設にて決めさせていただきます。原則として個室をご利用いただきます。

居室・設備の種類	室数	備考
ユニット型個室	20室	16.30㎡～17.27㎡
共同生活室	2室	
浴室・脱衣室	1室	手すりつき浴槽、特殊浴槽、個浴

☆ 居室に関する特記事項

ご利用者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、ご利用者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、ご利用者及びご家族等と協議のうえ決定するものとします。

## 7. 職員の配置状況

当施設では、ご利用者に対して指定短期入所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います。

〈主な職員の配置状況〉 指定基準を遵守しています。

職 種	人数	指定基準
1. 施設長（管理者）	1名	1名
2. 介護職員	6名以上	6名
3. 看護職員	1名	1名
4. 機能訓練指導員	1名	1名
5. 生活相談員	1名	1名
6. 医師	1名	1名
7. 管理栄養士（栄養士）	1名	1名
8. 調理員	適当数	
9. 事務員	1名	

〈主な職種の勤務体制〉 ※土日は下記と異なります。

職 種	勤 務 体 制
1. 医師	内 科 毎 週 金 曜 日 14:00 ~ 16:00 (上記以外の時間も、24時間体制で連絡を受け、対応を行っています。)
2. 介護職員	標準的な時間帯における最低配置人員 早番： 7:00 ~ 15:30 2名 日勤： 10:00 ~ 18:30 1名 遅番： 12:30 ~ 21:00 1名 13:30 ~ 22:00 1名 夜勤： 22:00 ~ 7:00 1名
3. 看護職員	標準的な時間帯における最低配置人員 日勤： 8:30 ~ 17:00 1名 (上記以外の時間も、24時間体制で連絡を受け、対応を行っています。)
4. 機能訓練指導員	日勤： 8:30 ~ 17:00

〈配置職員の主な職務内容〉

施設長(管理者)	施設の責任者としてその管理を統括します
介 護 職 員	ご利用者の日常生活上のお世話を行います
看 護 職 員	ご利用者の健康管理や療養上のお世話を行います
機能訓練指導員	ご利用者の機能訓練を担当します
生 活 相 談 員	ご利用者の日常生活上の相談・助言を行います
医 師	ご利用者の健康管理及び療養上の指導を行います
管 理 栄 養 士	ご利用者の健康管理を栄養面から行います
事 務 員	施設の労務管理・経理等を行います

## 8. 当施設が提供するサービスと利用料金

当施設では、ご利用者に対して以下のサービスを提供します。

- (1) 利用料金が介護保険から給付されるサービス
- (2) 利用料金の全額をご利用者に負担いただくサービス

利用者負担額改定の際は、別紙にて説明をさせていただき、ご署名・ご捺印をもって同意にかえさせていただきます。

### (1) 介護保険の給付対象となるサービス <サービスの概要>

以下のサービスについては、利用料金から、介護保険給付額が差し引かれます。

#### <サービス利用料金（1日あたり）>

（別紙 1-1・1-2 参照）

##### ①食事

当施設では、栄養士（管理栄養士）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、離床して共同生活室にて食事を摂っていただくことを原則としています。

（食事時間）	朝食： 8：00 ～ 9：00
	昼食： 12：00 ～ 13：00
	夕食： 18：00 ～ 19：00

##### ②入浴

ご利用者の状態に合わせて入浴または清拭を週 2 回行います。寝たきりでも特殊浴槽を使用して入浴することができます。

##### ③排泄

排泄の自立を促すため、ご利用者の身体能力を最大限活用した援助を行います。

##### ④機能訓練

機能訓練指導員の指導を受け、看護職員と介護職員により、ご利用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。

##### ⑤送迎

当施設の実施地域の方で、送迎を希望された場合は入退居の送迎を行います。通常の実施地域を超える場合には片道 30 分を目安とさせていただきます。

##### ⑥健康管理

医師や看護職員が健康管理を行います。

##### ⑦相談及び援助

当施設は、ご利用者及びそのご家族からのいかなる相談についても誠意を持って応じ、可能な限り、必要な援助を行うように努めます。

## ⑧その他自立への支援

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、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援助します。

## (2) 介護保険の給付対象とならないサービス

以下のサービスは、利用料金の全額がご利用者の負担となります。

<サービスの概要と利用料金>

### ① 食費・居住費

(別紙 2-1 参照)

### ② 特別な食事

- ・ご利用者のご希望や必要に応じて、特別な食事を提供した場合（おやつ、栄養補助食品を含みます）。

### ③ 理美容（実費負担）

- ・理容師及び美容師の出張サービスをご利用いただけます。ただし、独居の方などでご家族の協力が困難な場合に限りです。

### ④ レクリエーション・クラブ活動（実費負担）

(別紙 2-2 参照)

- ・ご利用者の希望により、レクリエーションやクラブ活動に参加していただけます。

### ⑤ タオル・おしぼり

(別紙 2-2 参照)

- ・原則として、食事介助、入浴介助、排泄介助等に使用するタオル・おしぼりにつきましては、施設の提供する物品をご利用いただきます。

### ⑥ 日常生活諸費（実費負担）

- ・おむつ代は介護保険給付対象となっていますので施設が用意したものをご利用いただく場合、費用はかかりません。

### ⑦ 複写物の交付

(別紙 2-2 参照)

- ・ご希望によりサービス提供に関する記録やその他の複写物を交付します。

### ⑧ 支払証明書の発行

(別紙 2-2 参照)

- ・ご希望により、支払証明書を発行いたします。

### ⑨ ご利用者の移送に係る費用

(別紙 2-2 参照)

- ・旧引佐郡（引佐町・細江町・三ケ日町・神宮寺町）を超える送迎を実施した場合。

### (3) 利用料金のお支払い方法

前記 (1) (2) の料金・費用は、1 か月ごとに計算し、ご請求しますので、翌月末日までに以下のいずれかの方法でお支払い下さい。(1 か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。)

ア. 口座（遠州信用金庫・郵便局）からの自動引落とし →	翌月 20 日
口座（株）アプラスからの自動引落とし →	翌月 27 日
(引落とし手続きは事務所までお申し込みください)	
イ. 下記指定口座への振り込み →	翌月末日まで
遠州信用金庫    引佐支店    普通預金    1039729	
口座名義        社会福祉法人 聖隷福祉事業団    いなさ愛光園	
施設長 上野 拓朗	
ウ. 現金でのお支払い	

## 9. サービス利用中の医療の提供について

緊急の医療を必要とする場合は、ご利用者の希望により、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（ただし、下記医療機関での優先的な診療・入院治療を保証するものではありません。また下記医療機関での診療・入院治療を義務づけるものでもありません）。

発熱等の体調不良時にはご家族に連絡をさせていただき、受診する場合にはご家族にて対応をお願いいたします。

### ① 嘱託医

名 称	浜松市引佐鎮玉診療所
所在地	浜松市浜名区引佐町別所 219-5
医師名	柿澤弘康
診療科	内科

### ② 協力医療機関

名 称	聖隷三方原病院
所在地	浜松市中央区三方原町 3453
診療科	内科、外科、整形外科、脳神経外科、精神科等

### ③ 協力歯科医療機関

名 称	すずき歯科クリニック
所在地	浜松市浜名区引佐町黒淵 126-1

## 10. サービス利用の中止、変更、追加

- 利用予定日の前に、ご利用者の都合により、サービスの利用を中止または変更、もしくは新たなサービスの利用を追加することができます。この場合、利用予定日の7日前までに事業者に出して下さい。
- ご利用者の都合により、サービスの利用を中止または変更をされた場合、キャンセル料として下記の料金をお支払いいただく場合があります(最長3日分)。ただしご利用者の通院や体調不良等の正当な事由がある場合には、この限りではありません。

居宅サービス計画（ケアプラン）に添った利用予定日の7日前の17時までに申し出があった場合	無料
居宅サービス計画（ケアプラン）に添った利用予定日の6日～3日前の17時までに申し出があった場合	当日のサービス利用料金の50%
上記以降に、申し出があった場合	当日のサービス利用料金の全額

※短期入所滞在期間の欠食算定は原則として、入居日前日以前にお申し出があった場合か、あらかじめ居宅サービス計画（ケアプラン）に記載された場合に行います。

## 11. サービスの終了に伴う援助

サービスが終了する場合には、事業者はご利用者の心身の状況、置かれている環境等を勘案し、必要な援助を行うよう努めます。

## 12. サービス提供における事業者の義務

当施設は、ご利用者に対してサービスを提供するにあたって、次のことを守ります。

- ① ご利用者の生命・身体・財産の安全に配慮します。
- ② ご利用者の体調、健康状態からみて必要な場合には、医師または看護職員と連携の上、ご利用者から聴取、確認します。
- ③ 認知症についての理解を深め、ご利用者本人を主体とした介護を行うことで、その方の尊厳を守ります。
- ④ 感染症が発生し、まん延しないように、委員会の設置・指針の整備、研修及び訓練を年2回以上実施する等必要な措置を講じます。
- ⑤ 非常災害に関する具体的計画を策定するとともに、ご利用者に対して、定期的に避難・救出その他必要な訓練を行います。
- ⑥ ご利用者へ提供したサービスについて記録を作成し、2年間保管するとともに、ご利用者の請求に応じて閲覧させ、複写物を交付します。ただし、複写費用については、重要事項説明書記載のコピー代をいただきます。
- ⑦ ご利用者に対する身体的拘束その他行動を制限する行為を行いません。ただし、ご利用者または他の利用者等の生命・身体を保護するために緊急やむを得ない場合には、記録を記載するなどして、適正な手続きにより身体等を拘束する場合があります。

- ⑧ 虐待防止のための指針を整備し、虐待防止のための対策を検討する委員会を開催していきます。担当者を置き、研修等を通じて職員に周知徹底を図ることで、ご利用者の人権を擁護します。
- ⑨ ご利用者へのサービス提供時において、ご利用者に病状の急変が生じた場合その他必要な場合には、速やかに主治医またはあらかじめ定めた協力医療機関への連絡を行う等必要な処置を講じます。
- ⑩ 介護保険等関連情報を活用し、施設単位でのP D C Aサイクルを構築・推進することにより、提供するサービスの質の向上に努めます。
- ⑪ 感染症や災害が発生した場合であっても、利用者に必要なサービスが安定的・継続的に提供されるように業務継続計画を予め策定し、必要な研修や訓練を定期的実施します。感染症や災害発生時には、計画に沿って速やかに必要な措置を講じます。

### 1 3. 身元引受人

身元引受人をご指定下さい。身元引受人の主な役割は以下の通りです。

- ①身元引受人は、民法（債権法）に定める連帯保証人としての責務を負います。

重要事項説明書の各条項のほか、以下の各項目に従い債務を保証

- 1) 連帯保証人は、利用者と連帯して本契約から生じる利用者の債務を負担するものとする。
- 2) 前項の連帯保証人の負担は、極度 120 万円を限度とする。
- 3) 連帯保証人の請求があったときは、事業者は連帯保証人に対し、遅滞なく利用料等の支払い状況や滞納金の額、損害賠償の額等、利用者の全ての債務の額等に関する情報を提供しなければならない。

- ① 入院等に関する手続き、費用負担
- ② 契約終了後のご契約者受け入れ先の確保
- ③ ご契約者が死亡した場合のご遺体および残置物の引取り等
- ④ 面談、その他ご利用者に関して必要と思われる事項

※身元引受人が役割を果たせなくなった場合には、あらたな身元引受人を立てていただきます。

### 1 4. 苦情の受付について

- (1) 当施設における苦情の受付

当施設における苦情やご相談は以下の専用窓口で受け付けます。

苦情受付担当者 松島 康敏 (職名) 介護支援専門員

苦情解決責任者 上野 拓朗 (職名) 施設長

(連絡先) 電話番号 053-544-0781

FAX 番号 053-544-0888

E-mail aikoen-inasa@sis.seirei.or.jp

○受付時間 8:30 ~ 17:00 (土日祝日を除く)

○苦情受付箱の設置場所 正面玄関入口・ショートステイ玄関入口・グループホーム玄関入口

(2) 行政機関その他苦情受付機関

国民健康保険団体連合会	所在地 電話番号 FAX 番号 受付時間	静岡市葵区春日 2-4-34 054-253-5590 054-251-3445 9 : 00 ~ 17 : 00 月曜日 ~ 金曜日
浜松市北行政センター 長寿保険課	所在地 電話番号 FAX 番号 受付時間	浜松市浜名区細江町気賀 305 053-523-1144 053-523-1928 8 : 30 ~ 17 : 15 月曜日 ~ 金曜日
静岡県福祉サービス 運営適正化委員会	所在地 電話番号 FAX 番号 受付時間	静岡市葵区駿府町 1-70 県総合社会福祉会館内 054-653-0840 054-653-0840 8 : 30 ~ 17 : 00 月曜日 ~ 金曜日

(3) 第三者委員について

第三者委員とは、サービス利用者と施設の間に入って、問題を公平・中立な立場で円滑・円満に解決するために設けられた制度です。希望される場合は第三者委員を交えてお話し合いもできます。第三者委員へは施設に備え付けの投書用紙に記入の上、封筒に入れていただき、封筒表面に苦情申し出先を記入して投書して下さい。

当施設の第三者委員は

野末あけみ 氏      電話番号：053-542-1137

西岡祥一 氏      電話番号：053-545-0800

## 15. 事故発生時の対応について

- (1) サービス提供により事故が発生した場合、職員は速やかに対処します。職員は施設長(上長)に報告をし、指示を受けて対処します。
- (2) ご利用者のご家族に連絡をし、事故状況を報告します。
- (3) 重大な事故の場合、保険者に連絡をし、事故報告書を提出します。
- (4) 事故発生の防止のための安全対策担当者を置き、常に事故の再発防止に取り組みます。

## 16. 非常災害時の対応

### 1. 非常災害時の対応

非常時の対応	別途定める「介護老人福祉施設 いなさ愛光園」消防計画に基づき対応します。	
非常時の訓練及び 防災設備	別途定める「介護老人福祉施設 いなさ愛光園」消防計画に基づき年間2回以上、夜間及び昼間を想定した避難訓練を実施します。	
	設備名称	設備の有無又は個数等
	スプリンクラー	あり
	自動火災報知器	あり
	避難誘導灯	あり
	ガス漏れ報知器	あり
	防火扉	あり
	屋内消火栓	あり
	非常通報装置	あり
	非常用電源	あり
	防災カーテン	必要箇所で使用
消防計画等	消防署への届け出日 2017年4月1日 防火管理者 上野 拓朗	

## 17. 施設利用の留意事項

当施設のご利用にあたって、施設に入所されている利用者の共同生活の場としての快適性、安全性を確保するため、下記の事項をお守り下さい。

### (1) 持ち込みの制限

利用にあたり、ペット・危険物の持ち込みはご遠慮下さい。

### (2) 面会

面会時間は特に定めておりません。夜間等は他の方の迷惑にならないようご配慮下さい。

### (3) 食事

食事が不要な場合は、各食事の締切時間までにお申し出下さい。各食事の締切時間までに申し出があった場合には、別表2-1に定める「食事に係る自己負担額」はいただきません。各食事の締切時間を過ぎた後に申し出られた場合には、キャンセル料として下記の金額（各食事の食費相当額）をいただきます。

	変更締切時間	キャンセル料
朝食	提供日前日 17:00	530円
昼食	提供日当日 10:00	820円
おやつ	提供日当日 10:00	80円（税込）
夕食	提供日当日 14:00	650円

#### (4) 金品等について

金品等の持ち込みは、施設では責任を負いかねますので、ご利用者の責任の範囲でお願いします。

#### (5) 施設・設備の使用上の注意

- 居室及び共用施設、敷地をその本来の用途に従って利用して下さい。
- 故意に、またはわずかな注意を払えば避けられたにもかかわらず、施設・設備を壊したり、汚したりした場合には、ご利用者の自己負担により原状に復していただくか、または相当の代価をお支払いいただく場合があります。
- ご利用者に対するサービスの実施及び安全衛生等の管理上の必要があると認められる場合には、ご利用者の居室内に立ち入り、必要な措置を取ることができるものとします。ただし、その場合、ご本人のプライバシー等の保護について、十分な配慮を行います。
- 当施設の職員や他の利用者に対し、迷惑を及ぼすような宗教活動、政治活動、営利活動などを行うことはできません。

#### (6) 喫煙

指定された喫煙スペース以外での喫煙はできません。

### 18. 損害賠償について

当施設において、事業者の責任によりご利用者に生じた損害については、事業者はその損害を賠償いたします。ただし、その損害の発生について、利用者に故意または過失が認められる場合には、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。

### 19. 個人情報の使用について

当施設とその職員は、業務上知り得た利用者または身元引受人もしくはその家族等に関する秘密を、正当な理由なく第三者に漏らしません。ただし、下記の場合には、その都度の承諾は省略して個人情報を使用させていただきます。

- ① 介護保険法に関する法令に従い、利用者のサービス計画に基づくサービス等を円滑に実施するため行うサービス担当者会議等において使用する場合
- ② 利用者が医療機関に受診・入院する時に、その医療機関・救急機関に情報提供する場合
- ③ 市町村、その他の介護保険事業者等への情報提供、適切な在宅療養のための医療機関等への療養情報の提供する場合
- ④ 当施設を利用終了し、他の事業所を紹介するなど援助を行うに際し、必要な情報を提供する場合
- ⑤ 静岡県、浜松市が行う介護サービスの質の維持、改善のための基礎資料のため
- ⑥ 介護保険法に定められた事務、事故等の報告のため
- ⑦ 当施設で行われる学生等実習への協力のため
- ⑧ 損害賠償保険などに係る保険会社等への相談または届出等のため
- ⑨ 法に定められた届出や統計のため
- ⑩ 介護保険サービスの質の向上のための学会・研究等での事例研究発表をする場合。なお、この場合、利用者個人を特定できないように仮名等を使用することを厳守します。

⑪ 当施設内の掲示及び広報誌等への写真及び氏名等を掲載する場合

※ 前項に掲げる事項は、利用終了後も同様の取り扱いとします。

## 20. 痰の吸引について

当施設では、厚生労働省の通知（平成 22 年 4 月 1 日医政発 0401 第 17 号厚生労働省医政局長通知）を受け、利用者に対する口腔内、鼻腔内の痰の吸引、胃ろうによる経管栄養に係るケアの一部を主治医、看護職員の指示の下、看護職員と介護職員が協働して実施する方針としております。今後も介護職員への研修体制の整備、主治医による看護職員や介護職員への指導の実施、「痰の吸引等安全対策委員会」による実施状況の把握や研修内容の見直しを定期的に行うなど、ご利用者の安全確保に向けて最善を尽くします。

なお、本重要事項説明書の同意をもって、上記の行為についての同意が得られたものとさせていただきます。

平成 26 年	4 月	1 日	施行	平成 29 年	6 月	1 日	改訂
平成 27 年	4 月	1 日	改訂	平成 29 年	10 月	1 日	改訂
平成 27 年	8 月	1 日	改訂	平成 30 年	4 月	1 日	改訂
平成 28 年	4 月	1 日	改訂	2019 年	4 月	1 日	改訂
2019 年	10 月	1 日	改訂	2020 年	4 月	1 日	改訂
2021 年	4 月	1 日	改訂	2022 年	4 月	1 日	改訂
2022 年	10 月	1 日	改訂	2022 年	11 月	1 日	改訂
2023 年	7 月	1 日	改訂	2024 年	1 月	1 日	改訂
2024 年	3 月	1 日	改訂	2024 年	4 月	1 日	改訂
2024 年	10 月	1 日	改訂	2025 年	4 月	1 日	改訂
2025 年	4 月	1 日	改訂				

ユニット型指定短期入所生活介護サービス及び介護予防短期入所生活介護サービスの開始に際し、約款・重要事項説明書の説明を行いました。

<説明者> ユニット型指定短期入所生活介護施設 いなさ愛光園 (ユニット型)

説明者 氏名 \_\_\_\_\_

## いなさ愛光園 (ユニット型) 「指定居宅サービス」 利用同意書

いなさ愛光園 (ユニット型) 「指定居宅サービス」を利用するにあたり、いなさ愛光園利用約款及び重要事項説明書を受領し、これらの内容に関して、担当者による説明を受け、これらを十分に理解した上で短期入所生活介護サービス及び介護予防短期入所生活介護サービスを利用することに同意します。

年 月 日

<利用者> 住 所 \_\_\_\_\_

氏 名 \_\_\_\_\_

<代筆者> 氏 名 \_\_\_\_\_ 続柄 ( ) \_\_\_\_\_

<身元引受人> 住 所 \_\_\_\_\_

氏 名 \_\_\_\_\_ 続柄 ( ) \_\_\_\_\_

ユニット型指定介護老人福祉施設 いなさ愛光園

施設長 上野 拓朗 殿

【本約款第6条第3項の請求書・明細書及び領収書の送付先】

ふりがな 氏名	_____	続柄 ( ) _____
住所 電話番号	〒 _____	(携帯) (自宅)

【本約款第10条3項の緊急時の連絡先】 ※優先順に記入ください。

①	ふりがな 氏名	_____	続柄 ( ) _____
	住所 電話番号	〒 _____	(携帯) (自宅)

②	ふりがな 氏名	_____	続柄 ( ) _____
	住所 電話番号	〒 _____	(携帯) (自宅)

③	ふりがな 氏名	_____	続柄 ( ) _____
	住所 電話番号	〒 _____	(携帯) (自宅)

