（指定短期入所生活介護：空床利用型）

特別養護老人ホーム　浦安愛光園

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。
（千葉県指定　第　1273200681　号）

1. 施設の設置・運営法人

（1）法　人　名　　社会福祉法人　聖隷福祉事業団

（2）法人所在地　　静岡県浜松市中区元城町 218 番地 26

（3）連　絡　先　　電話番号　053－413－3300（代表）

F　A　X　053－413－3314

ﾎｰﾑﾍﾟｰｼﾞｱﾄﾞﾚｽ　http://www.seirei.or.jp/hq/

（4）代　表　者　　理事長　青 木 善 治

2. 施設の概要

（1）施設の種類　　指定介護老人福祉施設／平成18年4月1日指定

（千葉県指定　第　1273200681　号）

（2）施設の名称　　浦安愛光園(空床利用型短期入所生活介護含)

（3）施設の目的　　指定短期入所生活介護は介護保険法令にしたがい、ご契約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、ご契約者に対し、日常生活に必要な居室及び共用施設等を利用して短期入所生活介護サービスを提供します。

（4）建物の構造　　鉄筋コンクリート造　地下1階・地上5階建

（5）延べ床面積　　3548.28 ㎡

（6）併 設 事 業 （定員／千葉県知事の事業者指定番号）

○介護老人保健施設（100名／第 1251980019 号）
○短期入所療養介護（従来型）（定員に含む/第 1251980019 号）
○短期入所療養介護（ユニット型）（定員に含む/第 1251980019 号）
○介護予防・短期入所療養介護（定員に含む/第 1251980019 号）
○介護予防・通所リハビリテーション（45名/第 1251980019 号）
○介護予防・訪問リハビリテーション（第 1251980019 号）
○居宅介護支援事業（第　1273200830 号）
○介護予防支援事業（第　1203200033）
○特定相談支援事業（第　1231900166 号）
○障害児相談支援事業（第　1271900167 号）
○短期入所事業（第　1211900533 号）
○短期入所事業（第　1211900558 号）

（7）所　在　地　　千葉県浦安市高洲九丁目3番2号

（交通）新浦安駅よりバス（19）系統「高洲海浜公園」行きにて「浦安南高校・特養ホーム」下車徒歩約2分、又は（11・15・18・28）系統「高洲海浜公園」行き終点下車徒歩約8分

（8）連　絡　先　　電話番号　047－700－6600（代表）

F　A　X　047－700－6665

(9)施 設 長 名　　石川　智行

(10)運 営 方 針

・それまで大切にしてきた“暮らし”が続けられるよう支援します。

・家族・友人、地域・社会との“つながり”が保てるよう支援します。

・一人一人の意思・人格を尊重し“その人らしさ”が実現できるよう支援します。

(11)開設年月日　　平成１８年４月１日（空床利用型短期入所事業は平成23年6月1日）

(12)入 居 定 員　　74名　※(空床利用型短期入所は全体で８名まで利用可)

3. 利用対象者

(1)	当施設を利用できるのは、要介護1～5に認定された方が対象となります。
(2)	利用時に要介護認定を受けている方であっても、利用後に要介護認定者でなくなった場合は、施設を退去していただくことになります。
(3)	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します。

4. 契約締結からサービス提供までの流れ

ご契約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、ご契約者を担当する介護支援専門員が作成する居宅サービス計画がある場合とない場合で「短期入所生活介護サービス計画書（ケアプラン）」の作成及び変更手順がことなります。

(1)居宅サービス計画がある場合

① ご契約者担当介護支援専門員が作成した居宅サービス計画

② 施設の担当者が上記居宅サービス計画に基づきケアプランの原案を作成し、ご契約者及びそのご家族等に対し同意を得たうえで決定します。

③ ケアプランは居宅サービス計画が変更された場合及びご契約者及びそのご家族等の要請に応じ、変更の必要がある場合には、ご契約者及びそのご家族等と協議し、同意を得たうえで変更します。

④ ケアプランが変更された場合には、ご契約者及びそのご家族等に対し、書面を交付し、その内容を確認していただきます。

(2)居宅サービス計画がない場合

① ・介護支援専門員の紹介等必要な援助を行います。
・ケアプランを作成し、それに基づきサービスを提供します。
・介護保険対象サービスについては、利用料金をいったん全額お支払いいただきます。（償還払い）

② 担当する介護支援専門員による居宅サービス計画の作成

③ ・居宅サービス計画に沿ってケアプランを変更し、それに基づきサービスを提供します。
※以降上記②～④の流れと同様となります。
・介護保険対象サービスについては、介護保険の給付額を除いた料金（自己負担額）をお支払いいただきます。
※上記①、償還払いの手続きはご契約者もしくはご家族等で行っていただくこととなります。

5. 居室の概要

当施設では下記の居室及び設備をご用意しています。利用される居室は、全て個室となり、ご契約者の心身の状況や空室状況を勘案して決定します。

室　名	室　数	設備・什器等
個　室 （約13．4～17．0㎡）	74	ベッド、洗面台、トイレ、カーテン、冷暖房
食　堂	8	テーブル、椅子、流し台、冷蔵庫、食器洗浄乾燥機、テレビ
浴　室	4	個浴（4）、機械浴（2）・個浴リフト付き（2）
交流スペース	2	テーブル、椅子、ソファー

＊居室利用の注意事項

①居室内での喫煙はご遠慮ください。
②ご契約者の過失により、居室の設備等を破損、汚損、滅失した場合は、修理もしくは相当費用の負担をお願いすることになります。

＊居室への持ち込みについて

①危険物、ペット、火気のお持込みはご遠慮下さい。
②生活に必要な衣類、洗面道具をお持ち下さい。

６. 職員の配置状況

（1） 事業所の従業者の職種、員数の基準は次のとおりとし、指定居宅サービス等の人員、設備及び運営に関する基準（千葉県　指定居宅サービス等の事業の人員、設備及び運営に関する基準等を定める条例）に定める従業者の員数を下回らないものとします。

職　種	配置人数	備　考
施設長（管理者）	１ 名	兼務
介 護 職 員	22 名	
看 護 職 員	３ 名	内、1名機能訓練指導員兼務
機能訓練指導員	１ 名	看護職員兼務
生活相談員	１ 名	
介護支援専門員	１ 名	兼務
嘱託医師	１ 名	
管理栄養士	１ 名	
事 務 員	１ 名	兼務
調 理 員	委託	

※ 職員数は、上記の配置人数を下回らないものとします。

（2） 配置職員の職務内容は、次のとおりです。

〔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〕 ご契約者の日常生活上のお世話を行います。

〔看　護　職　員〕 ご契約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〕 ご契約者の日常生活における必要な機能訓練を行います。

〔生 活 相 談 員〕 ご契約者の日常生活の相談・助言を行います。

〔介護支援専門員〕 ご契約者に係る施設サービス計画（ケアプラン）を作成します。

〔嘱　託　医　師〕 ご契約者の健康管理や療養上の指導を行います。

〔管　理　栄　養　士〕 ご契約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。

〔調　　理　　員〕 ご契約者の食事の調理を行います。

7. 施設が提供するサービスと利用料金

当施設において、ご契約者に対して提供するサービスには、次のものがあります。

（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契約者に負担していただくサービス

（1）介護保険の給付対象となるサービス（契約書第3条参照）

以下のサービスについては、介護保険から給付されます。

①食事	・ ユニットにおいて他のご利用者との社会的関係を築くため、食堂にて食事をとっていただくことを原則に、必要な援助を行います。 ・ 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。 ・ 食事時間　朝食：　7:30～ 8:30 昼食：12:00～13:00 夕食：18:00～19:00
②入浴	・ 入浴又は清拭を週2回以上行います。 ・ 寝たきりの状態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、ご契約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（看護師）により、ご契約者の心身等の状況に応じて、日常生活を送るうえで必要な機能の回復又はその減退を防止するための訓練を実施します。
⑤健康管理	・ 医師や看護師が、健康管理を行います。
⑥その他自立への支援	・ 寝たきり防止のため、ご契約者の身体状況を考慮しながら、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られるよう、適切な整容の援助を行います。

【サービス利用料金】（契約書第 6 条第 1 項参照）

別紙「サービス利用料金表」に定めます。ご契約者の要介護度に応じたサービス利用料金から介護保険給付額を差し引いた金額（自己負担分）をお支払い下さい。

（2）介護保険の給付対象とならないサービス（契約書第4条参照）

①滞在費

サービスに係る個室料及び光熱水費相当額を負担していただきます。

②食費

サービスの食事に係る食材料費及び調理費用相当額を負担していただきます。

③貴重品の管理

ご契約者の介護保険証、健康保険証、老人医療受給者証、減免・減額認定証、診察券などの書類及び金銭などの貴重品はお預かりできません。

④特別な食事（補食）

ご契約者のご希望に基づいて、特別な食事（嗜好品・栄養補助食品）を提供することもできます。

⑤レクリエーション・行事等

ご契約者の希望により、レクリエーションや行事等のアクティビティ活動に参加していただくことができます。

材料代等を負担していただきます。

⑥理美容

出張による理美容サービスをご利用いただけます。

⑦日常生活用品

ご契約者の日常生活に要する費用で、衣類、履物、洗面用具等のご本人に負担していただくことが適当である日用品の購入代金は、ご本人に負担していただきます。

※おむつ代は、介護保険給付対象となっており、施設が用意したものを使用していただきますので、ご契約者の費用の負担はありません。

⑧クリーニング

ご契約者の洗濯物について、水洗い可能な物の範囲で、洗濯サービスを無料で行います。それ以外の洗濯物については、ご契約者の費用負担でクリーニング店等の専門業者へ依頼することができます。

⑨写真代

当施設で撮影した写真をご購入いただけます。

⑩コピー代

個人的な希望でコピーをご利用される場合ご負担して頂きます。

⑪切手代

個人的な郵送物がある場合ご負担して頂きます。

【サービス利用料金】(契約書第 6 条第 2 項及び第 3 項参照)

無料サービスに該当する以外のサービス利用料金は、その金額がご契約者の負担となります。利用料金は、別紙「サービス利用料金表」に定めます。

(3)利用料金のお支払い方法

前記(1)及び(2)の利用料金は、1ヶ月毎に計算し、ご請求いたしますので、下記の方法でお支払いください。(1ヶ月に満たない期間のサービスに係る利用料金は、利用日数に基づいて計算した金額になります。)

契約時にお申込みいただいた金融機関口座からの自動引落となります。 前月分の利用料金を、その翌月15日前後にご請求し(請求書発送)、 その月27日(土・日曜日、祝日の場合は翌営業日)に引き落させて いただきます。

8、当施設利用中の医療について

医療を必要とする場合は、ご契約者の希望により、下記の協力医療機関において、診療・入院の治療等を受けることができます。但し、下記の医療機関で優先的に治療等が受けられるものではありません。また、下記の医療機関での治療等を義務付けるものでもありません。

◎協力医療機関

医療機関名	所在地	診療科目
浦安中央病院	浦安市東野 3-4-14	内科、胃腸科、循環器科、外科、皮膚科、整形外科、脳神経外科、肛門科
浦安病院	浦安市北栄 4-1-18	外科、内科、整形外科、循環器科、胃腸科、肛門科

◎協力歯科医療機関

医療機関名	所在地	診療科目
福嶋歯科医院	浦安市舞浜 2-17-11	歯科
西葛西歯科室	東京都江戸川区西葛西 6-16-4 エスペランス 3F	歯科

＊医療費について

・ 当施設の嘱託医師及び医療機関による診察及び処置に係る費用の負担額は、ご契約者の負担となります。

９. 施設を退去していただく場合

当施設との契約では、契約が終了する日は定めていません。但し、下記のような事由が発生した場合は、施設を退去していただくことになります。（契約書第１５条参照）

① ご契約者が死亡した場合
② 要介護認定により、ご契約者の心身の状況が自立又は要支援と判定された場合
③ 事業者が解散命令を受けた場合もしくは破産した場合、又はやむを得ない事由により施設を閉鎖した場合
④ 施設の滅失や重大な毀損によりサービスの提供が不可能になった場合
⑤ 施設が介護保険の指定を取り消された場合又は指定を辞退した場合
⑥ ご契約者から中途解約又は契約解除の申出があった場合（契約の有効期間内であっても、ご契約者から退去の申出を行うことができます。その場合、原則として、退去を希望される日の７日前までに所定の解約届をご提出ください。但し、契約書第１７条による場合は、即時に契約を解除することができます。）
⑦ 事業者から契約書第１８条の規定により契約解除の申出を行った場合

（1）ご契約者からの申出により退去する場合の事由（契約書第16条及び第17条参照）

① 利用料金の変更に同意できない場合
② 施設の運営規程の変更に同意できない場合
③ 契約者が入院した場合
④ 事業者もしくはサービス従事者が正当な理由なく契約書に定める施設サービスを実施しない場合
⑤ 事業者もしくはサービス従事者が守秘義務に違反した場合
⑥ 事業者もしくはサービス従事者が故意又は過失により契約者の身体・財物・信用等を傷つけ、又は著しい不信行為、その他契約を継続しがたい重大な事情が認められる場合
⑦ 他の利用者がご契約者の身体・財物・信用等を傷つけた場合、もしくは傷つけるおそれがある場合において、事業者が適切な対応をとらない場合

（2）事業者からの申出により退去していただく場合の事由（契約書第18条参照）

① ご契約者が、契約締結時に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い、その結果契約を継続しがたい重大な事情を生じさせた場合

② ご契約者によるサービス利用料金の支払いが３ヶ月以上遅延し、相当期間を定めて催告したにもかかわらず支払われない場合
③ ご契約者が、故意又は重大な過失により、施設又はサービス事業者もしくは他の利用者等の生命・身体・健康・財産・信用等を傷つけ、又はご契約者が自傷行為を繰り返すなど、本契約を継続しがたい重大な事情が生じた場合
④ ご契約者が利用予定期間以上に渡り病院又は診療所へ入院すると見込まれる場合、もしくは入院した場合
⑤ ご契約者が介護老人保健施設または介護医療院へ入所した場合、もしくは介護療養型医療施設へ入院した場合
⑥ ご契約者の医療的依存度が高くなり、常時医療的管理が必要になった場合

10. 身元引受人

契約書第２２条の規定に基づき、身元引受人をご指定ください。身元引受人の主な責任は　次のとおりです。なお、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。

（1）　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。ご契約者の事業者に対する経済的債務

（2）　ご契約者の入院に関する手続・費用負担
（3）　契約及び利用終了後のご契約者の受入れ先の確保
（4）　ご契約者が死亡した場合のご遺体及び残置物の引取り等
（5）　短期入所生活介護サービス計画書（ケアプラン）の説明面談への参加、その他ご契約者に関して必要と思われる事項

11. 苦情の受付

（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、下記の窓口で受け付けます。

○苦情受付担当者 ： 生活相談員 三浦 俊哉 ○苦情解決責任者 ： 施設長 石川 智行 ○受付時間 ： 月曜日～金曜日（年末年始及び祝日を除く） 9:00 ～ 17:00 ○受付方法 ： 電話 047－700－6600 FAX 047－700－6665 E-mail urayasu-a-soudan@sis.seirei.or.jp

なお、備え付けの『ご意見箱』に投書していただいても結構です。

（2） 行政機関その他の苦情受付機関

千葉県国民健康保険団体連合会 介護保険課苦情処理係	所 在 地 ： 千葉市稲毛区天台 6-4-3 電 話 ： 043－254－7428 F A X ： 043－254－7401 受付時間 ： 8:30 ～ 17:00 （年末年始、土日祝日除く）
浦安市役所福祉部介護保険課	所 在 地 ： 浦安市猫実 1-1-1 電 話 ： 047－351－1111（代） F A X ： 047－381－0800 受付時間 ： 8:30 ～ 17:00 （年末年始、土日祝日除く）

（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合いもできます。

当施設の第三者委員は、次のとおりです。

宇田川 精一 氏 （浦安市社会福祉協議会 元顧問）
電話:047－351－6882

武部 晴子 氏 （民生委員・児童委員）
電話:047－354―2242

12. サービス提供における事業者の義務

当施設は、ご契約者に対するサービスを提供するにあたり、次の事項を守ります。

① ご契約者の生命・身体・財産の安全に配慮します。

② ご契約者の体調・健康状態をみて必要な場合は、医師又は看護職員と連携し、ご契約者から聴取・確認のうえサービスを提供します。

③ 非常災害に関する具体的計画を策定し備えるとともに、ご契約者に対して、定期的に避難・救出その他必要な訓練を行います。感染症や災害が発生した場合であっても、ご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地域住民と連携し定期的に実施します。感染症や災害発生時には、計画に従って速やかに必要な措置を講じます。

④ ご契約者及び他のご利用者等の生命又は身体を保護する為、緊急やむを得ない場合を除き、身体拘束その他ご契約者の行動制限する行為は行いません。やむを得ず行う場合は、ご契約者及びご家族へ説明し、その同意を得たうえで、必要最小限の範囲で行うように努めるとともに、その態様及び時間、その際の利用者の心身の状況、緊急やむを得ない理由を記録します。

⑤ 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。認知症介護基礎研修を受講させるための必要な措置を講じます。

⑥ 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定期的に検討していきます。また担当者を置き、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。

⑦ ご契約者に対するサービスの記録を作成し、契約終了後２年間保管します。その記録については、ご契約者もしくはその身元引受人等の請求に応じ閲覧させ、その複写物を交付します。複写物は、別紙「サービス利用料金表」に定める費用を負担していただきます。

⑧ サービスを提供するにあたって知り得たご契約者に関する事項を、正当な理由なく第三者に漏洩しません。（契約書第９条参照）

13. 施設利用の留意事項

当施設をご利用される皆様が、安全で快適に過ごすことができるよう、下記の事項をお守りください。

（1）面会について

・ 面会時間 ： 8:30 ～ 21:00

・ 面会の際は、次の事項をお守りください。

〇飲食物のお持込みの際は、必ずユニット担当職員へお声かけください。

〇職員に対する金品、茶菓等の配慮は固くご遠慮させていただきます。

（2）食事について

食事が不要な場合は、2日前までにお申出ください。2日前までにお申出があり、朝・昼・夕3食ともお召し上がりにならなかった日の食費については、費用の負担はありません。

（3）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、ご契約者（身元引受人）の責任の範囲でご了承お願いします。

（4）喫煙について

敷地内での喫煙はご遠慮ください。

（5）飲酒について

飲酒について、次の事項を守りください。

〇酒類をお持込みの際は、ユニット担当職員へ預けていただきます。

〇飲酒の際は、必ずユニット担当職員へお声かけください。

〇飲酒は、他の利用者等へ迷惑をかけず、健康を害さない程度でお楽しみください。

（6）施設・設備使用上の注意

① 居室及び共用施設・敷地については、その本来の用途に従って利用してください。

② 故意又は不注意等により施設・設備を滅失・破損・汚損・もしくは変更した場合は、ご契約者の費用負担により原状回復していただくか、相当の代価をお支払いいただくことになります。

③ 他のご利用者や職員等の迷惑となるような宗教活動、政治活動、営利活動等を行うことはできません。

14. 損害賠償について

事業者の責任によりご契約者に生じた損害については、事業者は速やかにその損害賠償をいたします。

但し、次の場合は、事業者の損害賠償責任を免ずることができます。

（1）ご契約者が心身の状況や病歴等について故意に告げず、又は不実の告知を行った結果損害が生じた場合

（2）ご契約者がサービス実施に必要な事項について故意に告げず、又は不実の告知を行った結果損害が生じた場合

（3）ご契約者の急な体調変化など、施設のサービスの実施を原因としない事由により損害が生じた場合

(4)ご契約者が職員の指示に反して行ったことが原因で損害が生じた場合

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。職員は施設長に報告をし、指示を受けて対処します。

（2） ご契約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。

16. 見守り支援システムについて

ご入所者の事故予防及び異常発生時の早期発見、夜間等職員少人数時の負担軽減を主な目的として、見守り支援機器【ライフリズムナビ®＋Dr.(エコナビスタ社)】を設置しております。呼び出しコール機能に加え、各居室に設置するセンサー及び見守りカメラ等により、ご入所者の呼吸・脈拍や睡眠状況・体動などを検知し、職員が使用する端末等に通知するシステムです。ご入所者のプライバシーに配慮することはもとより、個人情報取扱規程及び各種ガイドラインを遵守して使用いたします。

17. 提供するサービスの第三者評価の実施状況

実施の有無	有 ・ 無
実施した直近の年月日	平成 25 年 12 月
実施した評価機関の名称	NPO法人 ACOBA
評価結果の開示状況	有 ・ 無

施行日:平成 23年 6月 1日
改定日:平成 24年 6月 1日
改定日:平成 24年 9月 3日
改定日:平成 26年 1月 1日
改定日:平成 26年 4月 1日
改定日:平成 27年10月 1日
改定日:平成 28年 9月 1日
改定日:平成 28年10月 1日
改定日:平成 30年 8月 1日
改定日:令和 2年 2月 1日
改定日:令和 2年 4月 1日
改定日:令和 3年 4月 1日
改定日:令和 4年 1月 1日
改定日:令和 4年 6月 1日
改定日:令和 5年 4月 1日
改定日:令和 5年10月 1日
改定日:令和 6年 4月 1日
改定日:令和 6年 6月 1日
改定日:令和 6年 8月 1日
改定日:令和 6年 9月 1日

重要事項説明書　確認書

年　　月　　日

特別養護老人ホーム浦安愛光園の指定短期入所生活介護サービスの提供に際し、本書面に基づき重要事項の説明を行いました。

特別養護老人ホーム 浦安愛光園

〔説　明　者〕職 名＿＿＿＿＿＿　　氏 名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿印

私は、本書面に基づいて事業者から重要事項の説明を受け、指定短期入所生活介護サービスの提供を受けることに同意しました。また指定短期入所生活介護サービスの提供に係る個人情報使用についても同意しました。

〔契　約　者〕住 所＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

氏 名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿印

〔身元引受人〕住 所＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

氏 名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿印

契約者との関係＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

電話番号＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

私は、契約者が本書面に基づいて事業者から重要事項の説明を受け、指定短期入所生活介護サービスの提供を受けることに同意したことを確認しましたので、契約者に代わって署名を代行します。

〔署名代行者〕住 所＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

氏 名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿印

契約者との関係＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿