

特別養護老人ホーム慈光園

重要事項説明書

社会福祉法人慈光園

令和6年9月版

目 次

1. 事業者
2. ご利用施設
3. ご利用施設であわせて実施する事業
4. 事業の目的と運営方針
5. 施設の概要
6. 職員体制
7. 勤務体制
8. 施設サービスの概要と利用料金
9. 利用料等のお支払い方法
10. 身体拘束・虐待の禁止
11. 緊急時の対応
12. 協力医療機関について
13. 施設を退所していただく場合(契約の終了について)
14. 身元引受人
15. 苦情への対応
16. 苦情等申立窓口
17. 事故発生時の対応について
18. 損害賠償について
19. サービス提供における事業者の義務
20. 施設利用の留意事項
21. その他
22. 連帯保証人

重要事項説明書

社会福祉法人慈光園があなたに対する施設サービス提供開始にあたり、指定介護老人福祉施設の人員、設備及び運営に関する基準（平成11年3月31日、厚生省令第39号）第4条に基づき、当事業所があなたに説明すべき事項は次のとおりです。

1. 事業者

事業者の名称	社会福祉法人 慈光園
事業者の所在地	奈良県大和高田市大字池田444番地
法人種別	社会福祉法人
代表者氏名	理事長 中井隆男
電話番号	0745-52-5001

2. ご利用施設

施設の名称	特別養護老人ホーム 慈光園
施設の所在地	奈良県大和高田市大字池田444番地
施設長の氏名	伊東 清隆
電話番号	0745-52-5001
FAX番号	0745-23-0852

3. ご利用施設であわせて実施する事業

事業の種類		奈良県知事の事業者指定 (指定番号)	利用定数
施設	特別養護老人ホーム	2970200115	134人
居宅	通所介護	2970200115	25人
	介護予防通所介護		
	短期入所生活介護	2970200115	16人
	介護予防短期入所生活介護		
公益事業	居宅介護支援事業	2970200115	※ 35人
	居宅介護予防支援事業		※ 10人

※介護支援専門員1人当たりの利用定員

4. 事業の目的と運営方針

目的

指定介護老人福祉施設は、介護保険法令に従い、ご利用者(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事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に必要な居室及び共用施設等をご利用いただき、介護福祉施設サービスを提供します。このことは、身体上又は精神上著しい障害があるために常時の介護を必要とし、かつ、居宅においてこれを受けることが困難な方がご利用いただけます。

運営方針

慈光園は、その名の示すように「人は互いに慈しみあい光あって生きていこう」を基本理念として建てられた高齢者福祉施設であります。心身に障害のある高齢者の方々が施設に於いて、豊かで安らかな生活を送ることができるように、慈光園では以下の理念を行動の規範とします。

行動規範

- | | | |
|---------------|-------|------------|
| 1. 高齢者的人権尊重 | | 権利の擁護 |
| 2. 理解と敬愛の精神 | | 思いやりと労わりの心 |
| 3. 公平・公正な施設運営 | | 開かれた運営 |
| 4. 専門性と資質の向上 | | 質の高いサービス |
| 5. 地域社会と共に歩む | | 地域に愛される施設 |

5. 施設の概要

(1) 構造等

敷地	5,061.00m ²		
建物	構造	鉄筋コンクリート造4階建（耐火建築）	
	述べ床面積	6,309.28m ²	
	利用定員	150名（134名+16名）	

(2) 居室

居室の種類	室数	面積	一人当たりの面積
個室	34室	528.7m ²	15.53m ²
4人部屋	29室	1,251.6m ²	10.78m ²

※指定基準は、居室1人当たり10.65m²以上となっています。

(注)居室の変更について、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、ご利用者やご家族等と協議の上決定するものとします。

(3) 主な設備

設備	室数	面積	1人当たりの面積
食堂	3室	468.35m ²	3.12m ²
機能訓練室	1室	61.85m ²	
一般浴室	2室	145.17m ²	
機械浴室	特殊浴槽2台		
医務室	1室	33.94m ²	
デイルーム	4ヶ所		

※指定基準は、食堂と機能訓練室の合計面積は、1人当たり3m²以上となっています。

6. 職員体制

(令和6年9月現在)

従業者の職種	人数	常勤換算 後の人数 (人)	指定 基準
施設長（園長）	1名	1名	1名
副園長	1名	1名	
事務局長	1名	1名	
生活相談員	4名	4名	2名
介護職員	60名	54名	46名
看護職員(機能訓練指導員兼務)	7名	7名	5名
介護支援専門員	6名	6名	2名
嘱託医師	2名	0.1名	必要数
栄養士	1名	1名	1名
調理員	8名	8名	
事務職員	3名	3名	

※介護保険法指定基準の職員数は利用者定員150名(含む短期入所生活介護16名)に対してのものです。

※常勤換算職員数はそれぞれの週あたりの勤務延時間数の総数を当施設における常勤職員の所定勤務時間数(週40時間)で除した数です。

7. 勤務体制

従業者の職種	勤務体制 及び 職務内容	休暇
園長・副園長・事務局長	正規の勤務時間帯(8:30~17:30) 常勤で勤務 管理、監督、業務の総括	月9休
生活相談員	正規の勤務時間帯(8:30~17:30) 常勤で勤務 家族等からの相談業務、関係機関との連絡調整、職員に対する技術指導等	月9休

従業者の職種	勤務体制 及び 職務内容	休暇
介護職員	早出 (7:30～16:30) 日勤 (8:30～17:30) 遅出 (9:30～18:30) 夜勤 (16:30～9:30) ※夜間は、原則として職員1名あたり利用者25名のお世話をします。 利用者の入浴、給食等の介助、その他必要な業務	月9休
看護職員(機能訓練指導員兼務)	早出 (7:30～16:30) 日勤 (8:30～17:30) ※夜間は、交代で自宅待機を行い、緊急時に備えます。 入所者の日々の健康状態チェック保健衛生上の指導・看護、その他必要な業務	月9休
介護支援専門員	介護職員の勤務体制に準する 施設サービス計画の作成、その他必要な業務	月9休
嘱託医師	週2日(火・金曜日) (13:30～15:30) 診察、相談、その他必要な業務	
栄養士	正規の勤務時間帯 (8:30～17:30) 献立作成、食事業務全般及び栄養指導、調理員の指導	月9休
調理員	日勤 (6:30～15:30) 遅出 (9:30～18:30) 献立に基づき、給食を調理し、配膳を行う	月9休
事務職員	正規の勤務時間帯 (8:30～17:30) 常勤で勤務 庶務、事務、請求業務、その他必要な業務	月9休

8. 施設サービスの概要と利用料金

(1) 介護保険の給付の対象となるサービス

種類	内容
食事	<ul style="list-style-type: none"> ○ 当施設は、ご利用者の年齢、心身の状況によって適切な栄養量及び内容の食事の提供を行うため、管理栄養士を配置しています。 ○ ご利用者の栄養並びに身体の状況及び嗜好を考慮した献立表を管理栄養士が作成します。 ○ 管理栄養士は、ご利用者の栄養状態を適切にアセスメントし、その状態に応じて他職種と連携しながら栄養ケアマネジメントを行い、栄養ケア計画を作成します。 ○ 経管により食事を摂取するご利用者については、経口摂取への移行を進めるために、嘱託医の指示に基づいて管理栄養士が栄養管理を行うことができます。 ○ ご利用者の状況に応じて適切な食事介助を行うとともに、食事の自立についても適切な援助を行います。 ○ 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っています。 <p>(食事時間)</p> <p>朝食 8:00 昼食 12:00 夕食 17:00</p>
排泄	<ul style="list-style-type: none"> ○ ご利用者の状況に応じて適切な排泄介助を行うとともに、排泄の自立についても適切な援助を行います。 ○ おむつを使用せざるをえない場合には、心身および活動状況に適したおむつを提供し、排泄状況をふまえて適切に交換します。
入浴・清拭	<ul style="list-style-type: none"> ○ 入浴又は清拭を週2回以上行います。 ○ 寝たきり等で座位の取れない方は、機械を用いての入浴が可能です。
離床	<ul style="list-style-type: none"> ○ 寝たきり防止のため、出来るかぎり離床に配慮します。
着替え	<ul style="list-style-type: none"> ○ 生活リズムを考え、毎朝夕の着替えを行うように配慮します。
整容	<ul style="list-style-type: none"> ○ 個人としての尊厳に配慮し、適切な整容が行われるよう援助します。
シーツ交換	<ul style="list-style-type: none"> ○ シーツ交換は、週1回行います。
洗濯	<ul style="list-style-type: none"> ○ 必要に応じて衣類の洗濯を行います。
機能訓練	<ul style="list-style-type: none"> ○ 機能訓練指導員による機能訓練をご利用者の状況にあわせて行います。

健康管理	<ul style="list-style-type: none"> ○ 医師や看護師が、健康管理を行います。 ○ 当施設の嘱託医 <table border="0" data-bbox="520 220 1024 444"> <tr><td>医療機関の名称</td><td>うえだクリニック</td></tr> <tr><td>所在地</td><td>大和高田市大谷758-80</td></tr> <tr><td>医師名</td><td>植田寿郎</td></tr> <tr><td>診察日：金曜日</td><td>13:30～15:30</td></tr> <tr><td>医療機関の名称</td><td>中井記念病院</td></tr> <tr><td>所在地</td><td>大和高田市根成柿151-1</td></tr> <tr><td>診察日：火曜日</td><td>13:30～15:30</td></tr> </table> 医師の都合により、診察日、診察時間が変更になる場合もありますので、予めご了承下さい。 ○ 入所後は、当施設の嘱託医の診療になります。嘱託医が受診の必要性を認めた場合の協力医療機関及び準協力医療機関の受診については、慈光園職員が対応できる場合がありますが付添いは有料となります。 当日の職員の勤務状態によって送迎できない場合もありますので、予めご了承下さい。 ○ 協力医療機関及び準協力医療機関以外の医療機関での受診及び利用者・家族の意向で受診される場合は、ご家族の責任において受診、送迎をお願いします。またその際の受診データを当施設に提供くださいますようお願いします。 ○ 嘱託医の診察日を週2回設け、健康管理に努めます。（ただし、診察の必要性を認めた場合のみ。）当施設は医療機関ではありませんので、原則として点滴等の医療行為はできません。 ○ 感染症をお持ちの方、人工透析、気管切開、中心静脈栄養を受けておられる方、重度の褥瘡等医療的対応が必要の方は当施設をご利用できません。 ○ 経管栄養の方、インスリン療法を受けておられる方、バルーンカテーテル留置の方、人工肛門造設の方、在宅酸素療法を受けておられる方、ペースメーカー使用の方等については、ご利用の受け入れ人数に制限があります。 ○ 緊急時等必要な場合には主治医あるいは協力医療機関等に責任を持って引き継ぎます。 ○ ご利用者急変時ご家族への連絡が取れない場合、当施設の判断で救急搬送することもありますのでご了承ください。 ○ 入院、退院及び協力医療機関以外の園外受診にかかる場合は、総てにおいてご家族、身元引受人の負担をお願いします。 ○ 『看取り介護についての説明書』を説明しますので、ご家族、身元引受人の意向を予め聞かせていただき、該当する状態に至った場合はそれに基づき対応します。 ○ 入園当初環境の急変に伴い、ご利用者の症状が急激に悪化する場合もあります。 	医療機関の名称	うえだクリニック	所在地	大和高田市大谷758-80	医師名	植田寿郎	診察日：金曜日	13:30～15:30	医療機関の名称	中井記念病院	所在地	大和高田市根成柿151-1	診察日：火曜日	13:30～15:30
医療機関の名称	うえだクリニック														
所在地	大和高田市大谷758-80														
医師名	植田寿郎														
診察日：金曜日	13:30～15:30														
医療機関の名称	中井記念病院														
所在地	大和高田市根成柿151-1														
診察日：火曜日	13:30～15:30														
介護相談	<ul style="list-style-type: none"> ○ 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もって応じ、可能な限り必要な援助を行うよう努めます。 <p style="text-align: center;">（責任者） 事務局長 : 松下浩徳 （相談窓口） 生活相談員 : 中村、辻、新留、藤本</p>														
口腔衛生の管理	<ul style="list-style-type: none"> ○ 歯科医師又は歯科衛生士の技術的助言及び指導に基づき、利用者の口腔衛生管理を計画的に行います。 														
社会生活上の便宜	<ul style="list-style-type: none"> ○ 当施設では、必要な教養娯楽設備を整えるとともに、施設での生活を実りあるものとするため、適宜レクリエーション行事を企画します。 <ul style="list-style-type: none"> ・主な娯楽設備：カラオケ、喫茶コーナー、娯楽室 ・主なレクリエーション行事：季節に合わせた行事やボランティアによる慰問等 ・クラブ活動（童謡、園芸、カラオケ、御詠歌） ○ 行政機関に対する手続きが必要な場合、預り金等管理規定に基づき、代わりに行います（預かる種類により内容は異なります。）。 														

(2) 基本サービス利用料金（1日あたり）>

(多床室の場合)

	要介護度1	要介護度2	要介護度3	要介護度4	要介護度5
サービス利用に係る自己負担額（日額）	589単位	659単位	732単位	802単位	871単位

(従来型個室の場合)

	要介護度1	要介護度2	要介護度3	要介護度4	要介護度5
サービス利用に係る自己負担額（日額）	589単位	659単位	732単位	802単位	871単位

(3) その他の加算される料金

加算	加算条件	加算額
1 日常生活継続支援加算	新規利用者の総数のうち、要介護4・5の方の割合が70%以上、又は認知症日常生活自立度Ⅲ以上の方の割合が65%、又はたんの吸引等の必要な方の割合が15%以上であり、介護福祉士の有資格者を常勤換算方式で、利用者の数が6又はその端数を増すごとに1以上配置している場合 ※サービス提供体制強化加算は、日常生活継続支援加算を算定している場合算定されません。	1日につき 36単位
2 サービス提供体制加算Ⅰ	介護職員の総数のうち、介護福祉士の占める割合が80%以上ある場合	1日につき 22単位
3 夜勤職員配置加算Ⅰ	夜勤を行う介護職員又は看護職員の基準数に1をえた数以上を配置した場合	1日につき 13単位
4 看護体制加算Ⅰ 看護体制加算Ⅱ	常勤の看護師を1名以上配置している場合 看護職員を常勤換算方式で利用者の数が25又はその端数を増すごとに1名以上配置があり、24時間連絡が取れる体制が整っている場合	1日につき 4単位 1日につき 8単位
5 個別機能訓練加算	機能訓練指導員とその他の職員の者が共同して個別機能訓練計画を作成し、実施する場合	1日につき 12単位
6 精神科医定期療養指導加算	精神科を担当する医師による療養指導が月2回以上行われ、それに基づきケアを行った場合	5単位

※つぎの加算については、該当するもののみ費用徴収させていただきます。

7 外泊時費用	入院や居宅への外泊した場合、1ヶ月に6日を限度として	1日につき 246単位
8 口腔衛生管理加算	歯科医師・歯科衛生士の技術的助言・指導に基づき、入所者の「口腔衛生等管理計画」を作成。歯科衛生士が入所者に対して「口腔衛生等管理」を月2回以上実施。歯科衛生士が、介護職員に対して「口腔衛生等管理の具体的な技術的助言・指導」を実施	1月につき 90単位
9 初期加算	入所後30日間、又は30日を越える入院後に再び入所した場合	1日につき 30単位
10 経口移行加算	経管により食事を摂取しているご利用者に対し、経口移行計画に基づいて経口摂取を進めるための特別な管理が行われる場合。計画作成日より原則180日を限度として加算されます。 ※栄養管理基準未実施減算や経口維持加算を算定している場合は算定しない	1日につき 28単位
11 経口維持加算（Ⅰ） 経口維持加算（Ⅱ）	経口により食事を摂取されている方のうち、摂食機能障害があり誤嚥が認められるご利用者に対し、経口維持計画に基づいて継続して経口摂取を進めるための特別な管理が行われる場合。	1月につき （Ⅰ） 400単位 （Ⅱ） 100単位
12 療養食加算	医師の指示により糖尿食や腎臓食などの特別な食事を提供する場合	1回につき 6単位
13 若年性認知症入所者受入加算	若年性認知症の方を受入、ご利用者毎に個別の担当者を定めて、本人や家族の希望を踏まえた介護サービスを提供した場合	1日につき 120単位
14 認知症専門ケア加算（Ⅰ） 認知症専門ケア加算（Ⅱ）	認知症介護研修を修了している者を6名以上配置し、専門的な認知症ケアを実施した場合	1日につき （Ⅰ） 3単位 （Ⅱ） 4単位
15 看取り介護加算	医師が終末期にあると判断した入所者について、医師、看護師、介護職員等が、共同して、本人又は家族等の同意を得ながら看取り介護を行った場合	亡くなられた日より 31日前～45日前 1日につき 72単位 4日前～30日前 1日につき 144単位 前日、前々日 1日につき 680単位 当日 1,280単位

16 退所前後訪問相談援助加算	ご利用者等に退所前後に居宅等を訪問して退所後の居宅サービス、福祉サービス等についてご利用者の退所後30日以内に当該ご利用者の居宅を訪問し相談援助を行った場合	1日につき 460単位
17 退所時相談援助加算	ご利用者退所後に福祉サービス等の相談援助を行い、かつ退所の日から2週間以内に市町村及び老人介護支援センターに介護状況を示す文書をそえて情報提供した場合	1日につき 400単位
18 退所前連携加算	ご利用者の退所に先立って、指定居宅介護支援事業者に居宅サービスに必要な情報を提供するなど調整を行った場合	1日につき 500単位
19 生活機能向上連携加算	自立支援・重度化防止に資する介護を推進するため、外部のリハビリテーション専門職と連携する場合	1月につき 200単位 1月につき※ 100単位 ※個別機能訓練加算を算定している場合
20 排せつ支援加算	<p>イ 排せつに介護を要する入所者等ごとに、要介護状態の軽減の見込みについて、医師又は医師と連携した看護師が施設入所時等に評価するとともに、少なくとも6月に1回、評価を行い、その評価結果等を厚生労働省に提出し、排せつ支援に当たって当該情報等を活用していること。</p> <p>ロ イの評価の結果、適切な対応を行うことにより、要介護状態の軽減が見込まれる者について、医師、看護師、介護支援専門員等が共同して、排せつに介護を要する原因を分析し、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ていること。</p> <p>ハ イの評価に基づき、少なくとも3月に1回、入所者等ごとに支援計画を見直していること。</p>	1月につき 10単位
21 褥瘡マネジメント加算	<p>イ 入所者等ごとに褥瘡の発生と関連のあるリスクについて、施設入所時に評価するとともに、少なくとも3月に1回、評価結果等を厚生労働省に提出し、褥瘡管理の実施に当たって当該情報等を活用していること。</p> <p>ロ イの評価結果、褥瘡が発生するリスクがあるとされた入所者等ごとに、医師、看護師、管理栄養士、介護職員、介護支援相談員その他の職種の者が共同して、褥瘡管理に関する褥瘡ケア計画を作成していること。</p> <p>ハ 入所者等ごとの褥瘡ケア計画に伴い褥瘡管理を実施擦るとともに、その管理の内容や入所者ごとの状態について定期的に記録していること。</p> <p>二 イの評価に基づき、少なくとも3月に1回、入所者等ごとに褥瘡ケア計画を見直していること。</p>	1月につき 3単位
22 再入所時栄養連携加算	介護保険施設の入所者が医療機関に入院し、経管栄養又は嚥下調整食の新規導入など、施設入所時とは大きく異なる栄養管理が必要となった場合について、介護保険施設の管理栄養士が当該医療機関の管理栄養士と連携して、再入所後の栄養管理に関する調整を行った場合。	1回につき 400単位
23 安全対策体制加算	※入所時に1回に限り算定可能〔算定要件〕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こと。	1回につき 20単位
24 生産性向上推進体制加算（Ⅰ）	（Ⅱ）の要件を満たし、（Ⅱ）のデータにより業務改善の取組による成果が確認されていること。	1月につき 100単位
25 生産性向上推進体制加算（Ⅱ）	利用者の安全並びに介護サービスの質の確保及び職員の負担軽減に資する方策を検討するための委員会の開催や必要な安全策を講じた上で、生産性向上ガイドラインに基づいた改善活動を継続的に行っていること。	1月につき 10単位

26 協力医療機関連携加算	介護保険施設等において、定期的なカンファレンスの実施による協力医療機関*との連携体制の構築をした場合 ※(1)の単位について、令和6年度は100単位/月ですが、令和7年度からは50単位/月となります。 (1) 協力医療機関の要件①～③を満たす場合 ① 入所者等の病状が急変した場合等において、医師又は看護職員が相談対応を行う体制を常時確保していること ② 高齢者施設等からの診療の求めがあった場合において、診療を行う体制を常時確保していること ③ 入所者等の病状が急変した場合等において、入院を要すると認められた入所者等の入院を原則として受け入れる体制を確保していること (2) それ以外の場合	1月につき 100単位
		1月につき 5単位

上記の介護費に加え、下記の加算・費用がかかります。

◎ 介護職員等処遇改善加算 I

その月に提供したサービス単位数に0.140を乗じた単位数が加算されます。（端数は四捨五入となります。）

◎ 地域区分（7級地）

慈光園(大和高田市)は地域区分7級地に属しており、基本サービス費に加算分を加えたものに、10.14円を乗じた金額が利用料金となります。（円未満は切り捨て）

この利用料金から介護保険給付額を除いた金額が自己負担額となります。

◎ 介護保険給付対象の利用料は、負担割合証に記載されている割合の負担となります。

(4) 介護保険の給付の対象外となるサービス

以下のサービスは、利用料金の全額がご契約者の負担となります。

種類	内容																												
居室の提供	<ul style="list-style-type: none"> ○ ご入所にあたり、住まいとなる居室を提供いたします。 ○ 居室には多床室（4人部屋）及び個室があります。 ○ 居室の変更、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、ご利用者やご家族等と協議の上決定するものとします。 <p>《利用料金》</p>																												
(日額/円)																													
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th rowspan="2">区分</th> <th>負担額</th> <th colspan="4">負担限度額</th> </tr> <tr> <th>基準費用額</th> <th>第1段階</th> <th>第2段階</th> <th>第3段階①</th> <th>第3段階②</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>個室</td> <td>1,231円</td> <td>380円</td> <td>480円</td> <td>880円</td> <td>880円</td> </tr> <tr> <td>多床室</td> <td>915円</td> <td>0円</td> <td>430円</td> <td>430円</td> <td>430円</td> </tr> </tbody> </table>					区分	負担額	負担限度額				基準費用額	第1段階	第2段階	第3段階①	第3段階②	個室	1,231円	380円	480円	880円	880円	多床室	915円	0円	430円	430円	430円		
区分	負担額	負担限度額																											
	基準費用額	第1段階	第2段階	第3段階①	第3段階②																								
個室	1,231円	380円	480円	880円	880円																								
多床室	915円	0円	430円	430円	430円																								
<p>※ 市町村への申請により住民税課税状況に応じた減額（特定入所者介護サービス費）が適用された場合には、介護保険負担限度額認定証に示す第1～3段階の負担額となります。</p> <p>※ 居住費について、入所期間中に入院又は外泊した場合は、6日目迄は所定の料金（入所時と同じ料金）を頂きます。7日目以降は基準費用額をお支払い頂きます。</p>																													
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 33.33%;">第1段階該当者</td> <td colspan="5">本人及び世帯全員が住民税非課税で、老齢福祉年金の受給者。または生活保護の受給者。</td> </tr> <tr> <td>第2段階該当者</td> <td colspan="5">住民税非課税世帯であって、合計所得金額+課税年金収入額+非課税年金収入額が80万円以下。</td> </tr> <tr> <td>第3段階①該当者</td> <td colspan="5">住民税非課税世帯であって、合計所得金額+課税年金収入額+非課税年金収入額が80万円以上120万円以下。</td> </tr> <tr> <td>第3段階②該当者</td> <td colspan="5">住民税非課税世帯であって、合計所得金額+課税年金収入額+非課税年金収入額が120万円以上。</td> </tr> </table>						第1段階該当者	本人及び世帯全員が住民税非課税で、老齢福祉年金の受給者。または生活保護の受給者。					第2段階該当者	住民税非課税世帯であって、合計所得金額+課税年金収入額+非課税年金収入額が80万円以下。					第3段階①該当者	住民税非課税世帯であって、合計所得金額+課税年金収入額+非課税年金収入額が80万円以上120万円以下。					第3段階②該当者	住民税非課税世帯であって、合計所得金額+課税年金収入額+非課税年金収入額が120万円以上。				
第1段階該当者	本人及び世帯全員が住民税非課税で、老齢福祉年金の受給者。または生活保護の受給者。																												
第2段階該当者	住民税非課税世帯であって、合計所得金額+課税年金収入額+非課税年金収入額が80万円以下。																												
第3段階①該当者	住民税非課税世帯であって、合計所得金額+課税年金収入額+非課税年金収入額が80万円以上120万円以下。																												
第3段階②該当者	住民税非課税世帯であって、合計所得金額+課税年金収入額+非課税年金収入額が120万円以上。																												

食事の提供	<ul style="list-style-type: none"> ○ 管理栄養士の立てる献立表により、ご利用者の栄養並びに身体の状況及び嗜好を考慮した食事を提供します。 <p>《利用料金》</p>																						
	(日額/円)																						
	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th rowspan="2">区分</th> <th rowspan="2">負担額</th> <th colspan="4">負担限度額</th> </tr> <tr> <th>第1段階</th> <th>第2段階</th> <th>第3段階①</th> <th>第3段階②</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>基準費用額</td> <td></td> <td>300円</td> <td>390円</td> <td>650円</td> <td>1,360円</td> </tr> <tr> <td>食費</td> <td>1,445円</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table> <p>※ 市町村への申請により住民税課税状況に応じた減額（特定入所者介護サービス費）が適用された場合には、介護保険負担限度額認定証に示す第1～3段階の負担額となります。</p>	区分	負担額	負担限度額				第1段階	第2段階	第3段階①	第3段階②	基準費用額		300円	390円	650円	1,360円	食費	1,445円				
区分	負担額			負担限度額																			
		第1段階	第2段階	第3段階①	第3段階②																		
基準費用額		300円	390円	650円	1,360円																		
食費	1,445円																						
特別な食事の提供	<ul style="list-style-type: none"> ○ ご利用者の希望に基づいて特別な食事を提供します。 <p>《利用料金》</p> <p>特別な食事のために要した追加の費用</p>																						
理髪	<ul style="list-style-type: none"> ○ 毎月1回理髪店の出張による理髪サービスをご利用いただけます。 <p>《利用料金》</p> <p>1回 2,000円</p> <p>※サービス内容を細分化している場合、（洗顔、洗髪、顔そり等）は、項目ごとに金額を定めることもあります。</p>																						
貴重品の管理	<ul style="list-style-type: none"> ○ 自らの手による金銭管理が困難な場合は、金銭管理サービスをご利用いただけます。 <p>1,000円 月額</p> <p>お預かりするもの：</p> <p>預り金等管理依頼書にて依頼されたもの</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 保管場所：通帳は事務室大金庫、印鑑は小金庫 ○ 保管管理者：施設長及び生活相談員が責任をもって管理します。 																						
複写物の交付	<ul style="list-style-type: none"> ○ ご利用者及びご家族等より複写物の交付を申し受けます。 <p>1枚につき 10円</p>																						
ご利用者の通院送迎 付添に係る費用	<p>原則、ご家族等の付添でお願い致します。</p> <p>業務の都合上、ご希望に添えない場合があります。</p> <p>県外の病院受診の送迎、付添に関しましては当園では行っておりません。</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 大和高田市内の医療機関【協力医療機関】への通院 <ul style="list-style-type: none"> *平日8:30～17:30 送迎費 無料、付添費 原則無料 <ul style="list-style-type: none"> ・ご家族等の都合で付添が出来ない場合は、施設出発時より帰園まで1時間毎1,200円 ・平日の8:30～17:30以外の通院、土日祝・年末年始（12/29～1/3）の通院について は、片道1,000円・付添費 施設出発時より帰園まで1時間毎1,200円 ○ 大和高田市外の医療機関への通院 <ul style="list-style-type: none"> *送迎費（片道） 1,000円 但し、 <ul style="list-style-type: none"> ・平日の8:30～17:30 施設より直線距離半径5km以下は、無料 *付添費 時間問わず出発時より帰園まで1時間毎1,200円 																						
教養娯楽費	<ul style="list-style-type: none"> ○ 1日につき 170円 																						
おやつ喫茶代	<ul style="list-style-type: none"> ○ 1日につき 250円 																						
買物他個人外出送迎 付添費	<ul style="list-style-type: none"> ・原則、平日8:30～17:30でお願い致します。 ・土日祝・年末年始（12/29～1/3）の送迎・付添は、行っておりません。 ・予めご相談下さい。 ・ご利用者の健康面を考慮し遠方への送迎は、ご遠慮いただいております。 <p>*送迎費 （片道） 1,000円</p> <p>*付添費（出発時より帰園まで1時間毎） 1,200円</p>																						
特殊な買物	<ul style="list-style-type: none"> ○ 1回につき 200円 																						
電気器具の使用料	<ul style="list-style-type: none"> ○ 私物の電気器具使用に伴う料金。 <p>1個1日につき 60円</p>																						
永眠後の処置費	<ul style="list-style-type: none"> ○ 永眠後の処置はエンゼルセットを使用し、綺麗なお姿で退園して頂きます。 <p>エンゼルセット 20,000円</p>																						

9. 利用料等のお支払い方法

前記の料金・費用は、1ヶ月ごとに計算し、ご請求しますので、翌月26日(銀行が休日等にあたる場合は翌営業日)に契約時に申し込みした預金口座(南都銀行)からの自動振替の方法でお支払い下さい。(1ヶ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。)預金口座より自動振替できない場合は、下記指定口座へお振込みをお願いいたします。その場合、振込手数料は支払者の負担となります。

お振込み金融機関指定口座

金融機関	南都銀行	高田本町支店	普通預金	口座番号	0148798
口座名	社会福祉法人 慈光園	(シャカイフクシホウジン ジコウエン)			

10. 身体拘束・虐待の禁止

- 事業者及び従業者は、原則として身体拘束その他利用者の行動を制限する行為を行いません。但し、利用者又は他の利用者の生命又は身体を保護するため、緊急やむを得ない場合はこの限りではありません。その場合には社会福祉法人慈光園身体拘束等行動制限についての取扱要領に基づき、利用者又はご家族等へ十分な説明をし同意を得るとともに、その態様及び期間、その際の利用者の心身の状況並びにやむを得ない理由及び経過について記録します。
- 事業者は、社会福祉法人慈光園身体拘束等行動制限についての取扱要領に基づき、従業者への教育を徹底するとともに、いかなる場合においても利用者に対し虐待行為は行いません。

11. 緊急時の対応

事業者は、利用者の急激な体調の変化又はけが等により、緊急に診察・治療が必要となった場合、利用者の主治医もしくは事業者の協力医療機関において、速やかに必要な治療等が受けられるよう措置を講じ、併せて、ご家族等へ速やかに連絡します。

12. 協力医療機関について

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はありません。

(1) 協力医療機関

医療機関の名称	吉本整形外科・外科病院
所在地	葛城市疋田676-1
電話番号	0745-69-5353
診療科	整形外科・内科・脳神経外科

医療機関の名称	済生会御所病院
所在地	御所市三室20番地
電話番号	0745-62-3585
診療科	内科・外科・整形外科・脳神経外科

医療機関の名称	松本クリニック
所在地	大和高田市神楽2-1-23-2
電話番号	0745-23-6667
診療科	心療内科・精神科・内科

(2) 協力歯科医療機関

医療機関の名称	松尾歯科医院
所在地	大和高田市北本町7-27
電話番号	0745-52-2090
医療機関の名称	せいじ歯科医院
所在地	橿原市西池尻町340-3
電話番号	0744-28-5817

13. 施設を退所していただく場合(契約の終了について)

当施設との契約では契約が終了する期日は特に定めていません。従って、以下のような事由がない限り、継続してサービスを利用することができますが、仮にこのような事項に該当するに至った場合には、当施設との契約は終了し、ご契約者に退所していただくことになります。

- ① 要介護認定によりご利用者の心身の状況が自立、要支援又は要介護1・2と判定された場合
- ② 契約期間満了日の1ヶ月以上前までに利用者から更新拒否の申し入れがあり、かつ契約期間が満了した場合
- ③ 利用者が死亡した場合
- ④ 利用者が病院又は診療所に入院された場合（ただし、入院期間が3ヶ月以内を除く）
- ⑤ ご利用者から退所の申し出があった場合
- ⑥ 事業者から退所の申し出を行った場合
- ⑦ 利用者が他の介護保険施設等に入所された場合
- ⑧ 事業者が解散した場合、破産もしくはやむを得ない理由により当施設を閉鎖した場合
- ⑨ 施設の滅失や重大な毀損により、ご利用者に対するサービスの提供が不可能になった場合
- ⑩ 当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

（1）ご利用者からの退所の申し出

契約の有効期間内であっても、ご利用者から当施設からの退所を申し出ることができます。その場合には、退所を希望する日の1ヶ月までに契約終了届をご提出下さい。

但し、以下の場合には、即時に契約を解除・解約し、施設を退所することができます。

- ① 介護保険給付対象外サービスの利用料金の変更に同意できない場合
- ② ご利用者が入院され、長期に渡り施設に戻れないとご家族等が判断した場合
- ③ 事業者もしくはサービス従事者が正当な理由なく本契約に定める介護福祉施設サービスを実施しない場合
- ④ 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
- ⑤ 事業者もしくはサービス従事者が故意又は過失によりご利用者の身体・財物・信用等を傷つけ、又は著しい不信行為、その他本契約を継続しがたい重大な事情が認められる場合
- ⑥ 他の利用者がご利用者の身体・財物・信用等を傷つけた場合もしくは傷つける具体的な恐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）事業者からの申し出により退所していただく場合（契約解除）

- ① ご利用者が、契約締結に際して、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、その結果本契約を継続しがたい重大な事情を生じさせた場合
- ② ご利用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、相当期間を定めた催告にもかかわらずこれが支払われない場合
- ③ ご利用者が、故意又は重大な過失により事業者又はサービス従事者もしくは他の利用者等の財物・信用等を傷つけ、又は著しい不信行為を行うことなどによって、本契約を継続しがたい重大な事情を生じさせた場合
- ④ ご利用者の行動が他の利用者やサービス従事者の生命、身体、健康に重大な影響を及ぼすおそれがあり、あるいは、ご利用者が重大な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
- ⑤ ご利用者が連続して3ヶ月を超えて病院、診療所に入院すると見込まれた場合もしくは入院した場合
- ⑥ ご利用者が介護保険施設等に入所した場合
- ⑦ ご利用者（そのご家族、身元引受人等も含む）が事業者や事業所の職員に対して暴言や暴行、非協力的など双方の信頼関係を損壊する行為に、改善の見込みがない場合や、一般常識を超えたと思われる苦情やハラスメント行為があった場合

(3) 当施設に入所中に、医療機関への入院の必要が生じた場合の対応

①3ヶ月以内の入院の場合

当初から3ヶ月以内の退院が見込まれて、実際に3ヶ月以内に退院された場合は、退院後再び施設に入所することができます。しかし、入院時に予定された退院日よりも早く退院した場合など、退院時に施設の受け入れ準備が整っていない時には、併設されている短期入所生活介護の居室等をご利用いただく場合があります。また、料金につきましては、入院の翌日から当該6日間(当該入院が月をまたがる場合は最大12日間)の範囲内で実際に入院した日数分で利用料金をご負担いただきます。

入院期間	利用料金
1. 検査入院等短期入院	1ヶ月6日以内(月をまたぐ場合は12日以内)は所定の料金
2. 前項1を超える入院	7日以降3ヶ月までは基準費用額

②3ヶ月以内の退院が見込まれない場合

3ヶ月を超えて入院が見込まれる場合には、契約を解除する場合があります。但し、契約を解除した場合であっても3ヶ月以内に退院された場合には、再び当施設に入所できるよう努めます。しかし、当施設が満室の場合には、短期入所生活介護を利用できるように努めます。

③3ヶ月を超えて入院した場合

3ヶ月を超えて入院した場合には、契約を解除する場合があります。この場合には、当施設に再び優先的に入所することは出来ません。

(4) 円滑な退所のための援助

ご利用者が当施設を退所する場合には、ご利用者の希望により、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、円滑な退所のために必要な以下の援助をご利用者に対して速やかに行います。但し13- (2) 事業者からの申し出により退所していただく場合(契約解除)を除く

- ① 病院もしくは診療所又は介護老人保健施設等の紹介
- ② 居宅介護支援事業者の紹介
- ③ その他保健医療サービス又は福祉サービスの提供者の紹介

(5) 契約終了後も居室が明け渡されない場合の利用料金

ご利用者が契約終了後も居室を明け渡さない場合等に、本来の契約終了日から現実に居室が明け渡された日までの期間に係る1日当たりの利用料金。

要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
9,740円	10,460円	11,200円	11,920円	12,630円

14. 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、ご利用者において、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、これまで最も身近にいて、ご利用者のお世話をされてきたご家族やご親族に就任していただくの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せん。
- (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契約者の受入先を確保する等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、そのご遺体や残置品(居室に残置する日常生活品や身の回り品等であり、又高価品は除外します。)の引き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。また、ご利用者が死亡されていない場合でも、入所契約が終了した後、当施設に残されたご利用者の残置品をご利用者自身が引き取れない場合には、身元引受人にこれを引き取って頂く場合があります。これらの引き取り等の処理にかかる費用については、ご契約者または身元引受人にご負担いただることになります。
- (5) 身元引受人が死亡したり破産宣告をうけた場合には、事業者は、あらたな身元引受人を立てていただくために、ご利用者にご協力ををお願いする場合があります。
- (6) 身元引受人には、利用料金の変更、施設サービス計画の変更等については、必ずその都度ご通知させていただきます。

15. 苦情への対応

- (1) ご利用者等は、事業者が提供する介護サービス等に相談や苦情がある場合、いつでも苦情受付窓口に問い合わせ及び苦情を申し立てることができます。その場合、事業者は社会福祉法人慈光園苦情対応マニュアルに基づき、速やかに事実関係を調査し、改善を行います。
- (2) 事業者は、ご利用者又はご家族等から前項の相談及び苦情申し立てがなされたことをもって、ご利用者に対して不利益、差別的な扱いをいたしません。
- (3) 事業者は、提供したサービスに関して保険者（市町村）等からの質問・照会・文書の提供等に応じ、苦情に関する調査に協力します。なお、市町村等からの指導又は助言を得た場合は、それに従い必要な改善を行います。

16. 苦情等申立窓口

- (1) 当施設における相談及び苦情受付

① 苦情受付担当者

特別養護老人ホーム慈光園	生活相談課課長
ショートステイ慈光園	生活相談課リーダー
デイサービスセンター慈光園	デイサービス課課長
在宅介護支援センター慈光園	居宅介護支援事業所課課長

② 第三者委員

氏名	佐々木育子	職名	弁護士
連絡先	檜原市内膳町5の3の31		
氏名	赤土孝子	職名	民生児童委員
連絡先	大和高田市野口690		
氏名	田中英芳	職名	慈光園評議員
連絡先	大和高田市材木町5-48		

③ 苦情解決責任者

特別養護老人ホーム慈光園	副園長あるいは副園長が指定した者
--------------	------------------

- (2) 行政機関その他苦情受付機関

奈良県介護保険課	TEL 0742-22-1101 (代)
大和高田市介護保険課	TEL 0745-22-1101 (代)
奈良県国民健康保険団体連合会（介護苦情受付係）	TEL 0744-29-8311 (代)
奈良県運営適正化委員会	TEL 0744-29-1212

17. 事故発生時の対応について

事故が発生した場合には、ご利用者やその家族に対し速やかに状況を報告、説明し、その被害の拡大防止を図るなど必要な措置を講じます。

18. 損害賠償について

- (1) 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、事業者は速やかにその損害を賠償いたします。但し、その損害の発生について、ご利用者側に故意又は過失が認められる場合においてご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ときには、事業者の損害賠償責任を減じる場合があります。
- (2) 事業者は、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（そのご家族、身元引受人等も含む）が、契約締結に際し、契約者の心身の状況及び疾病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（そのご家族、身元引受人等も含む）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 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。

19.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、医師又は看護職員と連携のうえ、ご契約者から聴取、確認をします。
- ③ 消防法などの規定に基づいて定期的に避難、救出その他必要な訓練を行います。
- ④ ご利用者が受けている要介護認定の有効期間満了日の30日前までに、要介護認定の更新申請のために必要な援助を行います。また、「区分変更」（要介護の認定調査を再度行ない、介護認定審査会で新たに判定をし直してもらうこと。）について、要介護認定の有効期間前に心身状態などに変化があった際に行ないます。認知症や身体機能が急激に進行・悪化してしまった場合は、保証人様等に状況説明の上、区分変更の申請を致します。
- ⑤ ご利用者に提供したサービスについて記録を作成し、5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頂きます。
- ⑥ ご利用者に対する身体拘束その他行動を制限する行為を行いません。但し、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、記録に記載するなどして、適正な手続きにより身体等を拘束する場合があります。
- ⑦ 事業者及びサービス従事者又は従業員は、サービスを提供するにあたって知り得たご契約者又はそのご家族、身元引受人及び連帯保証人に関する事項を正当な理由なく、第三者に漏洩しません（守秘義務）。但し、ご利用者に医療上の必要がある場合には、医療機関等にご利用者の心身等の情報を提供します。また、ご利用者の円滑な退所のために援助を行う際に情報提供を必要とする場合には、ご利用者の同意を得て行います。

20.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ご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）所持品、現金等の管理持込の許可及び禁止

所持品・現金等は、個人で管理して頂きます。（施設としては責任を負いません）

危険物の所持は、厳禁とします。

携帯電話、介護に差し障りのある所持品の持ち込みはご遠慮ください

（2）面会

面会時間：原則として9:00～19:00。来訪者は、必ずその都度事務所窓口の面会簿にご記入願います。なお来訪される場合、食べ物等の持ち込みは職員にご相談下さい。

（3）外出・外泊

外出・外泊をされる場合は、なるべく2日前まで（但し、緊急やむを得ない事情を除く）に届け出て下さい。また緊急連絡先なども知らせておいてください。

（4）医療機関への受診

園外受診については、原則ご家族の付き添いでお願いします

（5）施設・設備の使用上の注意

- ① 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。
- ② ご利用者（そのご家族、身元引受人等も含む）が、施設、設備を壊したり、汚したりした場合には、ご契約者に相当の代価をお支払いいただく場合があります。
- ③ 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、ご契約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。但し、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。
- ④ 当施設の職員や他の入所者に対し、迷惑を及ぼすような宗教活動、政治活動、営利活動等を行うことはできません。

（6）喫煙

全館禁煙

（7）迷惑行為等

騒音等他のご利用者の迷惑になる行為はご遠慮ねがいます。また、むやみに他のご利用者の居室等に立ち入らないようにしてください。

暴力行為及び暴言、或は集団生活を著しく乱された場合は、当施設をご利用できません。

当法人の施設内外における盗撮（写真・動画）等および盗聴（録音）等について ご利用者様、職員の個人情報およびプライバシーを保護する観点から、固く禁止しております。また、インターネットのブログ等への投稿も禁止いたします。

21.その他

(1) たん吸引等の取扱いについて

特別養護老人ホームにおいて、「特別養護老人ホームにおけるたんの吸引等の取り扱いについて（平成22年4月1日付け医政発第0401第17号）」に基づき、たんの吸引等を行っている介護職員が、平成24年4月以降も引き続きその行為を行うことができるようになりました。「認定特定行為業務従事者（経過措置）」として県知事の認定を受けた者がたんの吸引・胃ろうにおける経管栄養の業務にあたります。

(2) 介護保険法等の順守

介護保険法等の一部が改正された時は、介護保険法を遵守し、この契約の一部を読み替えることができます。もしくは一部の加算項目に変更が生じた時も、同様の扱いとします。

(3) 実習生受け入れについて

当施設では専門職を養成する学校法人等の養成機関からの依頼を受け、現場実習の受け入れを行います。実習生が期間中にご利用者の援助をさせて頂くこともあります。実習生がご利用者の方々に対して適切な援助を行えるよう養成機関や当施設従業者により指導を行っていきます。なお、実習生も従業者と同様に個人情報の取扱いを適正に行うものとします。

(4) 第三者評価について

実施しておりません。

22.連帯保証人

(1) 連帯保証人は、ご利用者と連携して、本契約から生じる利用者の債務を負担するものとします。

(2) 前項の負担は極度額、施設利用料金六ヶ月分を限度とします。（別紙1参照）

(3) 連帯保証人が負担する債務の元本は、ご利用者又は連帯保証人が死亡した時に、確定するものとします。

(4) 連帯保証人の請求があった時は、事業者は連帯保証人に對し、遅滞なく、利用料等の支払状況や滞納金の額、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ます。

説明し契約した日時及び場所

年 月 日 時 分 ~ 時 分

(に於いて)

指定介護老人福祉施設サービスの提供に際し、本書面に基づき重要事項説明書に記載する重要事項の説明を行いました。

事業者 特別養護老人ホーム慈光園
施設長 伊東清隆

説明者職名

氏 名 印

私達は、本書面に基づいて事業者から重要事項の説明を受け、指定介護老人福祉施設サービスの提供開始に同意しました。

契約者兼利用者 住 所

氏 名 印

身元引受人 (契約者との関係：)

(原則としてご家族の方とします。ご家族がどうしても身元引受人となれない場合には、立会人として、ご家族の立会いを求めることがあります。)

住 所

氏 名 印

連帯保証人 (契約者との関係：)

(原則としてご家族の方とします。ご家族がどうしても連帯保証人となれない場合には、立会人として、ご家族の立会いを求めることがあります。)

住 所

氏 名 印

私は、契約者が事業者から重要事項の説明を受け、指定介護老人福祉施設サービスの提供開始に同意したことを確認しましたので、私が契約者に代わって署名を代行いたします。

署名代行者 (契約者との関係：)

住 所

氏 名 印

立会人 (契約者との関係：)

(身元引受人及び連帯保証人が利用者の家族でない場合には、この立会人は家族の方になっていただきます。)

住 所

氏 名 印