

# 特別養護老人ホーム照陽園重要事項説明書

介護保険の指定番号（４０７５５０００５０）

当施設はご契約者に対して指定介護福祉施設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内容、契約上注意いただきたいことを次のとおり説明します。

＊ 当施設の入居は原則として要介護認定の結果、「要介護３以上」と認定された方が対象となります。

但し、要介護１、２と認定された方についてもやむを得ない事由により居宅での生活が困難と認められた場合に、保険者の適切な関与の下、特例的に入所(以下「特例入所」という。)を認められた方についても対象となります。

## 1. 施設経営法人

- |          |                  |
|----------|------------------|
| （１）法人名   | 社会福祉法人宮田福祉会      |
| （２）法人所在地 | 福岡県宮若市磯光２１５９番地の１ |
| （３）電話番号  | ０９４９－３２－９４８２     |
| （４）代表者氏名 | 理事長 永田長子         |
| （５）設立年月日 | 昭和６２年６月５日        |

## 2. ご利用施設

- |            |                                                                                                                                                                                                                          |
|------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| （１）施設の種類   | 指定介護老人福祉施設・平成１２年４月１日指定                                                                                                                                                                                                   |
| （２）施設の目的   | <p>指定特別養護老人ホームは、介護保険法令に従い、ご契約者（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、ご契約者に日常生活を営むために必要な居室及び共同施設等をご利用いただき、介護施設サービスを提供します。</p> <p>この施設は、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。</p> |
| （３）施設の名称   | 特別養護老人ホーム照陽園                                                                                                                                                                                                             |
| （４）施設の所在地  | 福岡県宮若市磯光２１５９番地の１                                                                                                                                                                                                         |
| （５）電話番号    | ０９４９－３２－９４８２                                                                                                                                                                                                             |
| （６）施設長名    | 永田長子                                                                                                                                                                                                                     |
| （７）施設の運営方針 | 施設は、明るく家庭的な雰囲気のもと、入居者の意思及び人格を尊重し、常にその者の立場に立ち、家庭や地域との連携の下で指定介護福祉施設サービスを提供するように努めるものとする。                                                                                                                                   |
| （８）開設年月日   | 昭和６３年４月１８日                                                                                                                                                                                                               |
| （９）入所定員    | ５０人                                                                                                                                                                                                                      |

## 3. 居室の概要

- （１）居室等の概要

当施設では以下の居室・設備を用意しています。入居される居室は、原則として4人部屋です。

| 居室・設備の種類 | 室 数 | 備 考                                    |
|----------|-----|----------------------------------------|
| 2人部屋     | 1室  |                                        |
| 4人部屋     | 14室 |                                        |
| 合 計      | 15室 |                                        |
| 食 堂      | 1室  |                                        |
| 機能訓練室    | 1室  | 平行棒、マイクロ波、ホットパック                       |
| 浴 室      | 1室  | 特殊浴槽1基、車椅子入浴装置1基、ミスト<br>浴入浴装置1基、普通浴槽1基 |
| 医務室      | 1室  |                                        |

\* 上記は、厚生省で定める基準により、指定介護老人福祉施設に必要な義務付けられている施設・設備です。この施設・設備の利用にあたって、ご契約者に特別にご負担をいただく費用はありません。

☆ 居室の変更：ご契約者から居室の変更の希望の申出があった場合は、居室の空き状況により施設でその可否を決定します。又、ご契約者の心身の状況により居室を変更する場合があります。その際にはご契約者やご家族に連絡いたします。

#### 4. 職員の配置状況

当施設では、ご契約者に対し指定介護福祉施設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。

\* 職員の配置については、指定基準を遵守しています。

| 職 種        | 常勤換算 | 指定基準 |
|------------|------|------|
| 1. 施設長     | 1    | 1名   |
| 2. 副施設長    | 1    |      |
| 3 事務長      | 1    |      |
| 4. 介護職員    | 16以上 | 16名  |
| 5. 生活相談員   | 1    | 1名   |
| 6. 看護職員    | 2以上  | 2名   |
| 7. 機能訓練指導員 | 1    | 1名   |
| 8. 介護支援専門員 | 1    | 1名   |
| 9. 医師（非常勤） | 0.1  | 1名   |
| 10. 管理栄養士  | 1    | 1名   |

<主な職種の勤務体制>

| 職 種     | 勤 務 体 制                                                                                                   |
|---------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1. 医 師  | 毎週火、木 9:30 ～ 11:30 分                                                                                      |
| 2. 介護職員 | 標準的な時間帯における最低配置人員<br>早出： 6:30～15:30 1名<br>日勤： 7:30～16:30 3～4名<br>遅出： 10:00～19:00 4名<br>夜間： 16:30～ 9:30 2名 |
| 3. 看護職員 | 標準的な時間帯における最低配置人員<br>早出： 7:30～16:30 1名<br>遅出： 9:00～18:00 1名                                               |

5. 当施設が提供するサービスと利用料金

当施設では、ご契約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場合
- (2) 利用料金の全額をご契約者に負担いただく場合があります。

(1) 介護保険の給付の対象となるサービス

以下のサービスについては、利用料金の大部分（通常9割）が介護保険から給付されます。

<サービスの概要>

① 食 事

- ・当施設では、管理栄養士に立てる献立表により、栄養並びにご契約者の身体の状況および嗜好を考慮した食事を提供します。
  - ・ご契約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）

入居者の生活習慣を尊重した適切な時間に実施いたします。

② 入 浴

- ・入浴を週最低2回又は清拭を行います。
- ・寝たきりでも機械浴槽を使用して入浴することが出来ます。

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

- ・医師や看護職員が、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、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。

＜サービス利用料金（１日あたり）＞

下記の料金表によって、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費額を除いた金額（自己負担額）と食事に係る標準自己負担額の合計金額をお支払ください。（サービスの利用料金は、ご契約者の要介護度に応じて異なります。）

① 基本料金

- ・施設利用料

(1) 利用料金が介護保険から給付される場合

当施設が提供したサービスの利用料は、厚生大臣が定める基準によるものとし法定代理受領サービスであるときは、介護負担割合証に記載された割合の額とする。但し、厚生大臣が定める基準が変更した場合は、それに準ずる。

| １日あたりの利用料 |       |
|-----------|-------|
| 要介護度 1    | 5,890 |
| 要介護度 2    | 6,590 |
| 要介護度 3    | 7,320 |
| 要介護度 4    | 8,020 |
| 要介護度 5    | 8,710 |

（令和 8. 6. 1 より施行）

|                              |                    |        |
|------------------------------|--------------------|--------|
| 日常生活継続支援加算（Ⅰ）                |                    | 360    |
| サービス提供体制強化加算（Ⅲ）              |                    | 60     |
| 栄養マネジメント強化加算                 |                    | 110    |
| 看護体制加算（Ⅰ）イ                   |                    | 60     |
| 看護体制加算（Ⅱ）イ                   |                    | 130    |
| 看取り介護加算                      | 死亡以前 45 日以上 31 日以下 | 720    |
|                              | 死亡以前 4 日以上 30 日以下  | 1440   |
|                              | 死亡日以前 2 日又は 3 日    | 6,800  |
|                              | 死亡日                | 12,800 |
| 療養食加算                        | 1 回                | 60     |
| 個別機能訓練加算                     |                    | 120    |
| 初期加算（入所日から 30 日以内入院後の再入所も同様） |                    | 300    |
| 病院又診療所への入院を要した場合居宅における外泊     |                    | 2,460  |

|                     |                        |
|---------------------|------------------------|
| 夜勤職員配置加算（Ⅰ）イ        | 220                    |
| 口腔衛生管理加算（月あたり）      | 900                    |
| 安全対策体制加算(入所時 1 回)   | 200                    |
| 科学的介護推進体制加算Ⅰ（Ⅰ月あたり） | 400                    |
| 介護職員処遇改善加算（Ⅱ）       | 1 月につき + 所定単位×172／1000 |

＊ 入所期間中に入院、または自宅に外泊した期間の取扱いについては、介護保険給付の扱いに応じた料金となりますのでご了承ください。

☆ 要介護者がまだ要介護認定を受けていない場合には、サービス利用料金の金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、自己負担額を除く金額が介護保険から払戻されます。（償還払い）。償還払いとなる場合、ご契約者が介護保険給付の申請を行うために必要となる事項を記載した「サービス証明書」を交付いたします。

☆ 介護保険からの給付額に変更があった場合、変更された額に合わせて、ご契約者の負担額を変更します。

## （2）介護保険の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契約者の負担となります。

### ＜サービスの概要と利用料金＞

#### ・食費の提供に要する費用（食材料費及び調理費）

| 食事の提供に要する費用 | 通常<br>(第4段階)   | 介護保険負担限度額認定証に記載されている額 |              |              |                |
|-------------|----------------|-----------------------|--------------|--------------|----------------|
|             |                | 第1段階                  | 第2段階         | 第3段階①        | 第3段階②          |
|             | 1 日<br>1,445 円 | 1 日<br>300 円          | 1 日<br>390 円 | 1 日<br>650 円 | 1 日<br>1,360 円 |

＊ 重要事項説明書に定めのとおり、個人の希望により特別に用意する食事・外食等にかかった費用は実費負担となりますので、上記の金額を超える場合があります。

#### ・居住（滞在に要する費用（光熱水費及び室料）1日あたりの利用料（居住費）

| 居住（滞在）に要する費用 | 通常<br>(第4段階) | 介護保険負担限度額認定証に記載されている額 |           |           |
|--------------|--------------|-----------------------|-----------|-----------|
|              |              | 第1段階                  | 第2段階      | 第3段階      |
| 多床型          | 1 日 915 円    | 1 日 0 円               | 1 日 430 円 | 1 日 430 円 |

#### ・貴重品の管理

○ 管理する金銭の形態 : 利用者よりお預かりした預金通帳

○ お預かりするもの : 上記預金通帳と金融機関へ届出た印鑑、年金証書

○ 保管管理者 : 施設長

○ 出納方法 : 手続きの方法は以下の通りです。

・預金の預け入れ及び引き出しが必要な場合、備え付けの届出書を保管管理者に提出していただきます。

・保管管理者は上記届出書の内容に従い、預金の預入及び引き出しを行います。

・保管管理者は出入金の都度、出入金記録を作成し、その写しをご契約者に交付します。

○ 利用料金 : 別紙明細書通り

・ 喫茶費用 1回あたり ￥100、利用回数に応じて徴収いたします。

・その他 特別食、理美容費、写真代……等は別途実費料金がかかります。

・レクレーション、クラブ活動

ご契約者の希望によりレクレーションやクラブ活動に参加していただくことができます。

利用料金：材料代等の実費をいただきます。

・複写物の交付

ご契約者は、サービス提供についての記録をいつでも閲覧できますが、複写物を必要とする場合には実費をご負担いただきます。

1枚につき10円

・日常生活上必要となる諸費用実費

日常生活の購入代金等ご契約者の日常生活に要する費用でご契約者に負担いただくことが適当であるものにかかる費用を負担いただきます。

### (3) 利用料金の支払い方法

前記(1)(2)の料金・費用は、1ヶ月毎に計算しご請求しますので、翌月20日までに以下のいずれかの方法でお支払ください。(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。)

ア. 金融機関口座からの自動引き落とし

利用できる金融機関 福岡銀行、ゆう貯銀行

イ. 下記指定口座への振込み

福岡銀行宮田支店 普通預金 988021

ゆう貯銀行 普通預金 17460-72969911

### (4) 入居中の医療の提供

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・治療を保証するものではありません。)

又、下記医療機関での診療・治療を義務付けるものでもありません。)

#### ①協力医療機関

|         |                |
|---------|----------------|
| 医療機関の名称 | 医療法人山近内科医院     |
| 所在地     | 宮若市本城 569 番地 1 |

|       |              |
|-------|--------------|
| 診 療 科 | 内 科          |
| 電話番号  | 0949-32-0135 |

## ②協力歯科医療機関

|         |              |
|---------|--------------|
| 医療機関の名称 | 藤田歯科医院       |
| 所 在 地   | 直方市新町 2-6-36 |
| 電話番号    | 0949-22-1123 |

## 6. 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はできますが、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契約者の心身の状況が自立、要支援、または要介護 1,2 と判断され特例入所が認められなかった場合<br>② 事業者が解散した場合、破産した場合又はやむを得ない事由によりホームを閉鎖した場合<br>③ 施設の減失や重大な毀損により、ご契約者に対するサービスの提供が不可能になった場合<br>④ 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<br>⑤ ご契約者から退所の申し出を行った場合<br>⑥ 事業者から退所の申し出を行った場合 |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

### （1）ご契約者から退所の申し出（中途解約・契約解除）

契約の有効期間であっても、ご契約者から当施設の退所を申出ることができます。その場合には、退所を希望する日の 7 日までに解約届出書をご提出ください。

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

- |                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| ① 介護保険給付対象サービスの利用料金の変更に同意できない場合<br>② ご契約者が入院された場合<br>③ 事業者若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<br>④ 事業者若しくはサービス従業者が守秘義務に違反した場合<br>⑤ 事業者若しくはサービス従業者が故意又は過失によりご契約者の身体・財物・信用等を傷つけ、又は著しい不信行為、その他本契約を継続し難い重大な事情が認められる場合<br>⑥ 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若しくは傷つける恐れがある場合において、事業者が適切な対応を取らない場合 |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

### （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）

以下の事項に該当する場合には、当施設からの退所をしていただくことがあります。

- |                                                                                                                                        |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 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、その結果本契約を継続し難い重大な事情を生じさせた場合<br>② ご契約者によるサービス料金の支払が 2 ヶ月以上遅延し、相当期間を定めた催告にもかかわらず |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

わらずこれが支払われない場合

- ③ ご契約者が、故意又は重大な過失により事業者又はサービス従事者若しくは他の利用者の生命・身体・財物・信用等を傷つけ、又は著しい不信行為を行うなどによって、本契約を継続し難い重大な事情を生じさせた場合
- ④ ご契約者が連続して3ヶ月を超えて病院又は診療所に入院すると見込まれる場合若しくは入院した場合
- ⑤ ご契約者が介護老人保健施設に入所した場合若しくは介護療養型施設に入院した場合

＊ 契約者が病院等に入院された場合の対応について

当施設に入所中に、医療機関への入院が生じた場合の対応は、以下の通りです。

①検査入院等、6日間以内の短期入院の場合

6日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。  
但し、入院期間中であっても、所定の利用料金をご負担いただきます。

②7日間以上3ヶ月以内の入院の場合

3ヶ月以内に退院された場合には、退院後再び施設に入所することができます。但し入院時に予定された退院日より早く退院した場合等、退院時にホームの受け入れ準備が整っていない場合には、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。

③3ヶ月以内の退院が見込まれない場合

3ヶ月以内の退院が見込まれない場合には、契約を解除する場合があります。この場合には、当施設に優先的に入所することはできません。

(3)円滑な退所のための援助

ご契約者が問う施設を退所する場合には、ご契約者の希望により事業者はご契約者の心身の状況、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契約者に対して速やかに行います。

- 適切な病院若しくは診療所又は介護保健施設等の紹介
- 居宅介護支援事業所の紹介
- 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

7. 施設利用に当たっての留意事項

- ・面 会 8：00～19：00まで。時間外は事前に電話連絡をしてください。
- ・外出、外泊 外出・外泊届出用紙に必要事項記入の上届出をして下さい。個人での外出、外泊は必ずご家族の引率が必要です。
- ・飲酒、喫煙 健康管理上、飲酒は制限、管理させていただきます。  
敷地内禁煙

- ・設備、器具の利用 施設内の居室や設備、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、賠償の対象となる  
ことがあります。
- ・金銭の管理 現金での管理が出来ませんので、預り金は預金管理とさせていただきます。  
それに及ばない場合の盗難、紛失には一切責任を負いません  
のでご了承ください。
- ・所持品の持込み スペースに限りがあります。出来るだけ少なくし衣類などは季節毎  
の衣替えをお願いいたします。不要な衣類はご家族で管理お願い  
します。
- ・施設外での受診 ① 緊急時及び定期検診以外は、家族でお願いします。どうしても都合が  
つかないときはご相談を受け、引率代として実費（1 時間 1,200 円）をいた  
だきます。  
② 透析受診は家族でお願いいたします。どうしても都合がつかない場合は  
ご相談を受けますが、引率代として実費（時間で換算）をいただきます。
- ・宗教活動 施設内での入園者に対する宗教活動及び政治活動はご遠慮ください。
- ・ペット ペットの持ち込み及び飼育はお断りします。
- ・禁止行為  
ア 職員に対する身体的暴力（身体的な力を使って危害を及ぼす行為）  
イ 職員に対する精神的暴力（人の尊厳や人格を言葉や態度によって傷つけた  
り、おとしめたりする行為）  
ウ 職員に対するセクシュアルハラスメント（意に添わない性的誘いがけ、  
好意的態度の要求、性的な嫌がらせ行為）

## 8. 事故発生の防止及び発生時の対応

施設は、事故の発生又はその再発を防止するため、次の各号に定める措置を講じます。

- 1 事故が発生した場合の対応は、次号に規定する報告の方法等が記載された事故発生の  
防止のための指針を整備。
- 2 事故が発生した場合又はそれに至る危険性がある事態が生じた場合に、当該事実が  
報告され、その分析を通じた改善策に従業者に周知徹底する体制の整備。
- 3 事故発生の防止のための委員会及び従業員に対する研修を定期的に行う。
- 4 施設は、入所者に対する指定介護福祉施設サービスの提供により賠償すべき事故が  
発生した場合は、損害賠償を速やかに行います。

## 9. 緊急時の対応方法

ご利用者に容体の変化等があった場合は、医師に連絡する等必要な処置を講ずるほか、  
ご家族の方に速やかに連絡いたします。

| 第 1 緊急連絡先 |  | 第 2 緊急連絡先 |  |
|-----------|--|-----------|--|
| 氏 名       |  | 氏 名       |  |
| 続 柄       |  | 続 柄       |  |
| 電話番号      |  | 電話番号      |  |

|      |  |      |  |
|------|--|------|--|
| 携帯電話 |  | 携帯電話 |  |
| 住 所  |  | 住 所  |  |

## 10. 残置物引取り人

入所契約終了後、当施設に残されたご契約者の所持品（残置物）をご契約者自身が引き取れない場合は、施設から身元引受人に連絡し残置物を引き取っていただきます。又、引渡にかかる費用については、ご契約者又は身元引受人、保証人にご負担いただきます。

## 11. 業務継続計画の策定等について

- （１）感染症や非常災害の発生時において、利用者に対する特別用老人ホームの提供を継続的に実施するための、及び非常時の体制で早期の業務再開を図るための計画（業務継続計画）を策定し、当該業務継続計画に従って必要な措置を講じます。
- （２）従業者に対し、業務継続計画について周知するとともに、必要な研修及び訓練を定期的に行います。
- （３）定期的に業務継続計画の見直しを行い、必要に応じて業務継続の変更を行います。

## 12. 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。

#### ①当施設ご利用者相談・苦情担当

|    |          |       |       |              |
|----|----------|-------|-------|--------------|
| 担当 | お客様サービス課 | 生活相談員 | 吉村佳子  | 32-9482      |
|    | 苦情解決責任者  | 施設長   | 永田長子  | 32-9482      |
|    | 第三者委員    |       | 近藤 大  | 32-0923      |
|    | 〃        |       | 野田部哲也 | 092-915-3511 |

#### ②その他

当施設以外に、区市町村の相談・苦情窓口等でも受け付けています。

|                            |                                                             |
|----------------------------|-------------------------------------------------------------|
| 宮若市保健福祉課老人担当               | 所在地 宮若市宮田 29 番地 1<br>TEL 0949-32-0515 FAX 0949-32-9430      |
| 福岡県介護保険広域連合鞍手支部            | 所在地 宮若市宮田 68-5<br>TEL 0949-34-5046 FAX 0949-34-5047         |
| 福岡県国民健康保険団体連合会             | 所在地 福岡市博多区吉塚本町 1 3-4 7<br>TEL 092-642-7859 FAX 092-642-7857 |
| 福岡県社会福祉協議会<br>福祉サービス苦情解決相談 | 所在地 福岡県春日市原町 3-1-7<br>TEL 092-915-3511 FAX 092-584-3354     |

## 13. 介護サービス情報の公表について

当施設では、提供するサービスの第三者による調査は受けていません。

## 14. 当社の概要

|          |                        |
|----------|------------------------|
| 名称・法人種別  | 社会福祉法人 宮田福祉会           |
| 代表者役職・氏名 | 理事長 永田長子               |
| 法人所在地・   | 福岡県宮若市磯光 2 1 5 9 番地の 1 |

電 話 の 番 号 ・ 0 9 4 9 - 3 2 - 9 4 8 2

施設の概要

- (1) 敷地面積 13,310 m<sup>2</sup>
- (2) 建物の構造 鉄筋コンクリート造平屋建
- (3) 建物の延べ床面積 1461.67 m<sup>2</sup>
- (4) 併設事業

当園では、次の事業を併設し実施しています

- 1. ユニット型特養（指定番号 40755000993 ） 定員 30 床
- 2. ショートステイ（短期保護）（指定番号 4075500050） 定員 8 床
- 3. 照陽園グループホーム（指定番号 4075500431） 定員 18 床
- 4. 在宅介護支援センター（宮若市委託事業）

令和 年 月 日

介護老人福祉施設入所にあたり、利用者に対して契約書および本書面に基づいて重要な事項を説明しました。

事業者

所 在 地 福岡県宮若市磯光 2 1 5 9 番地の 1  
名 称 特別養護老人ホーム照陽園  
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、指定介護福祉施設サービスの提供開始に同意しました。

利用者住所

氏 名 印  
利用者代理人氏名 (続柄 )