

短期入所生活介護重要事項説明書

介護予防短期入所生活介護重要事項説明書

事業者： 社会福祉法人 ファミリー

事業所： 短期入所生活介護 ハピネスあだち

介護予防短期入所生活介護 ハピネスあだち

「短期入所生活介護」重要事項説明書
「介護予防短期入所生活介護」重要事項説明書

当事業所は介護保険の指定を受けています。

東京都指定：72105450

当事業者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します。
事業者の概要や提供されるサービスの内容、契約上ご注意いただきたいことを
次の通り説明します。

※ 当サービス利用は、原則として要介護認定の結果「要介護」と認定され
た方が対象となります。要介護認定をまだ受けていない方でもサービス
の利用は可能です。

1. 事業者

- (1) 法人名 社会福祉法人 ファミリー
- (2) 法人所在地 青森県三戸郡五戸町字姥堤34番-1
- (3) 電話番号 0178-62-7491
- (4) 代表者氏名 理事長 佐藤 弘子
- (5) 設立年月日 平成6年 3月 30日

2. 事業者の概要

- (1) 事業者の種類 指定短期入所生活介護事業所
指定介護予防短期入所生活介護事業所
平成18年4月1日指定
東京都 72105450 号

※当事業所は特別養護老人ホーム ハピネスあだちに併設されています。

- (2) 事業者の目的 介護保険法令を遵守し、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事ができるように支援することを目的とします。
- (3) 事業者の名称 短期入所生活介護 ハピネスあだち
介護予防短期入所生活介護 ハピネスあだち
- (4) 事業者の所在地 東京都足立区江北3丁目14番1号
- (5) 電話番号 03-5839-3630
- (6) 管理者 施設長 橋本 飛鳥

(7) 社会福祉法人ファミリーの基本概念

利用者が市民として有する権利を制限されることなく、安全且つ快適な環境で、自由で楽しい、充実した生活を営んでいただくことを目的とします。

① 自由の尊重

集団生活ではあるが、出来得る限り、個人の要求を受容し、日常生活では、各自の様式で過ごしていただくことを支援していきます。

② 自治権の確立

主権者たる利用者が、運営の計画決定過程に参加し、意向が十分に反映できる組織を形成していきます。

③ 自己決定の権利

『自分の生き方、行動は自分で決める』こんな当たり前のことが見過ごされないよう、利用者の意思の確認を、日々の生活の中で常に心掛けていきます。

- (8) 開設年月日 平成18年 4月 1日

(9) 営業時間

営業日	年中無休
受付時間	9時00分～18時00分

- (10) 利用定員 1ユニット10名の2ユニット（全室個室ユニット型）

(11) 居室等の概要

当事業者では以下の居室・設備をご用意しています。当施設は全室個室ユニット型となっております。

定員	170人(17ユニット)	介護職員室	フロア毎1ヶ所 (35.28㎡)
居室	ユニット型個室(13.37㎡)150室	看護・医務室	3階1室 (36.95㎡)
ギャラリー多目的ホール	1階1ヶ所 (74.75㎡)	茶室	3階1室 (31.98㎡)
ミニシヨツプ	1階1ヶ所 (14.82㎡)	サロン	3・4階各1室 (13.80㎡)
ヘアサロン兼フットサロン	1階1室 (25.00㎡)	作業室	4階1室 (38.37㎡)
浴室	個浴【脱衣場合】ユニット毎1室(14.00㎡)	集会室(小)	5階1室 (28.14㎡)
	一般浴室【脱衣場合】フロア毎1室(40.60㎡)	集会室(大)	5階1室 (73.80㎡)
	特別浴室【脱衣場合】フロア毎1室(32.66㎡)	会議室	5階1室 (29.58㎡)
図書コーナー	2階1ヶ所 (13.80㎡)	多目的ホール	5階1室 (254.69㎡)
リビング兼食堂	ユニット毎1ヶ所 (35.28㎡)	バルコニー	各居室に隣接
機能訓練多目的ホール	フロア毎1ヶ所 (43.68㎡)	避難用滑り台	1ヶ所

※ 上記は、厚生労働省が定める基準による、短期入所生活介護事業所の施設・設備です。この施設・設備の利用にあたって、ご利用者に特別にご負担いただく費用はありません。また上記設備は介護老人福祉施設と併せて表示させていただいております。

☆居室の変更：ご利用者から居室の変更の申し出があった場合は、居室の空き状況により事業者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うえ決定するものとします。

☆居室に関する特記事項（すべての居室には、収納家具、トイレ、洗面所がございます。）

☆お部屋の料金（滞在に要する費用）は、下記のとおりです。（所得段階により異なります。）

ユニット型個室	第1段階	820円/日
	第2段階	820円/日
	第3段階	1,310円/日
	第4段階	2,420円/日

3. 職員配置状況

当事業者では、ご利用者に対して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指定配置しています。

<主な職員の配置状況>※職員の配置については、指定基準を遵守しています。

職 種	資 格	常 勤	非常勤	業 務 内 容
管 理 者	社会福祉施設長資格認定講習 課 程	1名		従事者及び業務の管理
医 師			4名	医療に関する業務
生活相談員	介護福祉士	2名		日常生活の相談・指導業務
介 護 職 員	介護福祉士	16名		生活全般に関する介護・相談及び援助
	ヘルパー1級	2名		
	ヘルパー2級	18名	20名	
	社会福祉主事	3名		
	その他	7名	10名	
看 護 職 員	看護師	2名		医療・保健衛生に関する業務
	准看護師	3名	2名	
栄 養 士	管理栄養士	1名		献立・栄養指導に関する業務
機能訓練指導員	理学療法士	1名		
	看護師他	1名		
介護支援専門員	介護支援専門員	(2)名		介護計画の作成・管理
事 務 職		2名		事務処理全般
合 計		58名	28名	

※ 常勤換算：職員それぞれの週あたりの勤務延時間の総数を当事業者に
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。

※ 上記職員は、介護老人福祉施設と短期入所生活介護、介護予防短期入所生活介護
を含んでいます。

<主な職員の勤務形態>

職 名	勤務 形態	勤務時間	職 名	勤務 形態	勤務時間
管 理 者	日 勤	9:00 ~ 18:00	介 護 職 員	早 番	7:15 ~ 16:15
医 師		13:00 ~ 15:00		日 勤	9:00 ~ 18:00
生活相談員	日 勤	9:00 ~ 18:00		遅 番	11:00 ~ 20:00
看 護 職 員	早 番	6:45 ~ 15:45		夜 勤	17:00 ~ 9:15
	日 勤	9:00 ~ 18:00	栄 養 士	日 勤	9:00 ~ 18:00
	遅 番	12:15 ~ 21:15	介 護 支 援 専 門 員	日 勤	9:00 ~ 18:00
	夜 勤	21:00 ~ 7:00	事 務 員	日 勤	9:00 ~ 18:00
機能訓練指導員	日 勤	9:00 ~ 18:00			

※ 上記の標準的な時間帯における人員配置は、介護老人福祉施設と指定短期入所
生活介護の両方を含んでいます。

※ 土、日、祝祭日は上記と異なります。

4. 当事業者が提供するサービスと利用料金

当事業者ではご利用者に対して以下のサービスを提供します。

当事業者が提供するサービスについて、

- | |
|--|
| (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利用者にご負担いただく場合 |
|--|

があります。

(1) 介護保険の給付の対象となるサービス（契約書第4条参照）

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入浴

- 週2回、3日或いは4日に1回実施しております。
- 寝たきりの方でも特殊浴槽を使用して入浴することができます。

②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。

③機能訓練

- 機能訓練指導員により、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維持又はその減退を防止するための訓練を実施します。

④健康管理

- 看護職員が健康管理を行います。

⑤その他自立への支援

- 寝たきり防止のためできるだけ離床に努めます。
- 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支援します。

《短期入所生活介護サービス料》

ご利用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）をお支払ください。（サービス利用料金は、ご利用者の要介護度に応じて異なります。）

★個室の場合（介護保険適用時。滞在費、食費は介護保険適用外で別途徴収）

《要支援の料金》

「めやす」単位：円

1 日 の 費 用	項 目	要支援 1			要支援 2		
		1 割負担額	2 割負担額	3 割負担額	1 割負担額	2 割負担額	3 割負担額
ユ ニ ツ ト 型 個 室	介護費用	¥588	¥1,175	¥1,762	¥729	¥1,457	2,185
	連続 31 日以上利用した場合						
	介護費用	¥559	¥1,175	¥1,675	¥692	¥1,384	¥2,075
	機能訓練体制加算	¥14	¥27	¥41	¥14	¥27	¥41
	サービス提供体制加算 I	¥25	¥49	¥73	¥25	¥49	¥73
	サービス提供体制加算 II	¥20	¥40	¥60	¥20	¥40	¥60
	サービス提供体制加算 III	¥7	¥14	¥20	¥7	¥14	¥20
	サービス提供体制加算 I～III は、いずれか一つしか算定できない。						
	介護職員処遇改善加算 I	8.3%					
	介護職員等特定処遇改善加算 I	2.7%					
	介護職員等特定処遇改善加算 II	2.3%					
	介護職員等特定処遇改善加算 I～II は算定要件に該当するものを算定する。						
	介護職員等ベースアップ等支援加算	1.6%					
	2024 年 6 月から上記介護職員等処遇改善加算～介護職員等ベースアップ等支援加算終了変更以下に変更						
	介護職員等処遇改善加算 I	14%					
介護職員等処遇改善加算 II	13.6%						

《要介護者の料金》

「めやす」単位：円

1 日 の 費 用	項 目	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
		ユ ニ ツ ト 型 個 室	介護費用（1割負担）	¥781	¥857	¥940
	介護費用（2割負担）	¥1,563	¥1,713	¥1,881	¥2,038	¥2,192
	介護費用（3割負担）	¥2,344	¥2,571	¥2,821	¥3,057	¥3,287
	連続 61 日以上利用した場合					
	介護費用（1割負担）	¥744	¥822	¥905	¥984	¥1,060
	介護費用（2割負担）	¥1,488	¥1,644	¥1,810	¥1,967	¥2,121
	介護費用（3割負担）	¥2,232	¥2,465	¥2,714	¥2,951	¥3,181
	機能訓練体制加算	1 割 ¥13	2 割 ¥27	3 割 ¥40		
	看護体制加算 I	1 割 ¥4	2 割 ¥9	3 割 ¥13		
	看護体制加算 II	1 割 ¥8	2 割 ¥18	3 割 ¥26		
	看護体制加算 III（イ）	1 割 ¥13	2 割 ¥27	3 割 ¥40		

看護体制加算Ⅳ（イ）	1割 ¥26	2割 ¥51	3割 ¥77
看護体制加算Ⅰ～Ⅳは算定要件に該当するものを算定することとなります。			
夜勤職員配置加算Ⅱ	1割 ¥20	2割 ¥40	3割 ¥60
サービス提供体制強化加算Ⅰ	1割 ¥13	2割 ¥27	3割 ¥40
サービス提供体制強化加算Ⅱ	1割 ¥7	2割 ¥13	3割 ¥20
サービス提供体制強化加算Ⅲ	1割 ¥7	2割 ¥13	3割 ¥20
サービス提供体制加算Ⅰ～Ⅲは、いずれか一つしか算定できない。			
緊急短期入所受入強化加算	1割 ¥100	2割 ¥200	3割 ¥300
介護職員処遇改善加算Ⅰ	8.3%		
介護職員等特定処遇改善加算Ⅰ	2.7%		
介護職員等特定処遇改善加算Ⅱ	2.3%		
介護職員等特定処遇改善加算Ⅰ～Ⅱは算定要件に該当するものを算定する。			
介護職員等ベースアップ等支援加算	1.6%		
2024年6月から上記介護職員等処遇改善加算～介護職員等ベースアップ等支援加算終了変更以下に変更			
介護職員等処遇改善加算Ⅰ	14%		
介護職員等処遇改善加算Ⅱ	13.6%		

《付加サービス》

送迎加算

片道204円（1割自己負担）

片道408円（2割自己負担）

片道612円（3割自己負担）

☆ご利用者がまだ要介護認定を受けていない場合には、サービスの利用料金の全額を一旦お支払いただきます。要支援又は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い戻されます（償還払い）。また、居宅サービス計画が作成されていない場合も償還払いとなります。償還払いとなる場合、ご利用者が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「サービス提供証明書」を交付します。

☆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、ご利用者の負担額を変更します。

（2）介護保険の給付対象とならないサービス（契約書第5条参照）

以下のサービスは、利用料金の金額がご利用者の負担になります。

① 食事の提供に要する費用

ご利用者に提供する食事に要する費用です。

朝食：360円 昼食：600円（おやつ代含む） 夕食：540円

※所得段階により実際に負担していただく費用は異なります。

料金	第1段階	300円/日
(1日あたり目安)	第2段階	600円/日
	第3段階①	1,000円/日
	第3段階②	1,300円/日
	第4段階	1,500円/日

② 滞在に要する費用です。(所得段階により異なります。)

ユニット型個室	第1段階	820円/日
(1日あたり)	第2段階	820円/日
	第3段階	1,310円/日
	第4段階	2,420円/日

③ 電気料金

家電製品の持ち込み、又は施設のテレビを個人に貸し出す場合、1日あたり50円の電気料金をいただきます。

④ 理美容

週に2回(火曜・金曜)(定休日:第一金曜日、第三火曜日)理・美容師の出張による理美容サービスをご利用いただけます。利用料金:別途実費をご案内します。

⑤ ホーム内喫茶

施設内にて喫茶を行っております。ご利用された場合は実費の料金を頂きます。

⑥ 行事等で、施設外で外食等された時は、その実費の料金をご負担いただきます。

⑦ レクリエーション、クラブ活動

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くことができます。その時は材料代等の実費をいただきます。

☆経済状況の著しい変化その他やむを得ない理由がある場合、相当な額に変更することがございます。その場合事前に変更の内容と変更する理由について、変更を行う1ヶ月前までにご説明します。

(3) 利用料金のお支払方法

前記(1)、(2)のサービス利用料金等の支払は、利用日の月締めで翌月10日過ぎに請求書をお送りしますので、その月末までにお支払ください。お支払方法は、金融機関講座引き落としとしてお願いいたします。その他の支払方法について

はご相談に応じます。

(4) 利用の中止、変更、追加（契約書第8条参照）

- 利用予定期間の前にご利用者の都合により、短期入所生活介護サービスの利用を中止又は変更、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。この場合にはサービスの実施日前日までに事業者申し出下さい。
- サービスの利用の変更・追加の申し出に対して、事業者の稼働状況により利用者の希望する期間にサービスの提供ができない場合、他の利用可能日時を利用者に提示して協議します。
- ご利用者がサービスを利用している期間中でも、利用を中止することができます。その場合、既に実施されたサービスに係る利用料金はお支払いいただきます。
- 利用予定日の前日までに申し出がなく、当日になって利用の中止の申し出をされた場合、取り消し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。但し、ご利用者の体調不良や、不慮の事故、また連絡が難しい状況にあるなどの理由がある場合は、この限りではありません。

利用予定日の前日までに申し出があった場合	無料
利用予定日の前日までに申し出がなかった場合	1日分の食事費用

5. サービス提供における事業者の義務（契約書第10条、11条参照）

当事業者では、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・確保に配慮します。
- 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うえ、ご利用者から聴取、確認します。
- ③ ご利用者にご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、ご利用者または身元引受人の請求に応じて閲覧することができます。
- ④ 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。

6. サービスの利用に関する留意事項

当事業者の利用にあたって、サービスを利用されているご利用者の快適性、安全性を確保する為、下記の事項をお守りください。

(1) 入居期間中の持物等に関しましては、その都度ご相談ください。

(2) 施設・設備の使用上の注意（契約書第12条参照）

- 居室及び共用設備、敷地をその本来の用途に従って利用してください。
- 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、ご利用者に自己負担により原状に修復していただくか、または相当の代価をお支払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。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。
- 当事業者の職員や他のご利用者に対し、迷惑を及ぼすような宗教活動、政治活動、営利活動を行う事はできません。

(3) 喫煙

事業者内の所定の場所において喫煙可能です。

(4) サービス利用中の医療の提供について

医療が緊急に必要とする場合、下記の協力機関にて診療及び入院治療を受けていただく事ができます。ハピネスあだちでは医師が常駐しない体制となっております。

そのため、通院は原則的にご家族様・身元引受人様での対応となります。

① 協力医療機関

医療機関	病 院 名	水野記念病院		
	住 所	東京都足立区西新井 6-32-10	電話番号	03-3898-8080
	病 院 名	東京北部病院		
	住 所	東京都足立区江北 6-24-6	電話番号	03-3854-3181
	病 院 名	赤羽中央総合病院		
	住 所	東京都北区赤羽南 2-5-12	電話番号	03-3902-0348

※提携病院とは異なり、ベッドを確保していたり、優先的に受診をできる病院ではありません。あくまでも協力関係を結んでいる病院です。

7. 事故発生時の対応と損害賠償（契約書第13条～第15条参照）

ご利用者に対する短期入所生活介護サービスの提供により事故が発生した場合は速やかに保険者、ご利用者の家族に連絡を行うとともに必要な措置を講じる。

当事業者において、事業者の責任によりご利用者に生じた損害については速やかにその損害を賠償いたします。守秘義務に違反した場合も同様とします。

但し、その損害の発生について、ご利用者に故意に又は過失が認められる場合、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場合、事業者の損害賠償責任を減じる場合があります。

8. サービス利用をやめる場合（契約終了について）

契約の有効期限は、契約締結の日からご利用者の要介護認定の有効期間満了日までですが、契約期間満了の2日前までにご利用者から終了の申し入れがない場合には、契約は更に同じ条件で更新され、以後も同様となります。

契約期間中は、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、当事業者との契約は終了します。（契約書第17条参照）

- | |
|--|
| <ul style="list-style-type: none">① ご利用者が死亡した場合② 要介護認定によりご利用者の心身状況が自立と判定された場合。③ 事業者が解散した場合、破産した場合またはやむを得ない事由により閉鎖した場合。④ 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。 |
|--|

- ⑤ 当事業者が介護保険の指定を取り消された場合又は辞退した場合。
- ⑥ ご利用者から解約または契約解除の申し出があった場合（詳細は以下をご参照ください。）
- ⑦ 事業者から契約解除を申し出た場合（詳細は以下をご参照ください。）

(1) ご利用者からの解約・契約解除の申し出（契約書第18条、第19条参照）
契約の有効期限であっても、ご利用者から利用契約を解除することができます。
その場合には、契約終了を希望する日の7日前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変更に同意できない場合。
- ② 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短期入所生活介護サービスを実施しない場合。
- ③ 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。
- ④ 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・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。
- ⑤ 他のご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られ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) 事業者からの契約解除の申し出（契約書第20条参照）

以下の事項に該当する場合には、本契約を解除させていただく事があります。

- ① ご利用者が、契約締結時にその心身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生命・身体・財物・信用等を傷つけ又は著しい不正行為を行うことなどによって、本契約を継続しがたい重要な事情を生じさせた場合。

(3) 契約の終了に伴う援助（契約書第17条参照）

契約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。

9. ハラスメント対策

- (1) 事業所は職場におけるハラスメント防止に取り組み、職員が働きやすい環境づくりを目指します。
- (2) ご利用者が事業者の職員に対して行う、暴言・暴力・嫌がらせ・誹謗中傷等の迷惑行為、セクシャルハラスメントなどの行為を禁止します。

10. 苦情の受付について

入居者やご家族の苦情やご希望に迅速に対応いたします。

ご不明な点もお気軽にお問い合わせください。

<p>【事業者の窓口】 ショートステイ ハピネスあだち</p>	<p>所在地：〒123-0872 東京都足立区江北3丁目14番1号 電話番号：03-5839-3630 ファックス番号：03-5839-3632 受付時間：9時00分～18時00分（月曜日～土曜日）</p>
<p>【市区町村窓口】 足立区福祉部介護保険 課事業者指導係</p>	<p>所在地：〒120-8510 足立区中央本町1丁目17番1号 電話番号：03-3880-5111 受付時間：8時30分～17時00分（土・日・祝を除く） ＊保険者が他区の場合は保険者にお問い合わせ下さい。</p>
<p>【足立区公的団体の窓口】 足立区社会福祉協議会 基幹地域包括支援センター</p>	<p>所在地：〒121-0816 足立区梅島3丁目28番8号 電話番号：03-6807-2460 受付時間：9時00分～17時00分（日・祝を除く）</p>
<p>【公的団体の窓口】 東京都国民健康保険団 体連合会介護福祉部介 護相談窓口</p>	<p>所在地：〒102-0072 東京都千代田区飯田橋3丁目5番1号 東京区政会館11階 電話番号：03-6238-0177 受付時間：9時00分～17時00分（土・日・祝を除く）</p>

1 1.. 個人情報利用同意

私及び私の家族の個人情報については、次に記載するところにより必要最低限の範囲内で使用することの説明を受け同意致します。

記

I 使用する目的

利用者の為の居宅サービス計画に沿って円滑にサービスを提供する為に実施されるサービス担当者会議、介護支援専門員と事業者との連絡調整などにおいて必要な場合。

II 使用する期間

当事業者との契約期間内と致します。

III 条件

- (1) 個人の情報の提供は必要最小限とし、提供にあたっては関係者以外の者に漏れることのないよう細心の注意を払うこと。
- (2) 個人情報を使用した会議、相手方、内容などの経過を記録しておくこと。

以上と致します。

重要事項説明の年月日

短期入所生活介護の提供の開始に際し、本書面に基づき重要事項の説明を行いました。

重要事項説明書の説明年月日	年	月	日
---------------	---	---	---

事業所	所在地	足立区江北3丁目14-1	
	事業所名	短期入所生活介護 ハピネスあだち 介護予防短期入所生活介護 ハピネスあだち	
	代表者	理事長 佐藤 弘子	印
	説明者名		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開始に同意しました。

利用者	住所	
	氏名	印

身元引受人	住所	
	氏名	印

(利用者との関係)

※ この重要事項説明書は、厚生省令第37号第8条及び第105条の規程に基づき、利用者申込者又はその家族へ重要事項説明のため作成したものです。