

介護老人保健施設 高砂白寿苑

通所リハビリテーション 重要事項説明書

(令和8年1月1日現在)

1. 施設の概要

(1)施設の名称等

施設名	社会医療法人社団 順心会 介護老人保健施設 高砂白寿苑
開設年月日	平成16年 8月 1日
所在地	〒671-0123 兵庫県高砂市北浜町西浜773-1
電話番号	079-247-9811
FAX	079-247-9815
施設長名	堀尾 英範
介護保険指定番号	2852180039

(2)定員・サービス実施エリア

定 員	午前・午後各40名(予防給付を含む)
サービス実施エリア	高砂市 加古川市・姫路市の一部(送迎の関係があるので要相談)

(3)営業日

営 業 日	営 業 時 間
月～土曜日	9:00～17:00
営業しない日	日曜日 年末年始(12/30～1/3)

* 休まれる場合など、連絡はできるだけ営業時間内にお願いいたします。

* デイケア直通の電話です。《 090-2047-9951 》にお願いいたします。

2. 事業の目的と運営の方針

事業の目的	利用者が、その有する能力に応じて可能な限り自立した日常生活を営むことができるよう、通所リハビリテーションサービスを提供し、利用者の心身機能の維持回復を支援することを目的とします。
運営の方針	介護が必要な方に対し、家庭的な雰囲気のもと、各専門職が協同して利用者一人一人の状態に合わせたケアサービスを提供し、利用者の自立と在宅生活が継続できるよう支援します。

3. 施設の職員体制等

職 種	業 務
管理者	施設職員の管理・指導を行う。
看護職員 介護職員	看護職員は利用者の健康管理を行う。 介護職員は利用者の通所リハビリ計画に基づく介護を行う。
理学療法士等	リハビリテーションプログラムの作成、機能訓練の実施・指導を行う。
管理栄養士	栄養管理・指導、栄養マネジメント等の栄養状態の管理を行う。
支援相談員	利用者および家族からの相談への対応を行う。
事務員	各種事務処理を行う。

4. 施設サービスの内容

(1)介護保険給付対象サービス

種 類	内 容
通所リハビリテーション 計画の作成	①利用者の日常生活の状況および意向を踏まえて、利用者の居宅サービス計画(ケアプラン)に沿ってサービスを提供します。 ②通所リハビリテーション計画を作成した場合には、その写しを交付します。
健康管理 (医療・看護)	①検温、血圧測定を行い、利用者の健康状態を把握します。 ②緊急時・心身状態の急変時等、施設医が必要と判断した場合には、主治医あるいは協力医療機関等に速やかに引き継ぎます。
栄養管理	管理栄養士の立てる献立表により、栄養と身体状態に配慮した食事を提供します。
機能訓練	専門スタッフ(理学療法士・作業療法士・言語聴覚士)により利用者の状況に適した機能訓練を行い、身体機能の低下防止に努めます。
食 事	食事時間： 昼食 12 時～ おやつ 14 時～15 時
入 浴	入浴方法を検討し、安全に入浴サービスを提供します。必要に応じて介助も行います。
口腔ケア	利用者の摂食嚥下状態を把握し、誤嚥防止に配慮した口腔ケアや訓練を行います。
排 泄	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。
着替え・整容	身の回りのお手伝いをします。
レクリエーション	毎日行っています。
相談および 援助	①利用者とそのご家族からのご相談に応じます。 ②市町村、事業者等との連絡調整。
送 迎	ご自宅から施設までの送迎を行います。

(2)介護保険給付対象外サービス

種 類	内 容
日用品	ティッシュペーパー、歯ブラシ、歯磨き粉、バスタオル、タオル等の施設内で利用していただく消耗品
理美容	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。 (基本的には第1週目の月・火)
その他	電話代金、教養娯楽費等ご要望によるサービスは別途実費費用の負担が必要です。

5. (1)利用料金

- ①平成 30 年度の介護報酬改定で地域区分においては、1単位10円が1単位10.17円になります。
利用者負担の割合は全体の1割で、9割は介護保険により支払われます。
- ②年間の利用者総数により事業所規模が決まります。事業所規模は毎年見直され、通常規模か大規模かで基本サービス料が変わります。

(2)利用料金変更

- ①介護保険適用外部分の利用料金において、重要事項に定めた金額より変更となる場合は、1ヶ月前に文書で通知し同意を得ます。

(1) 基本サービス費

【通常規模事業所】

時 間	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
1～2時間未満 /回(単位)	369	398	429	458	491
2～3時間未満 /回(単位)	383	439	498	555	612
3～4時間未満 /回(単位)	486	565	643	743	842
4～5時間未満 /回(単位)	553	642	730	844	957
5～6時間未満 /回(単位)	622	738	852	987	1120
6～7時間未満 /回(単位)	715	850	981	1137	1290
7～8時間未満 /回(単位)	762	903	1046	1215	1379

【大規模事業所】

時 間	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
1～2時間未満/回(単位)	357	388	415	445	475
2～3時間未満/回(単位)	372	427	482	536	591
3～4時間未満/回(単位)	470	547	623	719	816
4～5時間未満/回(単位)	525	611	696	805	912
5～6時間未満/回(単位)	584	692	800	929	1053
6～7時間未満/回(単位)	675	802	926	1077	1224
7～8時間未満/回(単位)	714	847	983	1140	1300

(2)加算

科学的介護情報システム L I F E(ライフ)について

科学的介護情報システム(LIFF)とは

エビデンス(根拠)に基づくデータ収集や分析を行い、それらを LIFE へ提出し、蓄積されたデータからフィードバックを受け、利用者ごとの計画に基づくケアの改善・評価を行う事。

加算項目	加算費用	内 容
入浴介助加算(Ⅰ)	40単位/回	適切な人員及び設備を有し、入浴介助に関する研修等を実施した上で、入浴介助を行う。
入浴介助加算(Ⅱ)	60単位/回	加算(Ⅰ)に加え ① 医師等が居宅を訪問し、動作及び環境を評価している。 ② 居宅の浴室環境を踏まえた個別計画を作成している。
リハビリマネジメント加算 (Ⅰ)	560単位/月 (開始月から 6ヶ月以内) 240単位/月 (開始月から 6ヶ月超)	① 作成したリハビリ計画書の説明を計画作成に関与したリハビリ専門職が行う。 ② リハビリの内容や目標を事業所職員・支援専門員その他関係等と情報共有する為の、会議を開催し、その内容の記録を行う。(医師はテレビ電話の参加でも可) ③ リハビリの観点から、能力・自立支援方法・日常生活の留意点等の情報提供をリハビリ専門職から担当支援専門員へ行う。 ④ リハビリ専門職が利用者宅へ訪問し、家族・介護スタッフに対しリハの観点から日常生活のアドバイスをを行う。 ⑤ 医師からリハビリ専門職に対し、リハビリ目的を踏まえ、リハビリ実施に伴う指示を行う。 ⑥ これらについては記録を残す。

リハビリマネジメント加算 (ロ)	593単位/月 (開始月から 6ヶ月以内) 273単位/月 (開始月から 6ヶ月超)	加算(イ)に加え ①利用者毎のリハビリテーション計画書等の情報を厚生労働省に提出するとともに、リハビリ提供にあたり、当該情報その他リハビリの適切かつ有効な情報を活用する。(LIFE への情報提供とフィードバック情報を踏まえたPDCA サイクルの実施)
リハビリマネジメント加算 (ハ)	793 単位/月 (開始月から 6ヶ月以内) 473 単位/月 (開始月から 6ヶ月超)	(ロ)の要件を満たしている事に加え ①事業所の従事者として、または外部との連携により管理栄養士を1名以上配置している事。 ②利用者ごとに、多職種が連携をして栄養アセスメント及び口腔アセスメントを行っている事。 ③利用者ごとに、言語聴覚士、歯科衛生士または看護職員がそのほかの職種の者と共同して口腔の健康状態を評価し、当該利用者の口腔内の健康状態に係る解決すべき課題の把握を行っている事。 ④利用者ごとに、関係職種が、通所リハビリテーション計画の内容の情報等や、利用者の口腔の健康状態に関する情報および利用者の栄養状態に関する情報を相互に共有する事。 ⑤共有した情報を踏まえ、必要に応じて計画書を見直し、その内容を関係各種に対して情報提供している事。」
リハビリマネジメント加算	(イ)(ロ)(ハ)に加えて 270 単位	(イ)(ロ)(ハ)を実施の際、医師が利用者またはその家族に説明した場合
退院時共同指導加算	600 単位/回	事業所の理学療法士等が、医療機関の退院前カンファレンスに参加し、リハビリテーションを受けていた当該医療機関が作成した、リハビリテーション実施計画書等の情報の内容を把握した上で、在宅に必要な指導を共同で行い、サービス提供時のリハビリテーション計画に反映させる事ができた場合。
短期集中個別リハビリテーション実施加算	110 単位/日	医師又は医師の指示を受けた理学療法士等がリハビリテーションを個別に退院(所)日または認定日から起算して1月を超え3月以内の場合
認知症短期集中リハビリテーション実施加算	(Ⅰ)240 単位/月 * 週2日を限度 (Ⅱ)1,920 単位/月 * 月4日を限度	認知症であると医師が判断した者で、リハビリテーションによって生活機能の改善が見込まれると判断された者に対し、医師又は医師の指示を受けた理学療法士等がその退院(所)日又は通所開始日から3ヶ月以内の期間に集中的なリハビリテーションを個別に行った場合。
リハビリテーション提供体制加算	3時間～4時間 12単位/回 4時間～5時間 16単位/回 5時間～6時間 20単位/回 6時間～7時間 24単位/回 7時間以上 28単位/回	リハビリテーション専門職の配置が人員基準よりも手厚い体制を構築しリハビリマネジメントに基づいたサービスを提供している場合 算定要件として リハビリテーションマネジメントⅠ～Ⅳまでのいずれかを算定 当該事業所に配置されている理学療法士・作業療法士又は言語聴覚士の合計数が利用者の数が25又はその端数を増すごとに1以上配置している。

若年性認知症 利用者受入加算	60単位/日	若年性認知症の方を受け入れ、通所リハビリテーションサービスを行った場合。
生活行為向上リハビリ テーション実施加算	1250単位/月	①生活行為の内容を図る為の専門的な知識・経験を要する リハビリ内容の充実を図る為の研修を修了したリハビリスタッフが 配置されている ②生活行為の内容を図る為の目標及びリハビリの実施頻度、 場所、時間などが記載されたリハビリ計画書を定めていること ③リハビリ提供を終了した日前1ヵ月以内に、リハビリ会議を 行い、リハビリ目標の達成状況を報告すること ④リハビリマネジメント加算(A)か(B)を算定している事 ⑤通所リハビリ事業所の医師又は石野指示を受けた理学療法士、作業療 法士又は言語聴覚士が当該利用者の居宅を訪問し生活行為に関する 評価を概ね1ヶ月に1回以上実施すること
移行支援加算	12単位/月	①評価対象期間においてリハビリテーション終了者のうち、指定通所介護 等を実施した者の割合が100分の3を超えていること ②リハビリテーションの利用回転率が平均利用延月人数を12ヶ月で除した 割合が27%以上であること ③評価期間中にリハビリテーションの提供を終了した日から起算して14日 以降44日以内に終了者に対して、電話等により指定通所介護等の実 施 を確認し、記録すること。 ④リハビリテーション終了者が指定通所介護等の事業所へ移行するに あたり、当該利用者のリハビリテーション計画書を移行先の事業所へ 提供すること
栄養アセスメント加算	50単位/月	①当該事業所の従業者として又は外部との連携により管理栄養士1名を 配置していること ②利用者ごとに、管理栄養士・看護職員・介護職員・相談員等が共同し て 栄養アセスメントを実施し、利用者又は家族に対してその結果を説明し 相談等に必要に応じ対応すること ③利用者ごとの栄養状態等の情報を厚生労働省に提出し、栄養管理の 実施に当たって必要な情報を活用していること
栄養改善加算	200単位/回 *3ヶ月以内で 月2回を限度	①当該事業所の従業者として管理栄養士を1名配置していること ②利用者ごとの摂食・嚥下機能及び食事形態に配慮した栄養ケア計画を 作成し、それに従い管理栄養士が栄養改善サービスを行い、その状態を 定期的に評価・記録していること ③定員超過利用・人員基準欠如に該当しないこと ④栄養改善サービスの提供に当たって、必要に応じ居宅を訪問すること
科学的介護推進 体制加算	40単位/月	利用者ごとの、ADL値、栄養状態、口腔機能、認知症の状況 その他心身の状況等に係る基本的な情報をLIFEに提出して いること

口腔・栄養スクリーニング加算(Ⅰ)	20単位/回	利用者に対し、利用開始時及び利用中、6ヶ月ごとに栄養状態について確認を行い、当該情報を担当する支援専門員に提供していること
口腔・栄養スクリーニング加算(Ⅱ)	5単位/回 (6ヶ月に1回を限度とする)	利用者が栄養改善加算や口腔機能向上加算を算定している場合、口腔の健康状態と栄養状態のいずれかの確認を行い、当該情報を担当する支援専門員に提供していること
口腔機能向上加算(Ⅰ)	150単位/回 (1ヶ月に2回を限度とする)	①言語聴覚士、歯科衛生士又は看護職員を配置し、口腔機能が低下している利用者又はそのおそれのある利用者に対して、利用者の口腔機能の向上を目的として、個別的に実施される口腔清掃の指導や実施、サービスを行った場合。 ②利用者の口腔機能を利用開始時に把握し、医師、言語聴覚士をはじめ他職種が共同して口腔機能改善管理指導計画を作成し、利用者の口腔機能を記録し、定期的な見直しを行った場合。
口腔機能向上加算(Ⅱ)イ	155単位/回 (原則3ヶ月以内、月2回を限度とする)	加算(Ⅰ)に加え 口腔機能改善管理指導計画等の情報をデータ提出し、フィードバック情報を共有する事。 <u>リハビリテーションマネジメント加算(ハ)を算定している事。</u>
口腔機能向上加算(Ⅱ)ロ	160単位/回 (原則3ヶ月以内、月2回を限度とする)	加算(Ⅰ)に加え 口腔機能改善管理指導計画等の情報をデータ提出し、フィードバック情報を共有する事。 <u>リハビリテーションマネジメント加算(ハ)を算定していない事。</u>
重度療養管理加算	100単位/日	利用時間が2時間以上の要介護4又は要介護5の利用者で、以下に示す状態にある者に対して、計画的な医学的管理の下、通所リハビリテーションを行った場合。 ①常時頻回の喀痰吸引を実施している状態 ②呼吸障害等により、人工呼吸器を使用している状態 ③中心静脈注射を実施している状態 ④人工腎臓を実施しており、かつ、重篤な合併症を有する状態 ⑤重篤な心機能障害、呼吸障害等により常時モニター測定を実施している状態 ⑥膀胱又は直腸の機能障害の程度が身体障害者障害程度等級表の4級以上に該当し、かつ、ストーマの処置を実施している状態 ⑦経鼻胃管や胃瘻等の経管栄養が行われている状態 ⑧褥瘡に対する治療を実施している状態 ⑨気管切開が行われている状態
サービス提供体制強化加算(Ⅰ)	22単位/日	①介護職員の総数に占める介護福祉士の割合が70%以上 ②勤続10年以上の介護福祉士が <u>直接介護を提供する職員</u> の総数に占める割合が25%以上 (いずれかが該当する場合算定可)
サービス提供体制強化加算(Ⅱ)	18単位/日	<u>介護職員の総数に占める介護福祉士の割合が50%以上</u>

サービス提供体制強化加算(Ⅲ)	6単位/日	①介護職員の総数に占める介護福祉士の割合が40%以上 ②利用者に <u>直接介護を提供する職員</u> の総数に占める7年以上の割合が30%以上 (いずれかが該当する場合算定可)
中重度者ケア体制加算	20 単位/日	看護職員、介護職員が指定される人員を配置している場合 前3ヶ月間の利用者の介護度3・4・5者が3割以上ある場合
介護職員処遇改善加算	(Ⅰ) 8.6% (Ⅱ) 8.3% (Ⅲ) 6.6% (Ⅳ) 5.3%	介護サービスに従事する介護職員の賃金改善に充てる事を目的とした加算。 (Ⅰ) 加算(Ⅱ)に加え、以下の要件を満たす事 ・経験技能のある介護職員を事業所内で一定割合以上配置している事。 (Ⅱ)加算(Ⅲ)に加え、以下の要件を満たす事 ・改善後の賃金年金 440 万円以上が1人以上 ・職場環境の更なる改善、見える化【見直し】 (Ⅲ)加算(Ⅳ)に加え、以下の要件を満たす事 ・資格や勤続年数等に応じた昇給の仕組みの整備 (Ⅳ)下記要件を満たしている事 ・加算(Ⅳ)の加算率2分の1以上の月額賃金で配分 ・職場環境の改善(職場環境等要件)【見直し】 ・賃金体系等の整備及び研修の実施等
業務継続計画未策定減算	所定単位数の100分の1に相当する単位数	以下の基準に適合していない場合を対象とする ①感染症や非常災害の発生時において、利用者に対するサービスの提供を継続的に実施するための、および非常時の体制で早期の業務再開を図る為の計画(業務継続計画)を策定する事 ②当該業務継続計画に従い、必要な措置を講ずる事
高齢者虐待防止措置未実施減算	所定単位数の100分の1に相当する単位数	虐待の発生またはその再発を防止するための以下の祖+いが講じられていない場合を対象とする ①虐待防止のための対策を検討する委員会(テレビ電話装置などの活用可能)を定期的に開催するとともに、その結果について、従業者に周知徹底をする事 ②虐待防止のための指針を整備する事 ③従事者に対し、虐待防止のための研修を定期的に実施する事 ④上記措置を適切に実施するための担当者を置く事
家族送迎の減算	片道につき47単位	利用者居宅とデイケア事業所との間で送迎を行わない場合は片道につき減算する

(3)その他の料金

種 類	内 容
食費	700円 (午前利用の方は対象となります)
日用品費	100円/日 施設内で利用していただく消耗品で午前・午後利用ともに対象
教養娯楽費等	実 費
理美容代	実 費(カット顔そり付き2,000円)

6. 支払い方法

月末に1か月の利用料金を計算し、翌月初めに利用料金の案内書をお渡します。ご利用料金をご確認の上、料金案内書をお渡した次の利用日にご持参ください。料金精算時には請求書兼領収書を発行いたします。その他のお支払方法については、ご相談ください。

7. 施設利用にあたっての留意事項

利用開始前の確認事項	ご利用にあたり介護保険証等を確認させていただきます。
利用中の確認事項	①介護保険証、医療保険証、介護保険負担限度額認定証等は施設ではコピーを預かります。 ②各保険証の更新時には、必ず新しいものを施設にご提示ください。
事務所の受付時間	①受付時間は、月～土曜日 9時00分～17時30分 です。 ②休業日は、日曜日及び祝祭日、年末年始(12月31日～1月3日) です。
緊急連絡	緊急の場合には「同意書」にご記入いただいた連絡先に連絡します。
所持品・備品等の持ち込み	①本人及び他利用者の療養に差し支える物については持ち込みを遠慮していただく場合があります。 ②なお、私物にはすべてお名前をお書き下さい。
食品等の持ち込み	持ち込みは固くお断りいたします。
金銭・貴重品の管理	御自宅でご保管して下さい。紛失の場合には責任を負えません。
飲酒・喫煙	苑内での飲酒・喫煙は禁止です。
迷惑行為等	他の利用者の迷惑になる行為はご遠慮願います。
宗教・政治活動・営利行為	高砂白寿苑では、多くの方に安心して療養生活を送っていただくために、利用者の「営利行為、宗教の勧誘、特定の政治活動」は禁止です。
記録の開示	利用者および契約者等(利用者の代理人を含む)が記録の閲覧、謄写を求めた場合には、原則としてこれに応じます。謄写については実費をいただきます。

8. 緊急時の対応方法

当施設における介護保険施設サービスでの対応が困難な状態、または専門的な医学的対応が必要と判断した場合、利用者の心身状況が急変した場合、指定の緊急時の連絡先に速やかに連絡します。また、救急車を要請することがあります。

9. 協力医療機関

当施設では利用者の状態が急変した場合には、速やかに対応できるように以下の医療機関に協力をお願いしています。

名 称	所 在 地	電 話 番 号
順心病院	加古川市別府町別府 865-1	079-437-3555

10. 要望または苦情について

サービスについて、要望、ご不明な点や疑問、苦情などございましたら当施設の相談員までお気軽にご相談ください。その他、1F 廊下に備え付けている「ご意見箱」での受付もいたしておりますのでご利用下さい。顧客満足委員会で検討し、回答および改善いたします。

当施設の 苦情・相談窓口 (8:30～17:30)	苦情等対応責任者 堀尾 英範(施設長)			
	相談窓口担当者 工藤 聡子(通所リハビリ課主任)			
他の苦情・相談窓口	森 敬祐(事務長)			
	電話番号 079-247-9811			
他の苦情・相談窓口	*1階に専用用紙と「ご意見箱」を設置			
	高砂市介護保険課	相談窓口	電話番号	079-443-9063
	姫路市介護保険課	相談窓口	電話番号	079-221-2445
	加古川市介護保険課	相談窓口	電話番号	079-427-9123
	兵庫県国保連合会	苦情相談窓口	電話番号	078-332-5617

11. 非常災害時の対策

防災設備	避難階段・避難口・療養室等の内装等の防火材使用
消防設備	屋内消火栓・自動火災警報設備・スプリンクラー・非常警報装置漏電火災報知機 非常警報設備・避難器具非常電源設備・防火水・誘導灯及び誘導標識・耐火カーテン使用
防災訓練	避難訓練2回/年 通報訓練2回/年 消火訓練1回/年実施

12. 送迎について

利用者の送迎について、利用者の自宅と事業所間の送迎を原則とするが、運営上支障がなく、利用者の居住(例えば、近隣の親戚の家)がある場所に限り、と外場所への送迎を可能となります。(送迎範囲は事業所の送迎サービス提供エリア内)

他、利用者の心身の状況(急な体調不良)に限らず、降雪等の急な気象状況の悪化等より、利用者宅と事業所間の送迎に、平時よりも時間を要した場合を含む「やむを得ず利用時間が短くなった場合」には、計画上の所要時間で算定させて頂く事があります。

13. 事故発生時の対策

利用者に対するサービス提供にあたって事故が発生した場合には、別に定める当施設のマニュアルに沿って対応いたします。また、1ヶ月に1回、委員会を開催し事故発生予防に努めています。

14. 身体拘束及び虐待防止施策について

虐待防止のための指針及び対策を整備しています。また、1か月に1回、委員会を開催し発生予防に努めています。他、安全な行動を見守りするためにセンサー等を使用する際は、実施前に家族様に了承を頂き、使用状況の検討を随時行い必要以上に使用しないように努めております。

介護老人保健施設は、リハビリ施設であり、地震や火災発生などの緊急避難事態が生じない限り、原則として身体拘束はしません。転倒事故等の防止には全職員努力しておりますが、防ぎきれない転倒事故等があります。ご理解、ご協力の程よろしくお願いいたします。

15. 感染予防対策

感染症が発生または蔓延しないように、感染症および食中毒の防止マニュアルに沿って対応いたします。また、1ヶ月に1回、委員会を開催し、感染予防に努めています。

16. 個人情報の利用目的

介護老人保健施設「高砂白寿苑」では、利用者の尊厳を守り安全に配慮する施設理念の下、お預かりしている個人情報について、利用目的を以下のとおり定めます。

他の事業者等への情報提供を伴う利用目的	1. 当施設が利用者等に提供する介護サービスのうち ① 利用者に居宅サービスを提供する他の居宅サービス事業者や居宅介護支援事業所等との連携(サービス担当者会議等)、照会への回答 ② 利用者の診療等に当たり、外部の医師等の意見・助言を求める場合 ③ 検体検査業務の委託その他の業務委託 ④ 家族等への心身の状況説明 2. 介護保険事務のうち ① 保険事務の委託 ② 審査支払機関へのレセプトの提出 ③ 審査支払機関又は保険者からの照会への回答 3. 損害賠償保険などに係る保険会社等への相談又は届出等
当施設の内部での利用に係る利用目的	当施設の管理運営業務のうち ・医療・介護サービスや業務の維持・改善のための基礎資料 ・当施設において行われる学生の実習への協力 ・当施設において行われる事例研究
他の事業者等への情報提供に係る利用目的	当施設の管理運営業務のうち ・外部監査機関への情報提供

以上の重要事項説明を証するため、本書2通を作成し、利用者、事業者が署名押印のうえ各1通を保有するものとします。

介護老人保健施設 高砂白寿苑 通所リハビリテーション

介護老人保健施設高砂白寿苑を利用するにあたり、本書面に基づいて、担当者から
重要事項の説明を受け、これらを十分に理解した上で同意します。

(重要事項説明者;)

令和 年 月 日

事業者住所 高砂市北浜町西浜 773-1

事業所名 社会医療法人社団順心会

介護老人保健施設高砂白寿苑

代表者 堀 尾 英 範 印

契 約 者 住 所 _____

氏 名 _____ 印 (続柄 _____)

連絡先 _____

利 用 者 住 所 _____

氏 名 _____ 印 _____

※ 契約者と同一人である場合には、利用者欄記載の必要はありません

署名代行者 住 所 _____

氏 名 _____ 印 (続柄 _____)

連帯保証人 住 所 _____

氏 名 _____ 印 (続柄 _____)

連絡先 _____

「連帯保証人は、事業所に対し、利用者が本契約上負担する一切の債務を連帯して保証する。」

【本重要事項に定める緊急連絡先①②】

①住 所 _____

氏 名 _____ (続柄 _____)

連絡先 携帯: _____ 自宅: _____

②住 所 _____

氏 名 _____ (続柄 _____)

連絡先 携帯: _____ 自宅: _____