

重要事項説明書
(ショートステイサービスの内容)

1 利用者（被保険者）

御利用者氏名 _____

要介護・要支援状態区分	要介護（ ） 要支援（ ）
要介護・要支援認定有効期間	年 月 日から 年 月 日まで
認定審査会意見	介護保険被保険者証の認定審査会の意見及びサービスの種類の指定欄に記載のとおり

2 事業者

事業者の名称	社会福祉法人 博悠会
法人の所在地	長野市吉田四丁目 19 番 5 号
法人種別	社会福祉法人
代表者名	荒 木 智 子
電話番号	0 2 6 - 2 1 7 - 7 7 4 4

3 ご利用施設

施設の名称	特別養護老人ホームフランセーズ悠さかえ	
施設の所在地	長野県下水内郡栄村大字豊栄 2 1 4 0	
施設長名	六川 英樹	
電話番号	0 2 6 9 - 8 7 - 1 1 5 0	
FAX 番号	0 2 6 9 - 8 7 - 1 1 5 2	
事業の種類	短期入所生活介護	介護予防短期入所生活介護
指定番号	2073500114	207300114
指定年月日	平成 18 年 11 月 1 日	平成 18 年 11 月 1 日
定員	3 人	

4 施設の概要

特別養護老人ホーム・デイサービス・ケアハウス(併設施設含む)

敷 地		1 8, 0 2 3. 7 7 m ²
建物	住 所	長野県下水内郡栄村大字豊栄 2 1 4 0
	構造・床面積	本 体：鉄筋コンクリート陸屋根三階建 4, 3 9 9. 9 5 m ²
		車 庫：鉄骨垂鉛メッキ鋼板葺平屋建 2 9 0. 4 0 m ²
		機械室：鉄骨垂鉛メッキ鋼板葺平屋建 1 0 8. 0 0 m ²
	利用定員	特別養護老人ホーム 5 2 名 短期入所生活介護（介護予防短期入所生活介護含む） 3 名

(1) 居 室

居室の種類	居室数	面 積	一人あたり面積
特養施設 ユニット個室	52室	806.32㎡	15.51㎡
短期入所生活介護 (介護予防含む) ユニット個室	3室	38.90㎡	12.97㎡

※ 指定基準は、居室一人当たり 10.65㎡です。

(2) 主な設備 (特別養護老人ホーム・短期入所生活介護・介護予防短期入所生活介護)

設備の種類	室数等	面 積	一人あたり面積
共同生活室兼食堂	6室	709.53㎡	12.90㎡
機能訓練室	3室	225.79㎡	2.40㎡
★相 談 室	1室	15.90㎡	
★洗 濯 室	1室	29.30㎡	
★個 人 浴 室	2室	13.95㎡	
★一 般 浴 室	1室	37.25㎡	
★機 械 浴 室	1室	36.20㎡	
★医 務 室	1室	30.11㎡	
★地域交流室兼 機能訓練室	1室	252.68㎡	
★厨房部門	全体	176.35㎡	(内厨房86.35㎡)

★は「特別養護老人ホームフランセーズ悠さかえひがし」と共用

5 体制

別紙のとおり。

6 勤務体制等

従業者の種類	勤務体系
施設長	就業規則に定める勤務時間帯常勤で勤務
生活相談員	就業規則に定める勤務時間帯常勤で勤務
介護職員	就業規則に定める勤務時間帯常勤で交替勤務
看護職員	就業規則に定める勤務時間帯常勤で交替勤務
機能訓練指導員	就業規則に定める勤務時間帯常勤で勤務
介護支援専門員	就業規則に定める勤務時間帯常勤で勤務
嘱託医師	毎週金曜日午後2：30～4：00（轟病院 太田くみ子医師）
管理栄養士	就業規則に定める勤務時間帯常勤で勤務

7 施設サービス内容の概要説明

(1) 介護基本方針

基本方針	内 容
自立支援介護 個別対応ケア 人権の擁護	- 御利用者様のご意思、人格を尊重し、常にその方の立場に立ったサービス提供を心がけます。 - 明るく家庭的な雰囲気を大切にし、ご家庭はもちろん、地域や市町村等との連携を重視した運営を行います。 - 御利用者様の人権を擁護し虐待やハラスメント防止体制の整備と職員研修を行います。 - サービス提供に当たっては、介護保険等関連情報などを有効活用いたします。 - サービス計画に基づくケアを進める中で、その趣旨、費用等については、別にご説明いたしますので、ご理解をお願い致します。

(2) 介護保険給付サービス

種 類	内 容
食事	・ 管理栄養士が、御利用者様の身体状況や栄養に配慮して立てた献立表により、バラエティに富んだ食事を提供します。 ・ 食事はできるだけ離床して食堂で召しあがっていただけるよう配慮しています。 ・ 食事予定時間 - 朝 食 (7 : 3 0 ~ 8 : 3 0) - 昼 食 (1 1 : 3 0 ~ 1 3 : 0 0) - 夕 食 (1 7 : 3 0 ~ 1 8 : 3 0)
排泄	・ 御利用者様の身体状況に応じた排泄をお手伝いするとともに、排泄の自立についても援助を行います。
入浴	・ 入浴は週 2 回、定期的に行います。 ・ 入浴が困難な場合はシャワー浴又は清拭を行います。 ・ 寝浴など機械を用いた特殊浴槽のご用意もあります。 ・ 利用期間が 1 泊 2 日程度の利用であっても、ご帰宅までに入浴できるよう努めます。
離床・着替え・整理	・ 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た着替え、入浴時の定期的な着替えを行うよう努めます。 ・ 個人としての尊厳に配慮し、室内外の適切な整理が行われるよう援助いたします。 ・ シーツ交換は週 1 回行います。 ・ 寝具やベッド周りの衛生管理に努めます。
機能訓練	・ 機能訓練は専門の機能訓練指導員により御利用者様の身体の状態に適合した機能訓練を行ない、身体的機能の低下を防止するよう努めます。 ・ 当施設の所有するリハビリ器具 - 平行棒、歩行訓練用階段、四点杖など
健康管理	・ 医師及び看護職員によって、常に御利用者様の健康の状況に注意すると共に、健康保持のための適切な措置をとって参ります。
衛生管理	・ 感染症や食中毒の発生及び蔓延を防止するための措置を徹底するとともに職員教育や訓練を行います。
相談対応	・ 当施設は、御利用者様その御家族様からの相談について、真摯に応じますので、スタッフにお気軽にお声かけください。
相談窓口	・ 担当者 生活相談員 桑原 拓也 ・ 電 話 0 2 6 9 - 8 7 - 1 1 5 0 ・ FAX 0 2 6 9 - 8 7 - 1 1 5 2 ・ 受付時間 平日 午前 9 時から午後 5 時の間
居室	・ 基本的にはショートステイサービス専用の居室をご利用頂きますが、利用状況によっては併設する特別養護老人ホームの空床居室をご利用頂く場合もありますのでご了承下さい。

社会生活上の便宜	- 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等の行事を企画します。 - 年間の施設行事計画に基づいて行うレクリエーションの例 新年会、豆まき、花火大会、肝試し、運動会、焼き芋大会、クリスマス会、風船バレー、流しそうめん、カマクラ作り、喫茶店、居酒屋、パン作り、セクション調理など
----------	---

(3) 介護保険給付外サービス

サービスの種類	内 容
理容・美容	出張による理美容サービスをご利用いただけます。

(4) その他

営業日・営業時間	・通年営業 ・24時間
----------	-------------

8 利用料金

(1) 法定給付

あなたの介護サービス費負担割合は○印該当欄のものです。

介護サービス費（介護報酬の告示上の額を10割とします。）	1割	2割	3割	算定根拠 (単価×日数ほか)

※介護予防短期入所生活介護サービス費（ユニット型）のうち利用者負担金分（1割負担時）

あなたの該当区分は 下記の欄の○印です	介護保険適用時の1日当たりの利用料金		
	介護度	基本サービス費	利用者負担金
	要支援1	5,290円	529円
	要支援2	6,560円	656円

※ 短期入所生活介護サービス費（ユニット型）のうち利用者負担金分（1割負担時）

あなたの該当区分は 下記の欄の○印です	介護保険適用時の1日当たりの利用料金		
	介護度	基本サービス費	利用者負担金
ユニット型個室	要介護度1	7,040円	704円
	要介護度2	7,720円	772円
	要介護度3	8,470円	847円
	要介護度4	9,180円	918円
	要介護度5	9,870円	987円

(2) 食費

あなたの該当区分は下記の欄の○印です	介護保険適用時の1日当たりの利用料金		
	利用者段階別	食 費	利用者負担限度額
	〔第1段階の利用者〕	1, 6 0 3 円	3 0 0 円
	〔第2段階の利用者〕	1, 6 0 3 円	6 0 0 円
	〔第3段階①の利用者〕	1, 6 0 3 円	1, 0 0 0 円
	〔第3段階②の利用者〕	1, 6 0 3 円	1, 3 0 0 円
	〔第4段階の利用者〕	1, 6 0 3 円	1, 6 0 3 円

※ ただし、入・退所時の食事料金は、朝食441円、昼食695円、夕食467円とし段階別利用者負担額は上記表のとおりです。

(3) 居住費

あなたの該当区分は下記の欄の○印です		介護保険適用時の1日当たりの利用料金		
		利用者段階別	居住費	利用者負担額
ユニット個室		〔第1段階の利用者〕	2, 0 8 0 円	8 8 0 円
		〔第2段階の利用者〕	2, 0 8 0 円	8 8 0 円
		〔第3段階の利用者〕	2, 0 8 0 円	1, 3 7 0 円
		〔第4段階の利用者〕	2, 0 8 0 円	2, 0 8 0 円

(4) その他の加算（利用者負担額は1割負担時）

- ：介護予防短期入所生活介護並びに短期入所生活介護共通適用加算等項目
○：短期入所生活介護適用加算等項目

●送迎費 原則としてご家族の送迎としますが、下記の場合は申し出てください。

※ 利用者の心身の状態、家族の事情から見て送迎を行うことが必要と認められる場合は、介護保険給付の適用を受けることができる場合もありますので、詳しくは施設または介護支援専門員にお問い合わせください。

※ 片道1回あたり1, 8 4 0 円 ただし、利用者負担額 1 8 4 円です

●生活機能向上連携加算（Ⅰ） ※ 1月当たり 1, 0 0 0 円

ただし、利用者負担額 1 0 0 円です

●生活機能向上連携加算（Ⅱ） ※ 1月当たり 2, 0 0 0 円

		さかえ 20240801
		ただし、利用者負担額 200円です
●機能訓練体制加算	※	1日当たり 120円
		ただし、利用者負担額 12円です
●個別機能訓練体制加算	※	1日当たり 560円
		ただし、利用者負担額 56円です
○看護体制加算Ⅰ	※	1日あたり 40円
		ただし、利用者負担額 4円です
○看護体制加算Ⅱ	※	1日当たり 88円です
		ただし、利用者負担額 8円です
○看護体制加算Ⅲイ	※	1日当たり 120円です
		ただし、利用者負担額 12円です
○看護体制加算Ⅳイ	※	1日当たり 230円です
		ただし、利用者負担額 23円です
○医療連携強化加算	※	1日当たり 580円
		ただし、利用者負担額 58円です
○看取り連携体制加算 (死亡日及び死亡日前 30 日以下 7 日限度)	※	1日当たり 640円
		ただし、利用者負担額 64円です
○夜勤職員配置加算	※	1日あたり 130円
		ただし、利用者負担額 13円です
●認知症行動・心理症状緊急対応加算 (入所後 7 日間)	※	1日当たり 2,000円
		ただし、利用者負担額 200円です
●若年性認知症利用者受入加算	※	1日当たり 1,200円
		ただし、利用者負担額 120円です
○緊急短期入所受入加算 (原則 7 日間限度)	※	1日当たり 900円
		ただし、利用者負担額 90円です
●療養食加算 (1日3回を限度に算定)	※	1回当たり 80円
		ただし、利用者負担額 8円です
○在宅中度者受入加算(但し該当者のみ)※ (看護加算を算定していない場合)	※	1日当たり 4,250円
		ただし、利用者負担額 425円です
○在宅中度者受入加算(但し該当者のみ)※ (看護加算Ⅰ又はⅢを算定している場合)	※	1日当たり 4,210円
		ただし、利用者負担額 421円です
○在宅中度者受入加算(但し該当者のみ)※ (看護加算Ⅱ又はⅣを算定している場合)	※	1日当たり 4,170円
		ただし、利用者負担額 417円です
○在宅中度者受入加算(但し該当者のみ)※ (いずれの看護加算も算定している場合)	※	1日あたり 4,130円
		ただし、利用者負担額 413円です
●認知症専門ケア加算(Ⅰ)	※	1日当たり 30円
		ただし、利用者負担額 3円です
●認知症専門ケア加算(Ⅱ)	※	1日当たり 40円
		ただし、利用者負担額 4円です
●口腔連携強化加算	※	1月当たり 500円
		ただし、利用者負担額 50円です
●生産性向上推進体制加算(Ⅰ)	※	1月当たり 1,000円
		ただし、利用者負担額 100円です
●生産性向上推進体制加算(Ⅱ)	※	1月当たり 100円
		ただし、利用者負担額 10円です

- サービス提供体制強化加算（Ⅰ） ※ 1日当たり 220円
ただし、利用者負担額 22円です
- サービス提供体制強化加算（Ⅱ） ※ 1日当たり 180円
ただし、利用者負担額 18円です
- サービス提供体制強化加算（Ⅲ） ※ 1日当たり 60円
ただし、利用者負担額 6円です
- 介護職員等処遇改善加算（Ⅰ） 施設介護サービス費に加算費を加えた額の14.0%
ただし、利用者負担額は上記の1/10
- 介護職員等処遇改善加算（Ⅱ） 施設介護サービス費に加算費を加えた額の13.6%
ただし、利用者負担額は上記の1/10
- その他、介護保険法に定められた介護報酬の告示上の費用。

- ※ 基本サービス費並びにその他加算における利用者負担額は1割負担時の額となります。
- ※ 介護保険適用の場合でも保険料の滞納により、保険給付金が直接事業者に支払われない場合があります。
- ※ 保険料を滞納した場合は、一旦利用者が施設介護サービス費全額を支払いその後、市町村に対して保険給付分を請求していただくことになります。

（５） 法定外費用

区 分	利用者負担金	
理容・美容サービス	・実費負担	
持ち込み電気器具使用	・電気製品1品目につき1日50円	
自己選択に基づく食事	・要した費用の実費（出前・外食等）	
追加室料	追 加 室 料	確 認 欄
	・ユニット個室A1日 250円 *景観、日照	
日常生活に要する費用で本人にご負担頂くことが適当である費用 （日用品費・教養娯楽費・その他）	・喫茶コーナー利用代金 ・外出時の食事代 ・日常生活品の購入代金 ・クラブ活動の費用 ・その他個人的な要望により購入する物の代金	
文書料	・各種証明書等 1,000円～3,000円	

9 利用料金の支払い

- （１）前記利用料金の請求は、御利用者の退所日又は毎月末日を締切日として、翌月15日までに請求書を送付等して行ないます。
- （２）利用料金のお支払いは、請求月の22日（支払日である22日が休日の場合は、翌日以降直近の銀行営業日）までに、現金又は口座振替依頼書に基づき口座からの自動振替により、お支払いいただきますようお願いいたします。
- （３）お支払いを受けたときは、翌月分の利用料金請求時に領収証を交付いたします。

1 0 キャンセル料金

- (1) ご利用日の前営業日午後5時までにご連絡のなかった場合は、1日の自己負担料金の10%をキャンセル料金として頂きます。
- (2) 天災事変、食中毒、感染症、その他施設長がやむを得ない事情があると認めた場合キャンセル料金は請求いたしません。

1 1 利用期間中の退所

- (1) ご利用者様は、利用期間中でも退所することができます。この場合、前日までの申出をお願いいたします。また、利用料金については、実際の退所日までの日数を基準に計算いたします。
- (2) ご利用者様の体調が悪く施設での生活に支障があると、施設長が認めた場合、利用期間中でもサービスを中止することがあります。
- (3) 利用期間中にご利用者様が入院等した場合、サービスの提供を終了とさせていただきます。この場合の料金は、入院日までの日数を基準として計算します。

1 2 施設の目的と運営の方針

施設の目的	サービス計画に基づく適切なサービスを、全ての御利用者様に提供することを目的とします。
運営の方針	・ 御利用者様の状態に応じ、自立した日常生活を送れるよう、食事、入浴、排泄の介助など日常生活上のお世話、機能回復訓練等を行なうことにより御利用者様の身体的、精神的負担の軽減を図ります。 ・ 関係する地方自治体、地域の保険医療サービス又は福祉サービスと密接な連携を図り、良質なサービスの提供に努めます。

1 3 施設ご利用の際に留意頂く事項

来訪・面会	・ 来訪者は面会時間を守り、玄関に備付の面会簿に記入のうえ、その都度、必ず職員に届けてください。 ・ 来訪者が宿泊される場合は施設長の許可を得てください。 ・ インフルエンザ等感染症の拡大防止のため、一時的に面会制限措置を行なう場合があります。
外出・外泊	・ 外出、外泊の際は事前に行先、帰宅時間を職員に届け出てください。
医療機関への付き添い	・ 医療機関等に定期通院する場合の付添い等は、身元引受人又は御家族様でお願いします。
居室・設備器具の利用	・ 施設の居室や設備、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、破損した場合、賠償していただくことがあります。
禁煙・飲酒制限	・ 当施設は指定社会福祉施設として、その公共性と公益性に鑑み、ご利用者の健康への配慮から全館禁煙（送迎時等の車内を含む）としておりますので、施設並びに敷地内における喫煙はできません。 ・ 当施設が提供する居酒屋等の酒類提供サービスの場又は施設長の許可を得た場合を除いて、館内における飲酒はできません。
食べ物の持込み	・ 施設内に食物を持込むときは、職員にその旨お声かけいただいた

	上で、飲食の場所等については職員の案内に従ってください。
迷惑行為等	・ 騒音等他の御利用者様の迷惑となる行為はご遠慮ください。 ・ また、みだりに他の御利用者様の居室等に立ち入らないようにしてください。
所持品の持込み管理	・ 危険物の持ち込みはお断り致します。また、ご持参いただく御身まわり品は、日常生活に必要な限度としてください。 ・ 衣類、日用品の収納は居室内のタンスをご利用ください。 ・ 所持品（特に衣類）にはマジックまたは、縫付けで記名をお願いします。 ・ 2㎡以上の布製品を持ち込む際は、「防災ラベル」表示のものをご選択ください。
現金の持込み	・ 現金は必要ありませんので、施設への持込みはご遠慮ください。
宗教活動 政治活動	・ 施設敷地、建物内での、他者に対する宗教活動及び政治活動は、ご遠慮ください。
動物飼育	・ 施設内へのペットの持込み及び飼育はできません。
身体拘束について	・ 御利用者様に対する身体拘束は原則として行いません。 ・ 御利用者様に自傷他害等のおそれがあり、緊急やむを得ない場合で他に代替手段がないときは、期間を定めて身体的拘束その他行動を制限する場合があります。 ・ 身体的拘束等を行った場合には、その態様、時間、御利用者様の心身の状況及び緊急やむを得なかった理由等を記録します。
急病、事故等発生時の措置	・ 施設ご利用中に急病や不慮の事故等が発生した場合には、直ちに救護措置を講じ、医療機関への受診、身元引受人又はご家族への連絡を行いますので、ご理解とご協力をお願いいたします。

1 4 非常災害時の対策

非常時の対応	別途定める「特別養護老人ホームフランセーズ悠消防計画」に従って非常時の緊急対応を行います。			
近隣との協力関係	特別養護老人ホームフランセーズ悠さかえは栄村平滝区と『災害時における協力応援体制覚書』で近隣防災協力を締結し、非常時の相互の応援を約束しています。 (平成18年8月31日締結)			
平常時の訓練及び防災設備	別途定める「特別養護老人ホームフランセーズ悠さかえ消防計画」に従って、年2回の昼間及び夜間を想定した避難訓練を、入所者の方も参加して実施します。			
	設備名称	個 数	設備名称	個 数
	スプリンクラー	あ り	防火扉シャッター	あ り
	非常階段	あ り	屋内消火栓	あ り

	自動火災報知器	あ り	非常通報装置	あ り
	誘導灯	あ り	漏電火災報知器	あ り
	ガス漏れ報知器	あ り	非常用電源	あ り
	カーテン・布団等は防炎性のあるものを使用しています。			
消防計画	消防署への届出日 2021 年 4 月 19 日 防火管理者 六川 英樹			

1 5 相談窓口・苦情対応

(1) サービスに関する相談や苦情については、次の窓口で対応いたします。

当施設ご利用 の場合の相談	苦情解決責任者	施設長	六川 英樹
	苦情受付担当者	介護支援専門員	山本 小百合
	第三者委員	青木 千代紀	
	ご利用時間	土、日曜日・祭日を除く毎日 9 : 00~17 : 00 まで	
	ご利用方法	電話・面談・手紙等いずれの方法でも結構です。	

(2) 次の公的機関において苦情申立てができます。

飯山市健康福祉課	所在地 飯山市大字飯山 1 1 1 0 - 1 電話番号 0 2 6 9 - 6 2 - 3 1 1 1 F A X 0 2 6 9 - 6 2 - 3 1 2 7
木島平村民生課	所在地 下高井郡木島平村大字往郷 9 7 3 - 1 電話番号 0 2 6 9 - 8 2 - 3 1 1 1 F A X 0 2 6 9 - 8 2 - 4 1 2 1
栄村健康支援課	所在地 下水内郡栄村大字北信 3 6 0 1 - 5 電話番号 0 2 6 9 - 8 7 - 3 3 0 1 F A X 0 2 6 9 - 8 7 - 3 3 0 8
中野市健康長寿課	所在地 中野市西 1 - 1 - 7 電話番号 0 2 6 9 - 2 3 - 2 2 5 5 F A X 0 2 6 9 - 2 2 - 2 2 9 5
野沢温泉村民生課	所在地 下高井郡野沢温泉村大字豊郷 9 8 1 7 電話番号 0 2 6 9 - 8 5 - 3 1 1 2 F A X 0 2 6 9 - 8 5 - 4 7 6 0
山ノ内町健康福祉部	所在地 下高井郡山ノ内町大字平隠 3 3 5 2 - 1 電話番号 0 2 6 9 - 3 3 - 3 1 1 1 F A X 0 2 6 9 - 3 3 - 4 5 2 7
長野県国民健康保険 団体連合会	所在地 長野市大字西長野字加茂北 1 4 3 - 8 電話番号 0 2 6 - 2 3 8 - 1 5 8 0 F A X 0 2 6 - 2 3 8 - 1 5 6 0
長野県福祉サービス 運営適正化委員会	所在地 長野市中御所岡田 9 8 - 1 電話番号 0 1 2 0 - 2 8 - 7 1 0 9 F A X 0 2 6 - 2 2 8 - 0 1 3 0

16 第三者評価の受審状況

第三者評価の実施の有無	無
-------------	---

17 協力病院等

医療機関の名称	飯山赤十字病院
所在地	長野県飯山市飯山226番地1
電話番号	0269-62-4195
診療科目	総合病院
入院設備	あり
医療機関の名称	津南病院
所在地	新潟県中魚沼郡津南町大字下船渡丁2682
電話番号	0257-65-3161
診療科目	総合病院
入院設備	あり
医療機関の名称	栄村国民健康保険栄村歯科診療所
所在地	長野県下水内郡栄村大字北信3602番地1
電話番号	0269-87-3020
診療科目	歯科
入院設備	なし

18 緊急連絡先及び主治医等

緊急連絡先	氏名		続柄	
	住所			
	電話番号	()		
主治医	病院名		医師名	
	住所			
	電話番号	()		
希望する救急等搬送先	☐ 特になし ☐ 上記主治医 ☐ 協力病院 ☐ その他の医療機関 病院名 _____ 所在地 _____ 電話番号 _____ ※ 諸般の事情により、ご希望の医療機関に搬送できない場合もございます。			

ショートステイサービス（指定短期入所生活介護及び指定介護予防短期入所生活介護）の提供の開始に際して、あらかじめ御利用申込者又はその御家族に対して、運営規程の概要、勤務の体制、その他の重要事項等を記した本書面を交付し、説明しました。

年 月 日

説明者 長野県下水内郡栄村大字豊栄 2 1 4 0
特別養護老人ホームフランセーズ悠さかえ

施設長 _____ (印)

説明補助者 特別養護老人ホームフランセーズ悠さかえ

生活相談員 _____ (印)

私は、上記説明者又は説明補助者から、本書面の交付を受けたうえでショートステイサービス（指定短期入所生活介護及び指定介護予防短期入所生活介護）に関する運営規程の概要、勤務の体制、その他の重要事項等の説明を受け同意しました。

年 月 日

利用者 住 所 _____

氏 名 _____ (印)

署名代行者

私は、利用者の同意意思を確認し、利用者に代わり上記署名を行ないました。

住 所 _____

氏 名 _____ (印)

(署名を代行した理由： _____)

家族（利用申込者との関係 _____ ）

住 所 _____

氏 名 _____ (印)