

地域密着型通所介護重要事項説明書

<令和 年 月 日現在> 《令和6年6月改定》

1 通所介護事業者（法人）の概要

名称・法人種別	グッドライフ株式会社 ・ 営利法人
代表者名	代表取締役 宇佐見 健夫
所在地・連絡先	(住所) 〒668-0815 兵庫県豊岡市日撫 283 番地の 15 (電話) 0796-20-5520 (FAX) 0796-20-5520

2 事業所の概要

(1) 事業所名称及び事業所番号

事業所名	生きがいの郷デイサービス花園新館
所在地・連絡先	(住所) 兵庫県豊岡市若松町 7-8 (電話) 0796-20-3557 (FAX) 0796-24-8077
事業所番号	2874401355
管理者の氏名	宇佐見 陽子
利用定員	通所介護 (18 名)

(2) デイサービスセンターの構造・面積及び最寄り駅

構造	木造
面積	延べ床面積 162.99 m ² *内 99.225 m ² 通所介護として使用 1階 115.45 m ² 機能訓練室 55.64 m ² 静養室 4.47 m ² 2階 47.54 m ²
最寄り駅	JR 豊岡駅より 800 メートル 徒歩 10 分

(3) 事業所の職員体制

(通所介護)

従業者の職種	人数 (人)	区分		常勤換算後 の人数(人)	職務の内容
		常勤(人)	非常勤 (人)		

管理者	1	1		1	事業所の管理
生活相談員	3	3		1.5	相談・生活指導等
介護職員	6	5	1	5.1	介護全般
機能訓練指導員	1		1	0.1	機能回復訓練等

(4) 職員の勤務体制

従業者の職種	勤務体制	休暇
管理者	正規の勤務時間帯（8：30から17：30） 常勤で勤務	ローテーションによる
生活相談員	正規の勤務時間帯（8：30から17：30） 常勤で勤務	ローテーションによる
介護職員	正規の勤務時間帯（8：30から17：30） 常勤で勤務	ローテーションによる
看護師	正規の勤務時間帯（8：30から17：30） 常勤、非常勤職員で勤務	ローテーションによる
機能訓練指導員	非常勤職員が勤務	ローテーションによる

(5) 事業の実施地域

事業の実施地域	兵庫県旧豊岡市（港地区を除く）
---------	-----------------

※上記地域以外でもご希望の方はご相談ください。

(6) 営業日

営業日	営業時間
月曜日～土曜日 （祝日含む）	8時半から17時半
営業しない日	日曜日, 1月1～3日

3 サービスの内容及び費用

(1) 介護保険給付対象サービス

ア サービス内容

種 類	内 容
食 事	(食事時間) 11:50~13:15 利用者と職員で共同で作る家庭的な温かく美味しい食事を提供します。 食事サービスの利用は任意です
入 浴	入浴の時間は自由です。 個人浴槽です。 好きな時間にご利用できます。 入浴又は清拭を行います。 入浴サービスの利用は任意です。
排 泄	利用者の状況に応じて適切な排泄介助を行うと共に、排泄の自立についても適切な援助を行います。
機能訓練	機能訓練指導員により利用者の状況に適した簡単な生活の中での機能訓練を行い、身体機能の低下を防止するよう努めます。
レクリエーション活動	各種レクリエーションや健康体操等を実施します。 また様々なカルチャーに取り組んでいただき手指巧緻性の向上に努めます。
健康チェック	血圧測定等利用者の全身状態の把握を行います。
相談及び援助	利用者とその家族からの各種ご相談に問題解決に向けて取り組みます。
送 迎	ご自宅玄関から施設内までの送迎を行います。 送迎サービスの利用は任意です。

イ 費用

介護保険の適用がある場合は、原則として料金表の利用料金の1割が利用者の負担額となります。お客様の利用者負担額については、契約書別紙サービス内容説明書に記載します。

【料金表】令和6年4月1日改正

(通所介護) 1割負担の場合

○所要時間 3 時間以上 4 時間未満の場合

要介護1 416 円	要介護2 478 円	要介護3 540 円	要介護4 600 円	要介護5 663 円
---------------	---------------	---------------	---------------	---------------

○所要時間 4 時間以上 5 時間未満の場合

要介護1 436 円	要介護2 501 円	要介護3 566 円	要介護4 629 円	要介護5 695 円
---------------	---------------	---------------	---------------	---------------

○所要時間 5 時間以上 6 時間未満の場合

要介護1 657 円	要介護2 776 円	要介護3 896 円	要介護4 1,013 円	要介護5 1,134 円
---------------	---------------	---------------	-----------------	-----------------

○所要時間 6 時間以上 7 時間未満の場合

要介護1 678 円	要介護2 801 円	要介護3 925 円	要介護4 1,049 円	要介護5 1,172 円
---------------	---------------	---------------	-----------------	-----------------

○所要時間 7 時間以上 8 時間未満の場合

要介護1 753 円	要介護2 890 円	要介護3 1,032 円	要介護4 1,172 円	要介護5 1,312 円
---------------	---------------	-----------------	-----------------	-----------------

(通所介護) 2 割負担の場合

○所要時間 3 時間以上 4 時間未満の場合

要介護1 832 円	要介護2 956 円	要介護3 1,080 円	要介護4 1,200 円	要介護5 1,326 円
---------------	---------------	-----------------	-----------------	-----------------

○所要時間 4 時間以上 5 時間未満の場合

要介護1 872 円	要介護2 1,002 円	要介護3 1,132 円	要介護4 1,258 円	要介護5 1,390 円
---------------	-----------------	-----------------	-----------------	-----------------

○所要時間 5 時間以上 6 時間未満の場合

要介護1 1,314 円	要介護2 1,552 円	要介護3 1,792 円	要介護4 2,026 円	要介護5 2,268 円
-----------------	-----------------	-----------------	-----------------	-----------------

○所要時間 6 時間以上 7 時間未満の場合

要介護1 1,356 円	要介護2 1,602 円	要介護3 1,850 円	要介護4 2,098 円	要介護5 2,344 円
-----------------	-----------------	-----------------	-----------------	-----------------

○所要時間 7 時間以上 8 時間未満の場合

要介護1 1,506 円	要介護2 1,780 円	要介護3 2,064 円	要介護4 2,344 円	要介護5 2,624 円
-----------------	-----------------	-----------------	-----------------	-----------------

(通所介護) 3割負担の場合

○所要時間3時間以上4時間未満の場合

要介護1 1,248円	要介護2 1,434円	要介護3 1,620円	要介護4 1,800円	要介護5 1,989円
----------------	----------------	----------------	----------------	----------------

○所要時間4時間以上5時間未満の場合

要介護1 1,308円	要介護2 1,503円	要介護3 1,698円	要介護4 1,887円	要介護5 2,085円
----------------	----------------	----------------	----------------	----------------

○所要時間5時間以上6時間未満の場合

要介護1 1,971円	要介護2 2,328円	要介護3 2,688円	要介護4 3,039円	要介護5 3,402円
----------------	----------------	----------------	----------------	----------------

○所要時間6時間以上7時間未満の場合

要介護1 2,034円	要介護2 2,403円	要介護3 2,775円	要介護4 3,147円	要介護5 3,516円
----------------	----------------	----------------	----------------	----------------

○所要時間7時間以上8時間未満の場合

要介護1 2,259円	要介護2 2,670円	要介護3 3,096円	要介護4 3,516円	要介護5 3,936円
----------------	----------------	----------------	----------------	----------------

○減算(1回につき)

種 類	1割負担	2割負担	3割負担
送迎減算	-47円	-94円	-141円
同一敷地内減算	-94円	-188円	-282円
高齢者虐待防止措置未実施減算 業務継続計画未策定減算	所定単位 -1/100		

○加算

加 算	利用料	1割負担	2割負担	3割負担	算 定 回 数
口腔機能向上加算Ⅰ	150円	150円	300円	450円	月2回まで算定
口腔機能向上加算Ⅱ	160円	160円	320円	480円	
個別機能訓練加算(Ⅰ)イ	560円	56円	112円	168円	個別機能訓練を実施した日数(回数)
個別機能訓練加算(Ⅰ)ロ	850円	85円	170円	255円	
個別機能訓練加算(Ⅱ)	200円/月	20円/月	40円/月	60円/月	

入浴介助加算(Ⅰ)	400円	40円	80円	120円	入浴介助を実施した日数
入浴介助加算(Ⅱ)	550円	55円	110円	165円	
介護職員処遇改善加算(Ⅰ)	所定単位数 の9.2%	左記の1倍	左記の 2倍	左記の 3倍	基本サービス費に各種加算 減算を加えた総単位数
介護職員処遇改善加算(Ⅱ)	所定単位数 の9.0%	左記の1倍	左記の 2倍	左記の 3倍	基本サービス費に各種加算 減算を加えた総単位数
介護職員処遇改善加算(Ⅲ)	所定単位数 の8.0%	左記の1倍	左記の 2倍	左記の 3倍	基本サービス費に各種加算 減算を加えた総単位数
介護職員処遇改善加算(Ⅳ)	所定単位数 の6.4%	左記の1倍	左記の 2倍	左記の 3倍	基本サービス費に各種加算 減算を加えた総単位数
若年性認知症利用者受入加算	600円	60円	120円	180円	1日につき
サービス提供体制強化加算(Ⅰ)	220円	22円	44円	66円	サービス提供日数
サービス提供体制強化加算(Ⅱ)	180円	18円	36円	54円	
サービス提供体制強化加算(Ⅲ)	60円	6円	12円	18円	
科学的介護推進体制加算	400円/月	40円/月	80円/月	120円/月	
加算は、適宜、事業所の実態に応じて算定致します。					

- ・ 上記料金算定の基本となる時間は、実際にサービス提供に要した時間ではなく、お客様の居宅サービス計画に定められたサービスにかかる標準的な時間を基準とします。
- ・ 介護保険での給付の範囲を超えたサービス利用の利用料金は、事業者が別に設定し、全額が利用者の自己負担となりますのでご相談ください。
- ・ 介護保険適用の場合でも、保険料の滞納等により、事業者へ直接介護保険給付が行われない場合があります。その場合、お客様は料金表の利用料金全額をお支払いください。利用料のお支払いと引き換えにサービス提供証明書と領収証を発行します。発行されたサービス提供証明書と領収書を保険者介護保険窓口を持参すると、9割分が返還されます。

(2) 介護保険給付対象外サービス

- 食費
食事サービスを受ける方は、昼食代500円が必要となります。
- おむつ代
おむつを使用される方は、おむつ代の実費が必要となります。
- 事業の実施地域外の送迎費
2-(4)の事業の実施地域以外の地域にお住まいの方は送迎費の実費が必要となります。その場合1km50円とします。
- 延長料金
16時以降に延長して利用される場合は、延長料金が必要となります。その場合の料金は1時間500円となります。
- その他の費用
通所介護サービスの中で提供される便宜のうち、日常生活においても通常必要となるものに係わる費用であって、お客様に負担させることが適当と認められる費用は、お客様の負担となります。

- キャンセル料
無料です。

(3) 利用料等のお支払方法

お引き落としとなっております。

その他のお支払い方法についてはご相談ください。

4 契約の終了について

契約の有効期間は、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7日前までにご利用者から契約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、以降も同様となります。

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、当事業所との契約は終了します。

- 利用者が、要介護認定を受けられなかったとき
- 契約期間満了日の7日前までにご利用者から更新拒絶の申し出があり、かつ契約期間が満了したとき。
- ご利用者が7日以上予告期間をもって契約を解除したとき
- 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、さらに1か月相当の猶予期間を定め文書による催促にもかかわらずこれが支払われない場合
- 利用者が法令違反又はサービス提供を阻害する行為をなし、当事業所の再三の申し入れにもかかわらず改善の見込みがなく、このサービス利用契約の目的を達することが困難になったとき
- ご利用者が、介護保険施設や医療施設等へ入所又は入院等をしたとき
- ご利用者が、死亡したとき

5 損害賠償について

- (1) 地域密着型通所介護サービスの提供にあたって、事故が発生した場合には、速やかに利用者の後見人及び家族に連絡を行うとともに、必要な措置を講じます。但し、事故発生につきご利用者に重過失がある場合は、損害賠償の額を減額する場合があります。

保険会社 株式会社損害保険ジャパン

保険名 居宅介護事業者等賠償責任保険ウォームハート

6 事業所の特色等

(1) 事業の目的

少人数制を活かして個人個人にあったケアを提供することを心がけています。

(2) 運営方針

- ①わたしたちは、お客様を尊敬し、その命を守り、責任を持って介護を行ないます。

- ②わたしたちは、ひとりひとりに「目配り・気配り・心配り」ができる個別ケアに真正面から取り組んでいます。
- ③わたしたちは、住み慣れた地域社会の中で、尊厳を保ちながら「自分が自分らしくありのまま」に生活できるようにお手伝いします。
- ④わたしたち職員全員が、より満足度の高いケアを目指して取り組んでいます。
- ⑤わたしたちは、「必要な時」に「必要な量」の介護サービスを「必要な地域」で提供し、在宅生活をサポートします。

(3) その他

事項	内容
通所介護計画の作成及び事後評価	<p>当事業所の管理者が、お客様の直面している課題等を評価し、お客様の希望を踏まえて、通所介護計画を作成します。</p> <p>また、サービス提供の目標の達成状況等を評価し、その結果を書面（サービス報告書）に記載してお客様に説明のうえ交付します。</p>
従業員研修	年 12 回、技術から制度・接遇の研修を行っています。

7 サービス内容に関する苦情等相談窓口

行政機関相談窓口	<p>兵庫県国民健康保険団体連合会</p> <p>ご利用時間 8：45～17：30</p> <p>ご利用方法 電話 (078-332-5617)</p> <p>FAX (078-332-5650)</p> <p>豊岡市高年介護課</p> <p>〒668-0046 兵庫県豊岡市立野町 12-12</p> <p>ご利用時間 8：30～17：15</p> <p>ご利用方法 電話 (0796-24-2401)</p> <p>FAX (0796-29-3144)</p>
当事業所お客様相談窓口	<p>窓口責任者 宇佐見 陽子</p> <p>ご利用時間 9：00～17：00</p> <p>ご利用方法 電話 (0796-20-3557)</p> <p>面接（当事業所相談室）</p> <p>苦情箱（玄関に設置）</p>

8 緊急時等における対応方法

(1) 事業所において感染症が発生し、又はまん延しないように、次に掲げる措置を講じます。

- ①訪問介護員等の清潔の保持及び健康状態について、必要な管理を行います。
- ②事業所の設備及び備品等について、衛生的な管理に努めます。
- ③事業所における感染症の予防及びまん延の防止のための対策を検討する委員会をおおむね6月に1回以上開催するとともに、その結果について、従業者に周知徹底しています。
- ④事業所における感染症の予防及びまん延防止のための指針を整備しています。
- ⑤従業者に対し、感染症の予防及びまん延防止のための研修及び訓練を定期的実施します。

(2) サービス提供中に病状の急変などがあった場合は、速やかにお客様の主治医、救急隊、緊急時連絡先（ご家族等）、居宅サービス計画を作成した居宅介護支援事業者等へ連絡をします。

主治医	病院名 及 び 所在地	
	氏名	
	電話番号	
緊急時連絡先（家族等）	氏名（続柄）	（ ）
	住所	
	電話番号	

9 非常災害時の対策

(1) 非常災害時の対応

非常時の対応	別途定める消防（災害対応）計画にのっとり対応を行います。			
避難訓練及び防災設備	別途定める消防（災害対応）計画にのっとり年1回避難訓練を行います。			
	設備名称	個数等	設備名称	個数等
	誘導灯	有り	屋内消火器	有り
	自動火災報知機	無し	ガス漏れ探知機	有り
	カーテンは防災性能のあるものを使用しています。			

(2) 業務継続に向けた取り組みについて

- ① 感染症や非常災害の発生時において、利用者に対する指定訪問介護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実施します。
- 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計画の変更を行います。
- ④ 非常災害の発生の際にその事業が継続できるよう、他の介護福祉施設等との連携及び協力を行う体制を構築いたします。

1 0 虐待防止及び身体拘束廃止について

事業所は、ご利用者の人権の擁護・虐待の防止及び身体拘束廃止のため、指針を整備し責任者を設置する等必要な体制の整備を行うとともに、その従業者に対し、虐待防止及び身体拘束廃止を啓発・普及するための研修を実施する等の措置を講じます。

- ① 事業所はご利用者が成年後見制度を利用できるよう支援を行います。
- ② 当該事業所従業者又は養護者（現に養護している家族・親族・同居人等）による虐待を受けたと思われる利用者を発見した場合は、速やかに、これを市町村に通報します。
- ③ 虐待防止のための対策を検討する委員会を定期的に開催し、その結果について従業者に周知徹底を図ります。
- ④ 事業所は次の通り虐待防止及び身体拘束廃止責任者を定めます。
役職：代表者 氏名：宇佐見 健夫

1 1 暴力団の排除

豊岡市暴力団排除条例に基づいて、市と介護保険事業所が協働して、暴力団排除の推進を図るものとして、事業所を開設する法人の役員、事業所の管理者をはじめとする事業所の運営に従事するものは、暴力団、暴力団員又はこれらと密接な関係を有するものであってはならない事と致します。

1 2 秘密保持

事業者及びサービス従事者又は職員は、通所介護サービスを提供する上で知り得た契約者又はその家族等に関する事項を正当な理由なく第三者に漏洩しません。この守秘義務はサービス契約終了後も継続します。

1 3 記録の閲覧

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、ご利用者及びご家族に限り、請求に応じて閲覧することができます

1 4 重要事項説明書の内容変更

重要事項説明書に記載した内容に変更が生じることが予想される場合には、重要事項が変更された場合に、ご利用者及びそのご家族に変更内容を以下の方法により行います。

事前の説明（書類をお渡し口頭で説明又は郵送による書面での通知）を行った上で書面にて同意の確認を行います。

1 5 サービス利用に当たっての留意事項

- サービス利用の際には、介護保険被保険者証と居宅介護支援事業者が交付するサービス利用票を提示してください。
- 施設内の設備や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、弁償していただく場合があります。
- 決められた場所以外での喫煙はご遠慮ください。

- 他の利用者の迷惑になる行為はご遠慮ください。
- 所持金品は、自己の責任で管理してください。
- 利用者又はその家族は、体調の変化があった際には事業所の従業員にご一報下さい。
- 従業員に対する贈物や飲食のもてなしは、お受けできません。
- 送迎の際はペットをゲージに入れる、リードにつなぐなどのご配慮をお願いします。
- ハラスメント行為などにより、健全な信頼関係を築くことが出来ないと判断した場合は、サービス中止や契約を解除することもあります。
- 事業者の職員に対して行う暴言・暴力、嫌がらせ、誹謗中傷などの迷惑行為は禁止事項とさせていただきます。
- パワーハラスメント、セクシャルハラスメントなどの行為も禁止事項とさせていただきます。
- 施設内での他の利用者に対する執拗な宗教活動及び政治活動はご遠慮ください。

附 則

- この規程は、平成 25 年 8 月 16 日から施行する。
- この規程は、平成 26 年 4 月 1 日から施行する。
- この規程は、平成 27 年 1 月 16 日から施行する。
- この規程は、平成 27 年 4 月 1 日から施行する。
- この規程は、平成 27 年 5 月 1 日から施行する。
- この規程は、平成 27 年 6 月 16 日から施行する。
- この規程は、平成 30 年 4 月 1 日から施行する。
- この規程は、平成 30 年 10 月 1 日から施行する。
- この規程は、令和 1 年 10 月 1 日から施行する。
- この規程は、令和 2 年 4 月 1 日から施行する。
- この規程は、令和 3 年 4 月 1 日から施行する。
- この規程は、令和 4 年 4 月 1 日から施行する。
- この規程は、令和 4 年 10 月 1 日から施行する。
- この規程は、令和 6 年 4 月 1 日から施行する。
- この規程は、令和 6 年 6 月 1 日から施行する。

当事業者は、サービス内容説明書及び重要事項説明書に基づいて、通所介護のサービス内容及び重要事項の説明をしました。

令和 年 月 日

事業者 住 所 〒668-0815
兵庫県豊岡市日撫 283 番地の 15
事業者名 グッドライフ株式会社
代表者名 代表取締役 宇佐見 健夫 印

説明日時 令和 年 月 日
時 分 ~ 時 分

説明場所 _____

説明者 職 名
氏 名

私は、サービス内容説明書及び重要事項説明書に基づいて、通所介護のサービス内容及び重要事項の説明を受け、指定通所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

代理人（選任した場合） 住所
氏名

サービス内容説明書（地域密着型通所介護）

当事業者が、あなたに提供するサービスは以下の通りです。

1 通所介護サービスの内容

曜日（頻度）	時 間 帯	内 容
月曜日	: ~ :	送迎、食事、機能訓練、生活指導、健康チェック、入浴、排泄、レクリエーション等
火曜日	: ~ :	
水曜日	: ~ :	
木曜日	: ~ :	
金曜日	: ~ :	
土曜日	: ~ :	
日曜日	休業日	
不定期	: ~ :	

2 利用者負担額

(1) 介護保険適用分

区 分	時 間	単位 (1 割)	単位 (2 割)	単位 (3 割)	回数	1 回あたりの 利用料
通所介護費	時間				× 回	円
入浴介助加算	1 回 あたり	40 単位	80 単位	120 単位	× 回	円
口腔機能向上加算 I	月 2 回 算定	150 単位	300 単位	450 単位		円
サービス提供体制強化加算 (Ⅲ)	1 回 あたり	6 単位	12 単位	18 単位	× 回	円
送迎減算	1 回 あたり	-47 単位	-94 単位	-141 単位	× 回	円
1 回あたりの小計						① 円
処遇改善加算分 (①×9.2%)						② 円
1 回あたりの合計額 (①+②)						③ 円
保険適用分 (70~90/100)						④ 円
その他の公費負担分 (/100)						⑤ 円
1 回あたりの利用者負担額 (10~30/100)						⑥ 円

ただし、介護保険適用の場合でも、保険料の滞納等により、事業者へ直接介護保険給付が行われない場合があります。その場合、お客様は1ヶ月につき利用料の全額をお支払いください。利用料のお支払いと引き換えにサービス提供証明書と領収証を発行します。

(2) 介護保険適用外の分

内 容	金 額	1 回あたりの利用料
食費	500 円	円
おむつ代	150 円 × (枚)	円
1 回あたりの合計額		円

(3) 実施地域外の送迎費については、必要ありません。
実費 円となります。(片道)

(4) 通所介護サービスの中で提供される便宜のうち、利用者様の希望により通常のサービス提供の範囲を超える保険外の費用は、利用者様の負担となります。

3 キャンセル料

無料です。

4 利用料等のお支払方法

お引き落としとなっております。

その他のお支払い方法についてはご相談ください。

5 この通所介護契約は、指定居宅介護支援事業所が作成された居宅サービス計画（ケアプラン）に従った内容です。

個人情報の使用に係る同意書

私_____は、私自身及び身元保証人、家族の個人情報を下記の利用目的の必要最低限の範囲内で使用、提供、収集を行うことに同意致します。

1. 利用期間 介護サービス提供期間及び契約期間
2. 利用目的
 - (1) 介護計画書作成にあたり、ケアカンファレンス、職員会議の実施のため。
 - (2) 居宅介護支援事業者、医療機関、介護サービス事業者、福祉事業者等との連携（サービス担当者会議）、照会への回答のため。
 - (3) 利用の有無、利用時の様子に関する家族等への心身状況説明のため。
 - (4) 介護事故、緊急時等の報告のため。
 - (5) 介護保険事務（請求処理、会計処理等）
 - (6) 損害賠償保険などに係る保険会社等への相談または届出等
 - (7) 行政等外部監査機関、評価機関等への情報提供
 - (8) 生きがいの郷通信の顔写真の掲載について ① はい ② いいえ
 - (9) 上記各号に関わらず、緊急を要する時の連絡等の場合

個人情報の提供は必要最低限とし、サービス提供に関わる目的以外で使用いたしません。また、利用者とのサービス利用に関わる契約の締結からサービス終了後においても第三者に漏らすことはございません。個人情報に関する基本方針に基づき取扱いを行います。

令和 年 月 日

上記事項の内容を当書面に基づき説明いたしました。

(事業所) 生きがいの郷デイサービス花園新館 説明者：

上記事項の説明を当書面に基づき事業所から受け、内容に同意いたしました。

令和 年 月 日

利用者 住 所
氏 名

家族（身元引受人） 住 所
氏 名

代筆者（代理人） 住 所
氏 名