

# 重要事項説明書

指定短期入所生活介護

大阪市立弘済院第2特別養護老人ホーム

当施設は介護保険の指定を受けています。  
(吹田市指定 第 2771600588 号)

当施設は利用者に対して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の内容、契約上ご注意いただきたいことを説明します。

## ◇◆目次◆◇

|    |                         |   |
|----|-------------------------|---|
| 1  | 開設者                     | 1 |
| 2  | 施設の概要                   | 1 |
| 3  | 施設の構造・居室及び主な設備          | 1 |
| 4  | 職員の概要                   | 2 |
| 5  | 施設が提供するサービスと利用料金        | 3 |
| 6  | 苦情の申立について               | 5 |
| 7  | 守秘義務及び個人情報保護            | 6 |
| 8  | サービス提供記録の開示             | 6 |
| 9  | サービス利用をやめる場合（契約の終了について） | 6 |
| 10 | 事故発生時の対応                | 7 |
| 11 | 非常災害時の対策                | 7 |
| 12 | 虐待の防止について               | 7 |
| 13 | 身体的拘束等原則禁止              | 8 |
| 14 | 当施設利用の際に留意いただく事項        | 8 |
| 15 | 緊急連絡先                   | 9 |



## 1 開設者

- (1) 開設者 大阪市  
(2) 開設者の所在地 大阪市北区中之島1丁目3番20号  
(3) 電話番号 06-6208-8181 (代表)  
(4) 代表者氏名 大阪市長 横山 英幸  
(5) 開設年月 平成2年7月

## 2 施設の概要

- (1) 施設の種類 指定短期入所生活介護・平成12年3月2日指定  
吹田市第2771600588号  
(2) 施設の目的 指定短期入所生活介護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用施設等をご利用いただき、指定短期入所生活介護サービスを提供します。  
(3) 施設の名称 大阪市立弘済院第2特別養護老人ホーム  
(4) 施設の所在地 大阪府吹田市古江台6丁目2番1号  
(5) 電話番号 06-6871-8020  
(6) 施設管理者 大阪市立弘済院連絡調整担当課長 野口 直樹  
(7) 施設の運営方針 当施設は、入院治療がなく、徘徊、夜間せん妄等の不適応行動を有し、活動性のある認知症の方を対象としてご利用できますが、入院治療が必要となった時、歩行困難や不適応行動等がなくなった場合は、契約期間中であっても、家族引取りもしくは他の施設等に変更していただきます。  
(8) 開設年月 平成2年7月  
(9) 入所定員 7名

## 3 施設の構造・居室及び主な設備

- (1) 構造規模  
・延床面積 約2,691㎡  
・構造 鉄筋コンクリート造  
・階数 地上2階  
(2) 居室及び主な設備

| 居室の種類   |      | 室数  | 利用可能人数 |  |
|---------|------|-----|--------|--|
| 居室      | 1人部屋 | 3室  | 3人     |  |
|         | 4人部屋 | 1室  | 4人     |  |
|         | 計    | 4室  | 7人     |  |
| 設備の種類   |      | 室数  | 面積     |  |
| 食堂      |      | 1ヶ所 | 184.9㎡ |  |
| 機能回復訓練室 |      | 1ヶ所 | 18.0㎡  |  |
| 一般浴室    |      | 1室  | 45.1㎡  |  |
| 医務室     |      | 1室  | 21.5㎡  |  |
| ディルーム   |      | 1室  | 16.5㎡  |  |

## 4 職員の概要

利用者に対して指定介護老人福祉施設サービスを提供するため、介護保険法の指定基準に沿い職員を配置しています。

### (1) 職員の配置状況（令和8年4月1日現在）

| 従業者の職種    | 員数 | 区 分 |    |     |    | 常勤換算後の人数 |    | 事業者の指定基準 | 保 有 資 格                              |
|-----------|----|-----|----|-----|----|----------|----|----------|--------------------------------------|
|           |    | 常 勤 |    | 非常勤 |    |          |    |          |                                      |
|           |    | 専従  | 兼務 | 専従  | 兼務 |          |    |          |                                      |
| 管 理 者     | 1  | 1   |    |     |    | 1        |    | 1        |                                      |
| 生 活 相 談 員 | 2  | 2   |    |     |    | 2        |    | 2        | 介護福祉士・介護支援専門員・社会福祉士                  |
| 介 護 職 員   | 22 | 22  |    |     |    | 22       | 24 | 24       | 介護福祉士<br>介護支援専門員<br>介護職員初任者・実務者研修修了者 |
| 看 護 職 員   | 2  | 2   |    |     |    | 2        |    |          | 看 護 師                                |
| 介護支援専門員   | 1  | 1   |    |     |    | 1        |    | 1        | 介護支援専門員                              |
| 機能訓練指導員   | 1  | 1   |    |     |    | 1        |    | 1        | 作業療法士                                |
| 医 師       | 1  |     | 1  |     |    |          |    |          |                                      |
| 栄 養 士     | 1  | 1   |    |     |    | 1        |    | 1        | 管理栄養士                                |

### (2) 職員の職務内容

| 従業者の職種    | 職 務 内 容                                                     |
|-----------|-------------------------------------------------------------|
| 管 理 者     | 施設の業務を統括します。                                                |
| 生 活 相 談 員 | 利用者の入退所・生活相談・面接・調査及び援助の企画立案・実施に関する業務に従事します。                 |
| 介 護 職 員   | 利用者の日常生活の介護、相談及び援助の業務に従事します。                                |
| 看 護 職 員   | 利用者に対する医師の診察の補助及び看護並びに入所者の保健衛生管理に従事します。                     |
| 介護支援専門員   | 利用者の介護度、心身の状況等を勘案して、ケアプランの作成等に従事します。                        |
| 機能訓練指導員   | 利用者の介護度に基づくケアプランや心身の状況等を勘案して、入所者の機能回復、機能維持に必要な訓練及び指導に従事します。 |
| 医 師       | 利用者の診察及び保健衛生の管理指導の業務に従事します。                                 |
| 栄 養 士     | 栄養指導・栄養ケアマネジメントに関する業務及び業務委託業者に対する食事業務全般についての指導・確認業務に従事します。  |

### (3) 職員の勤務体制

| 従業者の職種    | 勤務時間                                                                                                                             | 勤務人員                     |
|-----------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|
| 管 理 者     | 9 : 0 0 ~ 1 7 : 3 0                                                                                                              | 1 名                      |
| 生 活 相 談 員 | 9 : 0 0 ~ 1 7 : 3 0                                                                                                              | 1 名                      |
| 介 護 職 員   | 標準的な時間帯における最低配置人員<br>早出 7 : 3 0 ~ 1 6 : 0 0<br>日勤 9 : 0 0 ~ 1 7 : 3 0<br>遅出 1 0 : 3 0 ~ 1 9 : 0 0<br>夜勤 1 6 : 3 0 ~ 翌日 1 0 : 3 0 | 1 名<br>3 名<br>3 名<br>2 名 |
| 看 護 職 員   | 標準的な時間帯における最低配置人員<br>9 : 0 0 ~ 1 7 : 3 0                                                                                         | 2 名                      |
| 介護支援専門員   | 9 : 0 0 ~ 1 7 : 3 0                                                                                                              | 1 名                      |
| 機能訓練指導員   | 9 : 0 0 ~ 1 7 : 3 0                                                                                                              | 1 名                      |
| 医 師       | 管理医師 週 1 日 1 0 : 0 0 ~ 1 1 : 0 0<br>医 師 週 1 日 1 0 : 0 0 ~ 1 1 : 0 0                                                              | 1 名<br>2 名               |
| 栄 養 士     | 9 : 0 0 ~ 1 7 : 3 0                                                                                                              | 1 名                      |

## 5 施設が提供するサービスと利用料金

提供するサービスには次の 2 種類があります。

### I 介護保険給付サービス

#### (1) 介護保険の給付対象となるサービス (居住費・食費は介護保険の給付対象外となります)

| 種 類  | 内 容                                                                |           |             |                      |
|------|--------------------------------------------------------------------|-----------|-------------|----------------------|
| 食 事  | ・ 栄養士の立てる献立により、利用者の健康の保持・増進、また疾病治療に必要な栄養素を過不足なく摂取でき、かつ安全な食事を提供します。 |           |             |                      |
|      | ・ 食事はできるだけ離床して食堂で食べていただけるように配慮します。                                 |           |             |                      |
|      | 【食事時間】                                                             |           |             |                      |
|      |                                                                    | 配膳時間      | 食事時間        | 備 考                  |
|      | 朝食                                                                 | 7 : 3 0   | 7 : 3 0 ~   |                      |
|      | 昼食                                                                 | 1 2 : 0 0 | 1 2 : 0 0 ~ | 全量摂取していただくため、食べ終わるまで |
|      | 夕食                                                                 | 1 7 : 3 0 | 1 7 : 3 0 ~ | 全量摂取していただくため、食べ終わるまで |
| 居 室  | ・ 整理・整頓・清掃・清潔を心がけ、良好な衛生環境が維持された住環境の中で生活していただきます。                   |           |             |                      |
| 排 泄  | ・ 利用者の状況に応じて適切な排泄介助を行うと共に、排泄の自立についても適切な援助も行います。                    |           |             |                      |
| 入 浴  | ・ 年間を通じて週 2 回の入浴または清拭を行います。                                        |           |             |                      |
| 自立支援 | ・ 寝たきり防止のため、できる限り離床に配慮します。                                         |           |             |                      |
|      | ・ 清潔を保つため、回数は限定せずに失禁のつど着替えを行うよう配慮します。                              |           |             |                      |
|      | ・ 個人としての尊厳に配慮し、適切な整容が行われるよう援助をします。                                 |           |             |                      |
|      | ・ シーツ交換は 7 日に 1 回、寝具は失禁等による汚染のつど交換します。                             |           |             |                      |
| 機能訓練 | ・ 機能訓練指導員（作業療法士等）による利用者の状況に適合した機能訓練を行い、精神機能・身体機能の低下を防止するよう努めます。    |           |             |                      |
|      | 【当施設で活用する主な用具】                                                     |           |             |                      |
|      | 楽器・治療用ゲーム・手工芸機器・A D L 用設備・園芸用具等                                    |           |             |                      |

**(2) 介護福祉施設サービスの料金（利用者負担額）**

(令和6年4月1日現在)

**(ア) 介護福祉施設サービス費**

| 介護度 | 個室  |          | 多床室 |          |
|-----|-----|----------|-----|----------|
|     | 単位数 | 1日あたり負担額 | 単位数 | 1日あたり負担額 |
| 1   | 628 | 670 円    | 628 | 670 円    |
| 2   | 697 | 743 円    | 697 | 743 円    |
| 3   | 770 | 821 円    | 770 | 821 円    |
| 4   | 840 | 896 円    | 840 | 896 円    |
| 5   | 909 | 969 円    | 909 | 969 円    |

※単位数の中には、認知症専門ケア加算（3単位）、サービス提供体制強化加算（22単位）を含んでいます。また、単位数×10.66（端数切捨）が介護福祉施設サービス費となり、その1割（端数切り上げ）が利用者負担額となります。

※収入に応じて2割(3割)が利用負担額となる場合があります。

※ その他個人加算として、若年性認知症受入加算（120単位）、療養食加算（8単位/回）などがあります。（上記単位数には含まれていません）

**II 介護保険給付対象外サービス****介護保険の給付対象外となるサービスと利用料金**

(令和8年8月1日現在)

(ア) 食 費 1,545 円（朝食 320 円 昼食 620 円 夕食 605 円）/1日

(イ) 居住費（個室） 1,231 円/1日

居住費（多床室） 915 円/1日

※上記金額は標準的な金額であり、実際には利用者の所得により負担限度額が決まります。負担限度額は下記のとおりです。なお、市民税課税世帯の方については、上記金額となります。

| 段階    | 所得の状況                                           | 食費      | 居住費     |       |
|-------|-------------------------------------------------|---------|---------|-------|
|       |                                                 |         | 個室      | 多床室   |
| 第1段階  | 老齢福祉年金受給者で市町村民税非課税世帯生活保護受給者                     | 300 円   | 380 円   | 0 円   |
| 第2段階  | 市町村民税非課税世帯で、本人の合計所得金額と課税年金収入額の合計が80万円以下         | 600 円   | 480 円   | 430 円 |
| 第3段階① | 世帯全員が市町村民税非課税で、本人の合計所得と課税非課税収入額の合計が80万円超120万円以下 | 1,030 円 | 880 円   | 430 円 |
| 第3段階② | 世帯全員が市町村民税非課税で、本人の合計所得と課税非課税収入額の合計が120万超        | 1,360 円 | 980 円   | 530 円 |
| 第4段階  | 上記以外に該当する人                                      | 1,545 円 | 1,231 円 | 915 円 |

**(ウ) その他の介護保険給付対象外のサービスと利用料金**

|         |                                                                                             |         |          |         |
|---------|---------------------------------------------------------------------------------------------|---------|----------|---------|
| サービスの種別 |                                                                                             |         |          |         |
| 理髪・美容   | 1ヶ月に1回訪問理髪業者による理髪や美容サービスをご利用いただけます。利用料金は下記のとおりです                                            |         |          |         |
|         | 種 類                                                                                         | 金 額     | 種 類      | 金 額     |
|         | カット（シェービングブロー）                                                                              | 1,980 円 | ヘアーマニキュア | 4,180 円 |
|         | パーマ（カット別）                                                                                   | 4,180 円 | ヘアークラー   | 4,180 円 |
|         | 顔そり                                                                                         | 660 円   |          |         |
| 諸費用実費   | 日常生活に要する費用で、利用者に負担いただくことが適当であるものにかかる嗜好品等の費用を負担していただきます。おむつ代は介護保険給付対象になっていますので、ご負担の必要はありません。 |         |          |         |

### Ⅲ その他の費用の額をやむを得ず変更する時の手続き

上記に定める利用料については、経済状況の著しい変化その他やむを得ない事由がある場合、相当な額に変更する場合があります。その場合、事前に変更の内容と変更する事由について、変更を行う1ヶ月前までにご説明いたします。

### Ⅳ 利用料金の支払い方法

上記の介護福祉施設サービス費・食費・滞在費は、サービス利用月の翌月に納付書を送付しますので期限までに納付してください。これ以外の費用につきましては、サービス利用終了時に事務所からの請求を確認してから事務所にしてお支払ください。

## 6 苦情の申し立てについて

苦情又は相談があった場合は、窓口で面談、電話、書面で受付します。また、ご意見箱を設置していますのでご利用ください。

|              |                                                                                                                                           |
|--------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 当施設ご利用相談室    | 苦情対応担当者 施設長 梶原 瑞歩<br>ご利用時間 月～金曜日 午前9時～午後5時30分<br>(祝日・年末年始は除く)<br>ご利用方法 電話：06-6871-8020<br>面接：大阪市立弘済院第2特別養護老人ホーム内 相談室<br>ご意見箱：当施設1階詰所入口に設置 |
| 吹田市の苦情等相談連絡先 | 福祉部高齢福祉室介護保険グループ<br>所在地 吹田市泉町1丁目3番40号<br>電話 06-6384-1343<br>受付時間 午前9時～午後5時30分(土曜・日曜・祝日を除く)                                                |
| 大阪市の苦情等相談連絡先 | 大阪市福祉局高齢者施策部介護保険課指定指導グループ<br>所在地 大阪市中央区船場中央3丁目1番7号—331<br>船場センタービル107—3F<br>電話 06-6241-6310<br>受付時間 午前9時～午後5時30分(土曜・日曜・祝日を除く)             |
| 大阪府の苦情等相談連絡先 | 大阪府福祉部高齢介護室介護事業者課施設指導グループ<br>所在地 大阪市中央区大手前3丁目2番12号別館<br>電話 06-6944-7106<br>受付時間 午前9時～午後6時(土曜・日曜・祝日を除く)                                    |
| 公的団体の苦情等連絡先  | 大阪府国民健康保険団体連合会介護保険課<br>所在地 大阪市中央区常磐町1丁目3番8号(中央大通りFNBビル内)<br>電話 06-6949-5418<br>受付時間 午前9時～午後5時15分(土曜・日曜・祝日を除く)                             |

## 7 守秘義務及び個人情報保護

### (1) 守秘義務

事業者及び職員は、業務上知り得た利用者及び家族の情報を第三者に漏洩することはありません。この守秘義務は本契約が終了した後も継続します。

### (2) 個人情報の第三者提供

- 事業者は、利用者の個人情報について、「個人情報に関する法律」及び厚生労働省が策定した「医療・介護関係事業者における個人情報の適切な取り扱いのためのガイダンス」を遵守し、適切な取扱いに努めるものとします。
- 事業者及び事業者の使用する者（以下「従業者」という。）は、サービス提供をする上で知り得た利用者及びその家族の秘密を正当な理由なく第三者に漏らしません。
- また、この秘密を保持する義務は、サービス提供契約が終了した後においても継続します。
- 事業者は、従業者に業務上知り得た利用者又はその家族の秘密を保持させるため、従業者である期間及び従業者でなくなった後においても、その秘密を保持するべき旨に従業者との雇用契約の内容とします。

## 8 サービス提供記録の開示

利用者及びその家族等が希望された場合は、随時、利用者に提供されたサービスの記録を開示し、複写物を交付します。

## 9 サービス利用をやめる場合（契約の終了について）

当施設と契約が終了する日は介護保険の有効期間満了までですが、介護保険が要介護認定で更新された場合は契約が更新され、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、当施設との契約は終了します。

- ① 要介護認定により入所者の心身の状況が自立又は要支援と判断された場合
- 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当施設を閉鎖した場合
- ③ 施設の滅失や重大な毀損により、入所者に対するサービスの提供が不可能になった場合
- 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
- ⑤ ご契約者から退所の申し出があった場合（詳細は以下をご参照ください）
- ⑥ 事業者から退所の申し出を行った場合（詳細は以下をご参照ください）

### (1) 利用者からの解約・契約解除の申し出

契約の有効期間であっても、入所者から当施設からの退所を申し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日前までに事務所まで申し出てください。

ただし、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 介護保険給付対象外サービスの利用料金の変更に同意できない場合
- ② 利用者の「居宅サービス計画（ケアプラン）」が変更された場合
- ③ 事業者もしくはサービス従業者が正当な理由無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
- ④ 事業者もしくはサービス従業者が守秘義務に違反した場合
- ⑤ 事業者もしくはサービス従業者が故意又は過失により入所者の身体・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がたい重大な事情が認められる場合
- ⑥ 他の利用者が利用者の身体・財物・信用等を傷つけた場合もしくは傷つける恐れがある場合において、事業者が適切な対応をとらない場合



## (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、当施設から退所していただく場合があります。

- ① 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がたい重大な事情を生じさせた場合
- ② 契約者による、サービス利用料金の支払が6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 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業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、又は著しい不信行為を行うことなどによって、本契約を継続しがたい重大な事情を生じさせた場合

## (3) 円滑な退所のための援助

契約が終了する場合には、事業者は契約書の心身の状況、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。

## 10 事故発生時の対応

利用者に対する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、利用者の家族等に連絡を行うとともに、必要な措置を講じます。

また、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。守秘義務に違反した場合も同様とします。ただし、その損害の発生について、利用者に故意又は過失が認められる場合、利用者のおかれた心身の状況を斟酌して相当と認められる場合には事業者の損害賠償責任を減じる場合があります。

## 11 非常災害時の対策

非常災害に備えて消防法に準拠した非常災害に関する具体的計画を別に定めるとともに、避難・救出・その他必要な訓練を年2回（夜間想定訓練）行います。なお、当施設の防災設備は下記のとおりです。

| 設備名称    | 個数等 | 設備名称      | 個数等 |
|---------|-----|-----------|-----|
| スプリンクラー | 有   | 防火扉・シャッター | 1ヶ所 |
| 避難出口    | 4ヶ所 | 屋内消火栓     | 有   |
| 自動火災報知機 | 有   | 非常通報装置    | 有   |
| 誘導灯     | 7ヶ所 | 漏電感知器     | 有   |
| ガス漏れ感知器 | 有   | 非常用自家発電装置 | 有   |

※カーテン・布団等は防災性能のあるものを使用しています。

## 12 虐待の防止について

当施設では、利用者等の人権の擁護・虐待の防止のために、次に掲げるとおり必要な措置を講じます。

(1) 虐待防止に関する責任者を選定します。

虐待防止に関する責任者 大阪市立弘済院連絡調整担当課長 野口 直樹

(2) 成年後見制度の利用を支援します。

(3) 虐待等に関する苦情解決体制を整備します。

(4) 従業者に対する虐待防止を啓発・普及するための研修を実施しています。

### 1 3 身体的拘束等原則禁止

利用者に対する身体的拘束その他行動を制限する行為を行いません。

ただし、利用者または他の利用者等の生命、身体を保護するために緊急やむを得ない場合には記録を記載するなど、適正な手続きにより身体等を拘束する場合があります。

(1) 身体拘束に関する責任者を選定します。

身体拘束に関する責任者 大阪市立弘済院連絡調整担当課長 野口 直樹

(2) 成年後見制度の利用を支援します。

(3) 身体拘束等に関する苦情解決体制を整備します。

(4) 従業者に対する身体拘束防止を啓発・普及するための研修を実施しています。

### 1 4 当施設利用の際に留意いただく事項

当施設のご利用にあたって、施設に入所されている利用者の共同生活の場としての快適性・安全性を確保するため、下記の事項をお守りください。

|        |                                                                                                 |
|--------|-------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 居室・設備  | 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には賠償していただくことがあります。                           |
| 面会     | 10:00～18:30 とします。面会時は2階詰所前に置いてある「面会カード」に記名のうえ、必ずフロア職員まで申し出ください。<br>※感染予防対策に伴い、面会方法を変更する場合があります。 |
| 喫煙・飲酒  | 喫煙はお断りします。酒類の持込による飲酒はお断りします。                                                                    |
| 飲食物の持込 | 酒類以外の飲食物の持込は原則として禁止していませんが、持ち込まれる場合は介護職員にご確認ください。また、夏季の間（6月～9月）は生ものの持込はご遠慮願います。                 |
| 迷惑行為等  | 騒音等他の利用者の迷惑を及ぼすような宗教活動・政治活動・営利活動を行うことはできません。また、むやみに他の入所者の居室に立ち入らないようにしてください。                    |
| その他    | 危険物の持ち込み・ペットの持込や飼育は禁止します。                                                                       |

## 15 緊急連絡先

次のとおり連絡先の順位をお知らせください。

### 第1順位

〒 \_\_\_\_\_

住 所 \_\_\_\_\_

氏 名 \_\_\_\_\_

続 柄 \_\_\_\_\_

連絡先 (自宅) \_\_\_\_\_ (携帯電話) \_\_\_\_\_

### 第2順位

〒 \_\_\_\_\_

住 所 \_\_\_\_\_

氏 名 \_\_\_\_\_

続 柄 \_\_\_\_\_

連絡先 (自宅) \_\_\_\_\_ (携帯電話) \_\_\_\_\_

### 第3順位

〒 \_\_\_\_\_

住 所 \_\_\_\_\_

氏 名 \_\_\_\_\_

続 柄 \_\_\_\_\_

連絡先 (自宅) \_\_\_\_\_ (携帯電話) \_\_\_\_\_

年 月 日

指定短期入所生活介護サービスの提供に際し、本書面に基づき重要事項の説明を行いました。

指定介護老人福祉施設 大阪市立弘済院第2特別養護老人ホーム

説明者職名 \_\_\_\_\_ 氏名 \_\_\_\_\_

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 \_\_\_\_\_

代理人住所 \_\_\_\_\_

代理人氏名 \_\_\_\_\_

続 柄 \_\_\_\_\_