

重要事項説明書

ご利用者に対する居宅サービス提供開始にあたり、厚生省令に基づいて、当事業者がご利用者に説明すべき事項は次のとおりです。

1 設置・経営主体

| | |
|-------|-------------------|
| 法人名 | 社会福祉法人 シティ・ケアサービス |
| 法人所在地 | 福岡市南区長住3丁目7番1号 |
| 代表者名 | 理事長 榎本 重孝 |
| 電話番号 | 092-554-0294 |

2 ご利用施設

| | | |
|-----------|----------------------------------|-----------------|
| 事業所名 | シティ・ホーム神松寺 | |
| 所在地 | 福岡市城南区神松寺1丁目7番1号 | |
| 介護保険事業所番号 | 介護予防認知症対応型共同生活介護 認知症対応型共同生活介護 | 福岡市 4071300299号 |
| 利用定員 | 8名 | |
| 管理者及び連絡先 | 氏名 | 連絡先 |
| | 上田 美奈子 | 092-874-1294 |

3 ご利用施設であわせて実施する事業

| 事業の種類 | 福岡県知事の事業者指定 | 利用定数 |
|------------------------|-----------------|------|
| | 指定番号 | |
| 居宅 介護予防通所介護 通所介護 | 福岡県 4071300315号 | 25人 |

4 施設の概要

| | | |
|-----|-------|----------------------------|
| 建 物 | 構 造 | 鉄筋コンクリート造 地上4階建（耐火建築物） |
| | 延べ床面積 | 2715.83㎡（グループホーム専用240.10㎡） |
| | 利用定員 | 8名 |

5 当事業所のサービス方針等

当事業所は、要介護者等の依頼を受け、お客様である利用者の自己実現にむけて最大限の支援活動を行うとともに、サービス計画に従ったサービスの提供が確保されるよう連絡調整その他の便宜の供与を行います。

6 事業所の職員体制等

| | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---------------|------------|---------------|-----|------------|---------------|-----|-------------|---------------|-----|-------------|-------------|
| 職 種 | | | | | | | | | | | | | |
| 管理者 | 1名（介護職員も兼務） | | | | | | | | | | | | |
| 計画作成担当者 | 1名（介護職員も兼務） | | | | | | | | | | | | |
| 介護職員 | 7名以上（上記兼務者を含む） | | | | | | | | | | | | |
| 看護職員 | 1名以上（併設デイサービス看護職員と併任） | | | | | | | | | | | | |
| 1日の職員体制 ※（ ）は休憩時間 但し行事やご利用者の状態 等によって変更します。 | <table border="1"> <tr> <td>早 番</td> <td>7：30～16：30</td> <td>（13：00～14：00）</td> </tr> <tr> <td>日 勤</td> <td>9：00～18：00</td> <td>（14：00～15：00）</td> </tr> <tr> <td>遅 番</td> <td>11：00～20：00</td> <td>（16：00～17：00）</td> </tr> <tr> <td>夜 勤</td> <td>16：30～翌9：30</td> <td>（1：00～2：00）</td> </tr> </table> | 早 番 | 7：30～16：30 | （13：00～14：00） | 日 勤 | 9：00～18：00 | （14：00～15：00） | 遅 番 | 11：00～20：00 | （16：00～17：00） | 夜 勤 | 16：30～翌9：30 | （1：00～2：00） |
| 早 番 | 7：30～16：30 | （13：00～14：00） | | | | | | | | | | | |
| 日 勤 | 9：00～18：00 | （14：00～15：00） | | | | | | | | | | | |
| 遅 番 | 11：00～20：00 | （16：00～17：00） | | | | | | | | | | | |
| 夜 勤 | 16：30～翌9：30 | （1：00～2：00） | | | | | | | | | | | |

7 職員の職務

(1) 管理者

施設従業者の管理、利用申し込みに係る調整、業務の実施状況の把握その他の管理を一元的に行う。

(2) 計画作成担当者

ご利用者の心身の状況、希望及びその置かれている環境を踏まえて、具体的なサービスの内容等を記載した（介護予防）認知症対応型共同生活介護計画を作成・運用・管理する。

(3) 介護職員

ご利用者の心身状況を的確に把握し、当事業のサービス計画に基づき、入浴、排泄、食事その他日常生活の介護、相談、援助業務等を行う。

(4) 看護職員（併任）

ご利用者の日常的な健康管理及び緊急時の対応、かかりつけ医へ連絡等の業務を行う。

8 サービス提供時間

年中無休 24時間のサービス提供を行います。

9 施設サービスの概要

(1) 介護保険給付サービス

| 種 類 | 内 容 | | | | | | |
|-----|--|----|-----------|----|-------------|----|-------------|
| 食 事 | <ul style="list-style-type: none"> ・栄養士の立てる献立により、栄養バランスに配慮したバラエティに富む食事を提供しています。 ・自立支援のため可能な方は、盛付・配膳・下膳・後片付け等のお手伝いをお願いしています。 <p>（食事時間）</p> <table border="1"> <tr> <td>朝食</td> <td>7：30～8：30</td> </tr> <tr> <td>昼食</td> <td>12：00～13：00</td> </tr> <tr> <td>夕食</td> <td>17：30～18：30</td> </tr> </table> <p>※食事時間はあくまでも目安であり、ご利用者の心身の状況により柔軟に対応しています。</p> | 朝食 | 7：30～8：30 | 昼食 | 12：00～13：00 | 夕食 | 17：30～18：30 |
| 朝食 | 7：30～8：30 | | | | | | |
| 昼食 | 12：00～13：00 | | | | | | |
| 夕食 | 17：30～18：30 | | | | | | |

| | |
|--------------|--|
| 排 泄 | <ul style="list-style-type: none"> 入所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。 |
| 入 浴 | <ul style="list-style-type: none"> 清潔を保っていただく為、概ね週 2 回以上の入浴または清拭を行います。また、汚染等が見られた場合には、随時シャワー浴等を行っています。 |
| 着替え 整容等 | <ul style="list-style-type: none"> 生活のリズムを考え、毎朝夕の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、週 1 回実施します。 |
| 健康管理 | <ul style="list-style-type: none"> 併設事業所の看護師が看護業務を併任し、日常的な健康管理及び緊急時の対応、主治医との連絡等を行います。 併任の看護師が 24 時間、法人の携帯電話を所持し、ご利用者の病状の変化、緊急時に備えています。 |
| 相談及び援助 | <ul style="list-style-type: none"> 当事業所は、ご利用者およびそのご家族からの相談について、誠意をもって応じ、可能な限り必要な援助を行うよう努めます。 |
| 社会生活上の 便宜 | <ul style="list-style-type: none"> 当事業所では、施設での生活を実りあるものとするため、季節に応じたレクリエーション行事を企画しています。 (花見、バスハイク、梅干作り、誕生会、クリスマス会等) 行政機関に対する必要な手続きについて、ご利用者及びご家族が行うことが困難である場合、委任状を以ってその手続きを代行しています。 |

(2) 介護保険給付外サービス

| サービスの種別 | 内 容 |
|------------------------------------|--|
| 理髪・美容 | 毎月 2 回、出張理髪サービスを利用いただけます。 |
| 日常生活上 必要な物品の 購入や医療費等 の支払い | <p>ご利用者又はご家族の選定による日常生活物品や嗜好品の購入、医療機関等への支払が困難な場合は、ご利用者、ご家族の同意を得た上で、購入・支払を代行します。</p> <p>事業所が立て替えた購入・支払代金は、後日、利用料と併せてご請求します。金額は請求明細、領収書（原本）にてご確認下さい。</p> |
| 書類、貴重品管理 | <p>事業所は、ご利用者又はご家族からの申し出に基づき、保険証等の書類、認印等について管理・保管します。管理及び保管の手続きは、管理依頼書・保管依頼書にて行います。</p> <p>事業所は、ご利用者の現金、預貯金、その他財産の管理・保管を行いません。お小遣い等ご利用者が管理される貴重品の紛失について、事業所は責任を負いかねますので、ご了承下さい。</p> |

10 サービス利用料及び利用者負担

(1) 介護費

(平成 27 年 8 月現在)

| 要介護度 | 1日あたりの利用者負担 (1割負担の場合) | 1日あたりの利用者負担 (2割負担の場合) |
|-------|--------------------------|--------------------------|
| 要支援 2 | 789円/日 | 1,578円/日 |
| 要介護 1 | 834円/日 | 1,668円/日 |
| 要介護 2 | 872円/日 | 1,743円/日 |
| 要介護 3 | 896円/日 | 1,791円/日 |
| 要介護 4 | 913円/日 | 1,827円/日 |
| 要介護 5 | 931円/日 | 1,862円/日 |

(2) 介護費の加算

(平成 27 年 8 月現在)

| | 1日あたりの利用者負担 (1割負担の場合) | 1日あたりの利用者負担 (2割負担の場合) |
|------------------|--------------------------|--------------------------|
| 初期加算 | 31円/日 | 63円/日 |
| 退去時相談加算 | 418円/回 | 836円/回 |
| サービス提供体制強化加算(Ⅰ)イ | 19円/日 | 38円/日 |
| サービス提供体制強化加算(Ⅰ)ロ | 13円/日 | 25円/日 |
| サービス提供体制強化加算(Ⅱ) | 6円/日 | 13円/日 |
| 認知症専門ケア加算(Ⅰ) | 3円/日 | 6円/日 |
| 認知症専門ケア加算(Ⅱ) | 4円/日 | 8円/日 |
| 若年性認知症利用者受入加算 | 125円/日 | 251円/日 |
| 看取り介護加算 | ① 150円/日 | ① 301円/日 |
| | ② 711円/日 | ② 1,421円/日 |
| | ③ 1,338円/日 | ③ 2,675円/日 |
| 介護職員処遇改善加算(Ⅰ) | 合計金額×8.3%の1割 | 合計金額×8.3%の2割 |

* 要介護1～5の方の介護費につきましては、医療連携体制加算が含まれております。

* ご入居後30日間は、初期加算が上記介護費に加算されます。

* 退去時相談加算は、グループホームを退去されるご利用者に対して、自宅や地域での生活が継続できるよう相談、支援を行った場合に1回を限度として加算されます。

* サービス提供体制強化加算は、介護福祉士を一定の割合以上配置している場合(加算Ⅰイ・ロ)、看護・介護職員の総数のうち、常勤職員を一定割合以上配置している場合(加算Ⅱ)のいずれかの加算となります。

* 介護職員処遇改善加算(Ⅰ)は当該加算以外の合計金額に8.3%加算されるものです。

* 認知症専門ケア加算(Ⅰ)(Ⅱ)は、日常生活に支障を来す恐れがある症状もしくは行動が認められ、介護を必要とする認知症のご利用者に対して、専門的な認知症ケアを行った場合に加算されます。

* 看取り介護加算は、グループホームにて看取りを行った場合に死亡日以前4日以上30日以下が①、死亡日以前2日又は3日が②、死亡日は③の金額がそれぞれ加算されます。

* この金額は、介護保険の法定利用料に基づく金額です。

(法定利用料は、法律の改定等により変更されることがあります。)

* 上記負担額で計算した場合の料金と実際の請求額は、端数処理の関係上、若干の差異が生じることがございます。

(3) 介護保険対象外料金

| | |
|---|-------------------------------------|
| ○敷 金— 171,420 円 (入居時のみ) | △オムツ代 (実費) |
| ○家 賃— 57,140 円 (1ヶ月あたり) | △教養娯楽費 (実費) [工作材料等] |
| ○食 材 費—朝 食—216 円 (1日あたり) | △理美容代 (実費) |
| 昼 食—270 円 (") | △健康診断料 (実費) |
| おやつ—108 円 (") | △その他の日用品費 (実費) [歯ブラシ・シャンプー・タオル等] |
| 夕 食—270 円 (") | |
| ○光 熱 水 費— 16,000 円 (1ヶ月あたり) | |
| ○業務委託費— 18,000 円 (1ヶ月あたり) [設備保守・点検・床ワックス等] | △その他 (実費) [クリーニング代等] |

*2 日前までに欠食する旨の届出があった場合は、朝食 216 円、昼食 108 円、おやつ 108 円、夕食 270 円をそれぞれ欠食返金分として翌月分の請求時に精算します。

*家賃及び光熱水費・業務委託費は、月途中の入居・退去についてのみ、入居日からもしくは退去日までの日割りにて計算します。(該当月の暦日数で、日割り計算した額とします。)

※10 円未満の端数は切り捨て) なお、利用契約期間中については、外泊や入院等によるご不在期間の有無に関わらず、1ヶ月分単位で計算します。

(4) 支払方法等

利用者負担金は、次のいずれかの方法によりお支払いいただきますようお願いいたします。

ア 事業所指定の金融機関からの口座振替

※サービス利用月の翌月25日に引落としさせていただきます。

(該当日が金融機関の休日の場合は、翌営業日となります。)

イ その他の金融機関からの口座振替

※事業所指定の金融機関以外にも対応が可能な金融機関があります。その場合、事業所指定金融機関の手続きに比べてお時間を要することがあります。

※サービス利用月の翌月27日に引落としさせていただきます。

(該当日が金融機関の休日の場合は、翌営業日となります。)

ウ 銀行振込 (振込手数料はお客様負担となります。)

※サービス利用月の翌月末日までに事業所指定の口座へお振込いただきますようお願いいたします。

エ その他

※上記ア・イ・ウの支払方法が困難な場合は、現金でのお支払も考慮します。

その場合、サービス利用月の翌月末日までにお支払いいただきますようお願いいたします。

1.1 サービス提供の記録等

(1) 事業所は、サービスを提供した際には、あらかじめ定めた「個別サービス提供記録書」等の書面に、提供したサービス内容を記録します。

(2) 事業所は、一定期間ごとに、「認知症対応型共同生活介護計画」等の見直しを行い、前項の

「個別サービス提供記録書」等に、その内容を記録します。

- (3) 事業所は、前項にある「個別サービス提供記録書」等の記録をご利用終了後5年間はこれを適正に保存し、ご利用者及びご家族の求めに応じて閲覧に供し、又は実費負担によりその写しを交付します。

※白黒A4 1枚10円

1.2 苦情等申立先

| | |
|----------------|--|
| 当施設ご利用 相談室 | 窓口担当者 肥川 さとみ 解決責任者 施設長 大林 賢士 ご利用時間 24時間 ご利用方法 電話 (092) 874-1294 ファックス (092) 874-2940 意見箱 (玄関に設置) |
| 法人設置の 第三者委員 | ・村井正昭 (弁護士) (092) 752-3208 はかた共同法律事務所 ・碓山浩泰 (会社員) 090-7464-4634 |

※第三者委員は、苦情に対する社会性、客観性を担保することをもって、法人の信頼や適正化の確保を図ることを目的として設置しています。

○ 次の公的機関においても、苦情の申出等ができます。

| | |
|--------------------------------|---|
| 市町村介護保険相談窓口 (城南区役所内) | 所在地 福岡市城南区鳥飼6丁目1番1号 電話番号 092-833-4105 (直通) FAX番号 092-822-2133 対応時間 9:00~17:00 (月~金) |
| 福岡県国民健康保険団体 連合会 (国保連) | 所在地 福岡市博多区吉塚本町13-47 電話番号 092-642-7800 (代表) FAX番号 092-642-7853 利用時間 9:00~17:00 (月~金) |
| 福岡県社会福祉協議会 福祉サービス苦情相談 窓口 | 所在地 春日市原町3丁目1番7号 クローバープラザ内 電話番号 092-915-3511 FAX番号 092-584-3354 利用時間 9:00~17:00 (火~日) |
| 福岡市保健福祉局 高齢社会部 介護保険課 | 所在地 福岡市中央区天神1丁目8番1号 電話番号 092-711-4319 FAX番号 092-726-3328 利用時間 9:00~17:00 (月~金) |

1.3 協力医療機関

当事業所は、ご利用者の病状の急変及び重度化対応のため協力医療機関等を以下のように医療との連携を図ります。

| | |
|---------|------------------|
| 医療機関の名称 | 博愛会病院（内科） |
| 所在地 | 福岡市中央区笹丘1丁目28-25 |
| 電話番号 | 092-741-2626 |

| | |
|---------|-----------------|
| 医療機関の名称 | 油山病院（精神科） |
| 所在地 | 福岡市早良区野介5丁目6-37 |
| 電話番号 | 092-871-2261 |

| | |
|---------|------------------|
| 医療機関の名称 | 前田歯科クリニック（歯科） |
| 所在地 | 福岡市中央区六本松4丁目9-12 |
| 電話番号 | 092-771-3774 |

1.4 虐待の防止について

当事業所は、ご利用者の人権の擁護・虐待の防止等のために、次に掲げるとおり必要な措置を講じます。

- (1) 委員会の設置、研修等を通じて、職員のご利用者に対する人権意識の向上や知識の向上に努めます。
- (2) 成年後見制度の利用を支援します。
- (3) サービス提供中に、当事業所職員又は養護者（ご利用者の家族等高齢者を現に養護する者）による虐待を受けたと思われるご利用者を発見した場合は、速やかに、これを保険者に通報します。
- (4) 職員が支援にあたっての悩みや苦勞を相談できる体制を整えるほか、職員がご利用者等の権利擁護に取り組める環境の整備に努めます。

○介護施設における高齢者虐待に関する行政の相談窓口

| | | |
|----------------------------|-------|-----------------|
| 福岡市保健福祉局 高齢社会部 介護保険課 | 所在地 | 福岡市中央区天神1丁目8番1号 |
| | 電話番号 | 092-711-4319 |
| | FAX番号 | 092-726-3328 |
| | 利用時間 | 9:00～17:00（月～金） |

1.5 身体拘束の禁止

当事業所は、サービスの提供にあたり、ご利用者本人もしくは他のご利用者の身体に危険が生じようとする緊急やむを得ない場合を除いて、ご利用者の身体を拘束することはありません。

やむを得ず、身体拘束を行う際は、回避方法について十分に検討した上で、拘束を行う以外に安全確保が困難と判断されたケースについて、施設長や各専門職からなる「身体拘束廃止委員会」が緊急やむを得ない場合(①切迫性 ②非代替性 ③一時性)に該当するかどうか、その必然性について十分に検討し、ご利用者もしくはご家族へ説明し、同意をいただいた上で、実施いたします。

また、拘束を行った後は、その状況を記録し、部署会議、身体拘束廃止委員会にて拘束回避の可能性について、定期的に検討し、回避に向けた努力を行うと共にその結果をご利用者もしくはご家族へご説明いたします。

1 6 事故発生時の対応及び賠償責任

- (1) 当事業所は、ご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、ご利用者の家族、又は身元引受人並びに福岡市及び関係各機関に連絡し、必要な措置を講じます。
※連絡・報告は、福岡市の「介護サービス事故に係る報告要領」に拠り、行います。
- (2) 当事業所は、サービスの提供によりご利用者に賠償すべき事故が発生した場合、天災地異等不可抗力による場合を除き、速やかに誠意をもって損害賠償を行います。但し、当該事故の発生につき、ご利用者の側に重過失がある場合は、損害賠償の額を減じることができます。
- (3) 当事業所は、万が一の事故の発生に備えて、賠償責任保険（社会福祉施設総合賠償保障共済）に加入しています。

1.7 非常災害時の対策

| | |
|-----------------|---|
| 非常時の対応 | 別途定める「シティケア神松寺 消防計画」に則り、対応を行います。 |
| 平常時の訓練等 防災設備 | 別途定める「シティケア神松寺 消防計画」に則り、年2回夜間および昼間を想定した避難訓練をご利用者の方も参加して実施します。 |
| 消防計画等 | 消防署への届出日：平成29年 9月 1日 防火管理者：坪内 慎二 |

1.8 当事業所ご利用の際に留意いただく事項

| | |
|-----------------|--|
| 差入れ・ 贈物等 | ご利用者へ食べ物を差入れされる際は、職員へご連絡いただきますようお願いいたします。また、対象は本人のみとし、他ご利用者や職員へのもてなし・贈物は、一切お断りいたします。場合によっては返却させていただく場合もございますのでご了承ください。 |
| 来訪・面会 | 来訪者は、面会時間（概ね10:00～21:00）を遵守し、その都度「面会者カード」へ記入してください。来訪者が宿泊される場合には必ず許可を得てください。 ※面会時は、施設で行っている感染症対策にご協力願います。 また、感染症の発生状況によっては、一時的に面会をご遠慮いただく場合がございますので、予めご了承ください。 |
| 外出・外泊 | 外泊・外出の際には必ず行き先と帰宅時間を申し出てください。 外出時はお部屋の鍵は閉めてください。在室ランプが消えません。 |
| 居室・設備・ 器具の利用 | 施設内の居室や設備、器具は本来の用法にしたがってご利用下さい。これに反したご利用により破損等が生じた場合、賠償していただく場合がございます。 |
| 喫煙 | 喫煙は決められた場所以外ではお断りします。 |
| 迷惑行為等 | 騒音等他のご利用者の迷惑になる行為はご遠慮願います。また、むやみに他の利用者の居室等に立ち入らないようにしてください。 |
| 宗教活動・ 政治活動 | 施設内で他の入居者に対する宗教活動およ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ち込みおよび飼育はお断りします。 |

この契約の証しとして本契約書及び重要事項説明書を2通作成し、ご利用者及び事業者は記名押印のうえ、各自その1通を保有します。

平成 年 月 日

(ご利用者)

私は、この契約書及び重要事項説明書につき、事業所の職員(職名 _____
氏名 _____) から説明を受け、内容を理解しました。私は、この契約に定めるところに従い、貴施設に入居し、各種の介護サービスを利用します。

住 所 〒 _____

氏 名 _____ 印

電話番号 (FAX) _____

(署名代行者又は法定代理人)

私は、利用者本人の契約意思を確認の上、利用者に代わり、上記署名を行いました。

住 所 〒 _____

氏 名 _____ (続柄) _____ 印

電話番号 (FAX) _____

署名を代行した理由 _____

(身元引受人)

私は、この契約書及び重要事項説明書内容につき説明を受け、身元引受人の責任につき理解しました。

住 所 〒 _____

氏 名 _____ (続柄) _____ 印

電話番号 (FAX) _____

(事業者) 当事業所は、ご利用者の申し込みを受諾し、この契約に定める各種サービスについて、誠実に責任をもって行います。

事業者名称 : 社会福祉法人 シティ・ケアサービス
所在地 : 福岡市南区長住 3 丁目 7 番 1 号
事業所名称 : 「シティ・ホーム神松寺」
事業所所在地 : 福岡市城南区神松寺 1 丁目 7 番 1 号
代表者 : 施設長 大林 賢士 ㊞

個人情報の使用に係る同意書

以下に定める条件のとおり、私および家族は、社会福祉法人シティ・ケアサービスが、私及び家族の個人情報を下記の利用目的の範囲内で取得、使用及び介護サービス事業者等第三者に提供することに同意します。

1. 利用期間

介護サービス提供に必要な期間及び契約期間に準じます。

2. 利用目的と情報を提供できる第三者の範囲

1. 介護サービス計画等を作成するため
2. サービス事業者間の連携とサービス担当者会議での情報提供、サービス計画作成担当者に対する照会(依頼)の為
3. 医療機関、居宅介護支援事業所、地域包括支援センター、介護サービス事業者、行政機関、その他必要に応じた地域団体等との連絡調整のため
4. 健康状態の急な変化など主治医の意見を求める必要のある場合
5. 事業者内外のケアカンファレンス（支援方法の検討会議）のため
6. 適切な介護サービスを提供する上で、必要不可欠な場合
7. 緊急を要する時の連絡等の場合
8. 当法人において行われる学生・ボランティア等の実習への協力
9. 施設便りなど広報紙への掲載 ※（可 写真のみ可 名前のみ可 不可）
10. 当法人ホームページへの掲載 ※（可 写真のみ可 名前のみ可 不可）
※ いずれかにレ（チェック）をつけて下さい。
11. 上記の各号に関わらず、公表している「利用目的」の範囲内

3. 使用条件

- (1) 個人情報の提供は利用目的の範囲内とし、サービス提供に関わる目的以外には決して利用しないこと。また、サービス利用に関わる契約の締結前からサービス終了後においても、第三者に漏らさないこと。
- (2) 個人情報を使用した会議の内容などについてその経過を記録し、請求があれば開示する。

平成 年 月 日

利用者 氏名.....印.....

(署名代行人) 氏名.....印.....(利用者との関係).....

家族代表 氏名.....印.....(利用者との関係).....
(身元引受人)

行政機関手続き等及び代行に関する同意書

ご利用者が日常生活を営む上で必要な行政機関に対する手続き等について、ご利用者又はその家族が行なうことが困難（遠距離又は病的理由などやむを得ない場合のみ）かつ、委任状を以って依頼した場合についてのみ、これを貴施設職員が代行することに同意します。

介護予防認知症対応型共同生活介護事業者

認知症対応型共同生活介護事業者

シティ・ホーム神松寺 殿

平成 年 月 日

利 用 者 住 所

氏 名 印

身元引受人 住 所

氏 名 印

続 柄 (利用者との関係)