

# 重要事項説明書

(介護予防通所リハビリテーション・通所リハビリテーション)

鹿児島市泉町8番2号  
介護老人保健施設あさひ  
施設長 厚地 伸彦

## □1 施設の概要

### (1) 施設の名称等

- ・施設名 介護老人保健施設あさひ
- ・開設年月日 平成9年3月
- ・所在地 鹿児島市泉町8番2号
- ・電話番号 099-225-8660
- ・FAX番号 099-225-8601
- ・管理者名 厚地 伸彦
- ・介護保険指定番号 介護保健施設(4650180088号)

### (2) 施設の目的と運営方針

#### <目的>

加齢に伴って生ずる心身の変化に起因する疾病等により要介護状態又は要支援状態となり、介護、機能訓練並びに看護及び医療を要する者等について、これらの者がその有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるよう、指定通所リハビリテーション及び指定介護予防通所リハビリテーションのサービスを提供し、もって保健医療の向上と福祉の増進を図ることを目的とした施設です。

この目的に沿って、当施設では、以下のような運営方針を定めていますので、ご理解いただいた上でご利用ください。

#### <運営方針>

利用者が要介護状態等になった場合においても、可能な限りその居宅において、その有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるよう、理学療法、作業療法及び言語聴覚その他必要なりハビリテーションを行い、利用者の心身の機能の維持回復を図るものとする。

### (3) 1. 施設の職員体制

職 種	人 数	備 考
管理者(施設長)	1名	医師兼務
医師	1名	
看護職員	1名以上	

介護職員	2名以上	
支援相談員	1名	兼務
理学療法士、作業療法士及び言語聴覚士	1名以上	
栄養士	1名以上	兼務
調理員	適当数	外部委託
事務職員	1名以上	兼務
その他職員	1名以上	兼務

(4) 職務内容

1. 管理者（施設長）

管理者は、事業所の従業者の管理及び業務の管理を行う。

2. 医師

医師は、利用者に適切な医療を提供する。

3. 看護職員

看護職員は、利用者の健康管理及び適切な処置を行う。

4. 介護職員

介護職員は、医学的管理の下での利用者の介護を行う。

5. 支援相談員

支援相談員は、利用にむけてのご相談、それに伴う必要な手続き等の事務を行う

6. 理学療法士、作業療法士及び言語聴覚士

理学療法士、作業療法士及び言語聴覚士は、利用者のリハビリテーション指導を行う。

7. 栄養士

栄養士は、利用者の栄養管理を行う。

8. 事務職員

事務職員は、介護保険請求事務等を行う。

9. その他職員

その他職員は、デイケア・ショートステイの送迎、車両整備、清掃等行う。

(5) 通所定員 定員30名

(6) サービス提供日 月曜日～土曜日・祝日  
(1月1日～1月3日定休日)  
サービス提供時間 9時50分～16時00分  
延長 (8時00分～18時00分)

□2 サービス内容

【共通サービス】…介護予防通所リハビリテーション  
通所リハビリテーション

※通所リハビリテーションにおいて、入浴サービスは選択サービスとなります。

① 食事

(食事は原則としてデイケアルームでおとりいただきます。身体状況等で変更になる場合もあります。時間については原則下記の時間となりますが、希望により対応できます。)

- ・水分補給 10時00分
- ・昼食 12時00分
- ・おやつ 15時00分

② 入浴サービス

(一般浴槽のほか入浴に介助を要する利用者には特別浴槽で対応します。)

③ 送迎サービス

(利用者の希望により、ご自宅と当施設間の送迎サービスを行います。)

④ 毎月の行事

⑤ 医学的管理・看護

(利用者の状態に合わせた適切な医療・看護を提供いたします。)

⑥ 介護予防・通所リハビリテーション計画の立案

⑦ 介護

(介護予防通所リハビリテーション計画・通所リハビリテーション計画に基づいて実施します)

⑧ 相談援助サービス

⑨ 栄養管理、栄養ケア・マネジメント等の栄養状態

⑩ 利用者が選定する特別な食事の提供

(別途料金が必要です)

⑪ 基本時間外施設利用サービス

(何らかの理由により、ご家族などのお迎えが通所リハビリテーション計画で定められた通所リハビリテーション利用時間の終了に間に合わない場合に適用)

□ 3 協力医療機関等

当施設では、下記の医療機関や歯科診療所に協力をいただき、利用者の状態が急変した場合等には、速やかに対応をお願いするようにしています。

・ 協力医療機関

- ・ 名称 社会医療法人 天陽会 中央病院
- ・ 住所 鹿児島市泉町6番7号
- ・ 電話番号 099-226-8181

- ・ 名称 社会医療法人 天陽会 中央クリニック
- ・ 住所 鹿児島市泉町16番1号
- ・ 電話番号 099-225-8650

・ 協力歯科医療機関

- ・ 名称 医療法人篤志会 さこだ歯科

- ・住所 鹿児島市中央町 19-40 6階
- ・電話番号 099-285-2011

◇緊急時の連絡先

なお、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。

□4 施設利用に当たっての留意事項

- ・施設利用中の食事は、特段の事情がない限り施設の提供する食事をお召し上がりいただきます。食費は保険給付以外の利用料と位置づけられていますが、同時に、施設は利用者の心身の状態に影響を与える栄養状態の管理をサービス内容としているため、その実施には食事内容の管理が欠かせませんので、食事の持ち込みはご遠慮いただきます。
- ・来訪・面会・・・来訪者は、面会時間を遵守し、必ずその都度面会簿にご記入ください。
- ・病院受診・・・介護予防通所リハビリテーション・通所リハビリテーションご利用日はご遠慮ください。
- ・施設整備の利用・・・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は、賠償していただく場合がございます。
- ・喫煙・飲酒・・・禁止事項となっております。
- ・迷惑行為等・・・騒音等他の利用者の迷惑になるような行為はご遠慮願います。
- ・所持品の管理・・・私物の持ち込みは最小限度にとどめ、日常生活に必要でない物品の持ち込み等はご遠慮ください。  
私物に関しては、必ずお名前をご記入ください。
- ・現金等の管理・・・貴重品、現金の持ち込みはご遠慮下さい。万が一現金等の紛失があった場合は責任を負いかねます。
- ・宗教活動等・・・施設内での他の入所者に対する宗教活動および政治活動はご遠慮ください。
- ・ペットの持ち込み・・・ご遠慮ください。
- ・記録等の管理・・・当施設では、カルテ・看護記録・ケアプラン等の入所者に関する記録があります。開示を求めの際は、ご遠慮なくご相談ください。  
(別途、申込書をお書きいただきます。)

□5 非常災害対策

- ・防災設備 スプリンクラー、消火器、消火栓、避難ハシゴ
- ・防災訓練 年2回の避難訓練と通報・消火訓練

□6 禁止事項

当施設では、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、宗教勧誘、特定の政治活動」は禁止します。

□7 要望及び苦情等の相談

1. 当施設には支援相談の専門員として支援相談員が勤務していますので、お気軽にご相談ください。(電話099-225-8660)

要望や苦情などは、支援相談員にお寄せいただければ、速やかに対応いたしますが、管理者(厚地 伸彦)に直接お申し出いただくこともできます。その他、文書等での相談も可能です。

2. 行政に相談される場合は、下記のところまでご相談ください。

ご利用時間(8:30~17:00)

鹿児島市役所介護保険課給付係(電話099-216-1280)

鹿児島県社会福祉協議会福祉サービス運営適正化委員会事務局

(電話099-286-2200)

国民健康保険団体連合会(介護相談室)(電話099-213-5122)

□8 その他

当施設についての詳細は、パンフレットを用意してありますので、ご請求下さい。

## 介護予防通所リハビリテーション・通所リハビリテーションについて

### □1 介護保険証の確認

ご利用のお申し込みに当たり、ご利用希望者の介護保険証を確認させていただきます。

### □2 介護予防通所リハビリテーションと通所リハビリテーションについて

介護予防通所リハビリテーションと通所リハビリテーションは、要支援者1・2及び要介護者の家庭等での生活を継続させるために立案された介護予防通所リハビリテーション・通所リハビリテーション計画に基づき、当施設を一定期間ご利用いただき、看護・医学管理の下における介護及び機能訓練その他必要な医療並びに日常生活上のお世話をを行い、利用者の療養生活の質の向上及び利用者のご家族の身体的及び精神的負担の軽減を図るため提供されます。このサービスを提供するにあたっては、利用者に関わるあらゆる職種の職員の協議によって、介護予防通所リハビリテーション計画と通所リハビリテーション計画が作成されますが、その際、ご本人・扶養者（家族）の希望を十分に取り入れ、また、計画の内容については同意をいただくようになります。（介護計画を居宅計画・短期目標期間毎に見直しをいたします。）

### ◇医療

介護老人保健施設は入院の必要のない程度の要介護者を対象としていますが、医師・看護職員が常勤していますので、ご利用者の状態に照らして適切な医療・看護を行います。

### ◇リハビリテーション

原則としてリハビリテーション室（機能訓練室）にて行いますが、施設内でのすべての活動がリハビリテーション効果を期待したものです。

### ◇栄養管理

心身の状態の維持・改善の基礎となる栄養管理サービスを提供します。

### ◇生活サービス

当施設利用中も明るく家庭的な雰囲気のもとで生活していただけるよう、常に利用者の立場に立って運営しています。

□ 3 利用料金

(1) 通所リハビリテーション

施設利用料（介護保険制度では、要介護認定による要介護の程度によって利用が異なり以下は1日あたりの自己負担分です。）

① 介護保険負担割合証（1割）

	1時間以上 2時間未満	2時間以上 3時間未満	3時間以上 4時間未満	4時間以上 5時間未満	5時間以上 6時間未満	6時間以上 7時間未満	7時間以上 8時間未満
要介護1	369円/日	383円/日	486円/日	553円/日	622円/日	715円/日	762円/日
要介護2	398円/日	439円/日	565円/日	642円/日	738円/日	850円/日	903円/日
要介護3	429円/日	498円/日	643円/日	730円/日	852円/日	981円/日	1,046円/日
要介護4	458円/日	555円/日	743円/日	844円/日	987円/日	1,137円/日	1,215円/日
要介護5	491円/日	612円/日	842円/日	957円/日	1,120円/日	1,290円/日	1,379円/日

	基本報酬	サービス提供体制強化加算（Ⅱ）
要支援1	2,268円/月	72円/月
要支援2	4,228円/月	144円/月

② 介護保険負担割合証（2割）

	1時間以上 2時間未満	2時間以上 3時間未満	3時間以上 4時間未満	4時間以上 5時間未満	5時間以上 6時間未満	6時間以上 7時間未満	7時間以上 8時間未満
要介護1	738円/日	766円/日	972円/日	1,106円/日	1,244円/日	1,430円/日	1,524円/日
要介護2	796円/日	878円/日	1,130円/日	1,284円/日	1,476円/日	1,700円/日	1,806円/日
要介護3	858円/日	996円/日	1,286円/日	1,460円/日	1,704円/日	1,962円/日	2,092円/日
要介護4	916円/日	1,110円/日	1,486円/日	1,688円/日	1,974円/日	2,274円/日	2,430円/日
要介護5	982円/日	1,224円/日	1,684円/日	1,914円/日	2,240円/日	2,580円/日	2,758円/日

	基本報酬	サービス提供体制強化加算（Ⅱ）
要支援1	4,536円/月	144円/月
要支援2	8,456円/月	288円/月

③ 介護保険負担割合証（3割）

	1時間以上 2時間未満	2時間以上 3時間未満	3時間以上 4時間未満	4時間以上 5時間未満	5時間以上 6時間未満	6時間以上 7時間未満	7時間以上 8時間未満
要介護1	1,107円/日	1,149円/日	1,458円/日	1,659円/日	1,866円/日	2,145円/日	2,286円/日
要介護2	1,194円/日	1,317円/日	1,695円/日	1,926円/日	2,214円/日	2,550円/日	2,709円/日
要介護3	1,287円/日	1,494円/日	1,929円/日	2,190円/日	2,556円/日	2,943円/日	3,138円/日
要介護4	1,374円/日	1,665円/日	2,229円/日	2,532円/日	2,961円/日	3,411円/日	3,645円/日
要介護5	1,473円/日	1,836円/日	2,526円/日	2,871円/日	3,360円/日	3,870円/日	4,137円/日

	基本報酬	サービス提供体制強化加算（Ⅱ）
要支援 1	6.159 円/月	216 円/月
要支援 2	11.997 円/月	432 円/月

**\*介護職員等処遇改善加算** 厚生労働大臣が定める基準に適合している介護職員の賃金の改善等を実施しているものとして都道府県知事に届け出た介護老人保健施設が入所者に対し介護保険施設サービスを行った場合令和 6 年 6 月 1 日から令和 9 年 3 月 31 日までの間加算する。

- (1) **介護職員等処遇改善加算（Ⅰ）**は、施設サービス費に、夜勤職員配置加算・栄養マネジメント強化加算・サービス提供体制強化加算を加えた 1000 分の 86 に相当する単位数。ただし、その他加算等が追加されると、介護職員処遇改善加算の単位数は変わってきます。
- (2) **介護職員等処遇改善加算（Ⅱ）**は、施設サービス費に、夜勤職員配置加算・栄養マネジメント強化加算・サービス提供体制強化加算を加えた 1000 分の 83 に相当する単位数。ただし、その他加算等が追加されると、介護職員処遇改善加算の単位数は変わってきます。
- (3) **介護職員等処遇改善加算（Ⅲ）**は、施設サービス費に、夜勤職員配置加算・栄養マネジメント強化加算・サービス提供体制強化加算を加えた 1000 分の 66 に相当する単位数。ただし、その他加算等が追加されると、介護職員処遇改善加算の単位数は変わってきます。
- (4) **介護職員等処遇改善加算（Ⅳ）**は、施設サービス費に、夜勤職員配置加算・栄養マネジメント強化加算・サービス提供体制強化加算を加えた 1000 分の 53 に相当する単位数。ただし、その他加算等が追加されると、介護職員処遇改善加算の単位数は変わってきます。

**\*科学的介護推進体制加算**

厚生労働大臣が定める基準に適合しているものとして都道府県知事に届け出た介護老人保健施設が、入所者に対し介護保健施設サービスを行った場合、当該基準に掲げる区分に従い、1 月につき次に掲げる所定単位数の加算を算定する。LIFE へのデータ提出頻度について少なくとも「3 月に 1 回」にとする。

科学的介護推進体制加算（Ⅰ） 40 円/月（80 円/月）【120 円/月】

科学的介護推進体制加算（Ⅱ） 60 円/月（120 円/月）【180 円/月】

**\*業務継続計画未策定減算** 所定単位数の 100 分の 1 に相当する単位数を減算

**\*高齢者虐待防止措置未実施減算** 所定単位数の 100 分の 1 に相当する単位数を減算

その他の加算について、（ ）内の金額は 2 割負担、【 】内の金額は 3 割負担の方です  
要介護

**\*入浴介助加算**

入浴介助加算(Ⅰ) 40 円/日（80 円/日）【120 円/日】

入浴介助に関する研修等を行うこと

入浴介助加算(Ⅱ) 60 円/日（120 円/日）【180 円/日】

医師に指示のもと情報通信機器等を活用して状況把握を行い、医師等が評価・助言する場合

**\*リハビリテーションマネジメント加算**

リハビリテーション。口腔、栄養の一体的な取り組みの推進

(1)通所リハビリテーション計画を利用者又はその家族に説明し、利用者の同意を得た日の属する月から起算して6月以内の期間のリハビリテーションの質を管理した場合

(2)当該日の属する月から起算して6月を超えた期間のリハビリテーションの質を管理した場合

・リハビリテーションマネジメント加算（イ）	(1)560 円/月	(1120 円/月)	【1680 円/月】
	(2)240 円/月	(480 円/月)	【720 円/月】
・リハビリテーションマネジメント加算（ロ）	(1)593 円/月	(1186 円/月)	【1779 円/月】
	(2)273 円/月	(546 円/月)	【819 円/月】
・リハビリテーションマネジメント加算（ハ）	(1)793 円/月	(1586 円/月)	【2379 円/月】
	(2)473 円/月	(946 円/月)	【1419 円/月】

・事業所の医師が利用者・家族へ説明し同意を得た場合に

(イ)、(ロ)、(ハ)に加えて 270 円/月 (540 円/月) 【810 円/月】を加算

**\*退院時共同指導加算 600 円/回 (1200 円/回) 【1800 円/回】**

医療機関からの退院後に介護保険のリハビリテーションを行う際、退院につき1回までとして、リハビリテーション事業所の医師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士等が医療機関のカンファレンスに参加し共同指導を行った場合。

**\*リハビリテーション提供体制加算**

通所リハビリテーション計画に位置付けられた内容の指定通所リハビリテーションを行うのに要する標準的な時間に応じ、それぞれ次に掲げる単位数を所定単位数に加算する。

所要時間 3 時間以上 4 時間未満の場合	12 円/日	(24 円/日)	【36 円/日】
所要時間 4 時間以上 5 時間未満の場合	16 円/日	(32 円/日)	【48 円/日】
所要時間 5 時間以上 6 時間未満の場合	20 円/日	(40 円/日)	【60 円/日】
所要時間 6 時間以上 7 時間未満の場合	24 円/日	(48 円/日)	【72 円/日】
所要時間 7 時間以上の場合	28 円/日	(56 円/日)	【84 円/日】

**\*短期集中個別リハビリテーション実施加算 110 円/回 (220 円/回) 【330 円/回】**

退院(所)日又は認定日から起算して3月以内

**\*生活行為向上リハビリテーション実施加算 1.250 円/月 (2.500 円/月) 【3.750 円/月】**

生活行為の内容の充実を図るための目標及び当該目標を踏まえたリハビリテーションの実施内容等をリハビリテーション実施計画にあらかじめ定めて、利用者に対してリハビリテーションを計画的に行い、当該利用者の有する能力の向上を支援した場合、利用を開始した日の属する月から起算して6月以内

**\*移行支援加算 12 円/日 (24 円/日) 【36 円/日】**

リハビリテーションを行い、利用者の指定通所介護事業所等への移行等を支援した場合

\*栄養改善加算 200 円/回 (400 円/回) 【600 円/回】

3 月以内の期間に限り、1 月に 2 回を限度とする

\*栄養アセスメント加算 50 円/月 (100 円/月) 【150 円/月】

利用者に対して、管理栄養士が介護職員等と共同して栄養アセスメントを行った場合

\*口腔・栄養スクリーニング加算 利用開始時及び利用中 6 月ごとに口腔の健康状態のスクリーニング又は栄養状態のスクリーニングを行った場合(6 月に 1 回を限度とする)

・口腔・栄養スクリーニング加算 I 20 円/回 (40 円/回) 【60 円/回】

・口腔・栄養スクリーニング加算 II 5 円/回 (10 円/回) 【15 円/回】

\*口腔機能向上加算

・口腔機能向上加算 I 150 円/回 (300 円/回) 【450 円/回】

・口腔機能向上加算 II 160 円/回 (320 円/回) 【480 円/回】

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、当該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若しくは実施又は摂食・嚥下機能に関する指導若しくは実施であって、利用者の心身の状態の維持又は向上に資すると認められるものを行った場合 3 月以内の期間に限り、1 月に 2 回を限度とする

\*重度療養管理加算 100 円/日 (200 円/日) 【300 円/日】

\*中重度者ケア体制加算 20 円/日 (40 円/日) 【60 円/日】

\*サービス提供体制強化加算

・サービス提供体制強化加算 I 22 円/日 (44 円/日) 【66 円/日】

・サービス提供体制強化加算 II 18 円/日 (36 円/日) 【54 円/日】

・サービス提供体制強化加算 III 6 円/日 (12 円/日) 【18 円/日】

\*利用者に対して、その居宅と指定通所リハビリテーション事業所との間の送迎を行わない場合は、片道につき 47 単位/回 (94 円/回) 【141 円/回】 減算

\*延長

8 時間以上 9 時間未満の場合 50 円/回 (100 円/回) 【150 円/回】

9 時間以上 10 時間未満の場合 100 円/回 (200 円/回) 【300 円/回】

10 時間以上 11 時間未満の場合 150 円/回 (300 円/回) 【450 円/回】

11 時間以上 12 時間未満の場合 200 円/回 (400 円/回) 【600 円/回】

12 時間以上 13 時間未満の場合 250 円/回 (500 円/回) 【750 円/回】

13 時間以上 14 時間未満の場合 300 円/回 (600 円/回) 【900 円/回】

その他の加算 ( ) 内の金額は 2 割負担、【 】内の金額は 3 割負担の方です

要支援

\*生活行為向上リハビリテーション実施加算 562 円/月 (1,124 円/月) 【1,686 円/月】

生活行為の内容の充実を図るための目標及び当該目標を踏

まえたリハビリテーションの実施内容等をリハビリテーション実施計画にあらかじめ定めて、利用者に対してリハビリテーションを計画的に行い、当該利用者の有する能力の向上を支援した場合、利用を開始した日の属する月から起算して 6 月以内

\*栄養改善加算 200 円/月 (400 円/月) 【600 円/月】

低栄養状態にある利用者又はそのおそれのある利用者に対して、当該利用者の低栄養状態の改善等を目的として、個別に実施される栄養食事相談等の栄養管理であって、利用者の心身の状態の維持又は向上に資すると認められるものを行った場合

\*栄養アセスメント加算 50 円/月 (100 円/月) 【150 円/月】

利用者に対して、管理栄養士が介護職員等と共同して栄養アセスメントを行った場合

\*口腔・栄養スクリーニング加算

・口腔・栄養スクリーニング加算Ⅰ 20 円/回 (40 円/回) 【60 円/回】

・口腔・栄養スクリーニング加算Ⅱ 5 円/回 (10 円/回) 【15 円/回】

利用開始時及び利用中 6 月ごとに口腔の健康状態のスクリーニング又は栄養状態のスクリーニングを行った

場合(6 月に 1 回を限度とする)

\*口腔機能向上加算

・口腔機能向上加算Ⅰ 150 円/月 (300 円/月) 【450 円/月】

・口腔機能向上加算Ⅱ 160 円/月 (320 円/月) 【480 円/月】

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、当該利用者の口腔機能の向上を目的と

して、個別に実施される口腔清掃の指導若しくは実施又は摂食・嚥下機能に関する指導若しくは実施であ

って、利用者の心身の状態の維持又は向上に資すると認められるものを行った場合

\*一体的サービス提供加算 480 円/月 (960 円/月) 【1,440 円/月】

栄養改善サービスおよび口腔機能向上サービス実施。栄養改善加算、口腔機能向上加算を算定していない場合

\*サービス提供体制強化加算

・サービス提供体制強化加算Ⅰ 要支援 1 88 円/月 (176 円/月) 【264 円/月】

要支援 2 176 円/月 (352 円/月) 【528 円/月】

- ・ サービス提供体制強化加算Ⅱ 要支援 1 72 円/月 (144 円/月) 【216 円/月】  
要支援 2 144 円/月 (288 円/月) 【432 円/月】
- ・ サービス提供体制強化加算Ⅲ 要支援 1 24 円/月 (48 円/月) 【72 円/月】  
要支援 2 48 円/月 (96 円/月) 【144 円/月】

\* 要支援 1 120 円/月 (240 円/月) 【360 円/月】を減算  
要支援 2 240 円/月 (480 円/月) 【720 円/月】を減算

次の要件を満たさない場合に減算。

3 月に 1 回以上、リハビリ会議を開催しリハビリに関する専門的な見地から利用者の状況等に関する情報を共有し、会議の内容を記録するとともに、利用者の状態の変化に応じてリハビリ計画を見直す。

利用者ごとのリハビリ計画書の内容等の情報を厚生労働省に提出し、リハビリの提供に当たり当該情報その他リハビリの適切かつ有効な実施のために必要な情報を活用する。

#### □ 4 支払い方法

- \* 毎月 10 日までに前月分の請求書を発行しますので、その月の 20 日までにお支払い下さい。  
お支払いいただいた際に領収書を発行いたします。
- \* 領収書は再発行いたしませんので、大切に保管して下さい。

平成 28 年	8 月	1 日	改定
平成 29 年	4 月	1 日	改定
平成 30 年	4 月	1 日	改定
平成 30 年	8 月	1 日	改定
令和元年	5 月	1 日	改定
令和元年	10 月	1 日	改定
令和 3 年	4 月	1 日	改定
令和 4 年	10 月	1 日	改定
令和 6 年	6 月	1 日	改定

施設サービス提供の開始に際し、本書面に基づき重要事項の説明を受け、内容に同意し、交付を受けました。

令和 年 月 日

事業者説明者

社会医療法人天陽会 介護老人保健施設あさひ

印

ご契約者 住所

(利用者) 氏名

印

代理人 住所

(ご家族) 氏名

印

契約者 (利用者) とのご関係

\*なお、説明に使用した書面は2通作成し、利用者、当施設が記名捺印のうえ、各1通を保有するものとします。