

**介護老人保健施設フェニックス垂水キュアセンター
通所リハビリテーション（介護予防通所リハビリテーション）
利用約款（重要事項説明書）**

様

（約款の目的）

第1条 介護老人保健施設フェニックス垂水キュアセンター（以下「当施設」という。）は、要介護状態（介護予防通所リハビリテーションにあっては要支援状態）と認定された利用者（以下単に「利用者」という。）に対し、介護保険法令の趣旨に従って、利用者が可能な限り自宅において、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に、一定の期間、通所リハビリテーション（介護予防通所リハビリテーション）を提供し、一方、利用者および利用者を代理する者（以下「代理人」という。）は、当施設に対し、そのサービスに対する料金を支払うことについて取り決めることを、本約款の目的とします。

（適用期間）

第2条 本約款は、利用者が介護老人保健施設通所リハビリテーション（介護予防通所リハビリテーション）利用同意書を当施設に提出したのち、 年 月 日以降から効力を有します。ただし、代理人に変更があった場合は、新たに同意を得ることとします。

2 利用者は、前項に定める事項の他、本約款、別紙1、別紙2および別紙3の改定が行われない限り、初回利用時の同意書提出をもって、繰り返し当施設の通所リハビリテーション（介護予防通所リハビリテーション）を利用することができるものとします。

3 重要事項の内容が変更される場合は、事前に文書にて通知し、利用者または代理人の同意確認をする。

（利用者からの解除）

第3条 利用者および代理人は、当施設に対し、利用中止の意思表示をすることにより、利用者の居宅サービス（介護予防サービス）計画にかかわらず、本約款に基づく通所リハビリテーション（介護予防通所リハビリテーション）利用を解除・終了することができます。なお、この場合利用者および代理人は、速やかに当施設および利用者の居宅サービス（介護予防サービス）計画作成者に連絡するものとします。

ただし、利用者が正当な理由なく、通所リハビリテーション（介護予防通所リハビリテーション）実施時間中に利用中止を申し出た場合については、原則、基本料金およびその他ご利用いただいた費用を当施設にお支払いいただきます。

（当施設からの解除）

第4条 当施設は、利用者および代理人に対し、次に掲げる場合には、本約款に基づく通所リハビリテーション（介護予防通所リハビリテーション）サービスの利用を解除・終了することができます。

- ① 利用者が要介護認定において自立と認定された場合
- ② 利用者の居宅サービス（介護予防サービス）計画で定められた利用時間数を超える場合
- ③ 利用者および代理人が、本約款に定める利用料金を2か月分以上滞納しその支払いを督促したにもかかわらず14日間以内に支払われない場合
- ④ 利用者の病状、心身状態等が著しく悪化し、当施設での適切な通所リハビリテーション（介護予防通所リハビリテーション）サービスの提供を超えると判断された場合
- ⑤ 利用者または代理人が、当施設、当施設の職員または他の利用者等に対して、利用継続が困難となる程度の背信行為または反社会的行為を行った場合
- ⑥ 天災、災害、施設・設備の故障、その他やむを得ない理由により利用させることができない場合

（利用料金）

第5条 利用者および代理人は、連帯して、当施設に対し、本約款に基づく通所リハビリテーション（介護予防通所リハビリテーション）サービスの対価として、別紙2の利用単位ごとの料金をもとに計算された月ごとの合計額および利用者が個別に利用したサービスの提供に伴い必要となる額の合計額を支払う義務があります。

ただし、当施設は、利用者の経済状態等に変動があった場合、上記利用料金を変更することがあります。

2 当施設は、利用者および代理人が指定する送付先に対し、前月料金の合計額の請求書および明細書を、毎月5日までに発行し、所定の方法により交付する。利用者および代理人は、連帯して、当施設に対し、当該合計額をその月の15日までに支払うものとします。なお、支払いの方法は別途話し合いの上、双方合意した方法によります。

3 当施設は、利用者または代理人から、1項に定める利用料金の支払いを受けたときは、利用者または代理人の指定する者に対して、領収書を所定の方法により交付します。

（記録）

第6条 当施設は、利用者の通所リハビリテーション（介護予防通所リハビリテーション）サービスの提供に関する記録を作成し、その記録を利用終了後5年間は保管します。（診療録についても、5年間保管します。）

2 当施設は、利用者が前項の記録の閲覧、謄写を求めた場合には、原則として、これに応じます。ただし、代理人その他の者に対しては、利用者の承諾その他必要と認められる場合に限り、これに応じます。

（身体の拘束等）

第7条 当施設は、原則として利用者に対し身体拘束を行いません。ただし、自傷他害の恐れがある等緊急やむを得ない場合は、施設管理者または施設長が判断し、身体拘束その他利用者の行動を制限する行為を行うことがあります。この場合には、当施設の医師がその様態および時間、その際の利用者の心身の状況、緊急やむを得なかった理由を診療録に記載することとします。

（秘密の保持および個人情報の保護）

第8条 当施設とその職員は、当法人の個人情報保護方針に基づき、業務上知り得た利用者または代理人若しくはその家族等に関する個人情報の利用目的を別紙3のとおり定め、適切に取り扱います。また正当な理由なく第三者に漏らしません。ただし、例外として次の各号については、法令上、介護関係事業者が行うべき義務として明記されていることから、情報提供を行なうこととします。

- ① サービス提供困難時の事業者間の連絡、紹介等
- ② 居宅介護支援事業所（地域包括支援センター〔介護予防支援事業所〕）等との連携
- ③ 利用者が偽りその他不正な行為によって保険給付を受けている場合等の市町村への通知
- ④ 利用者に病状の急変が生じた場合等の主治の医師への連絡等
- ⑤ 生命・身体の保護のため必要な場合（災害時において安否確認情報を行政に提供する場合等）

2 前項に掲げる事項は、利用終了後も同様の取扱いとします。

（緊急時の対応）

第9条 当施設は、利用者に対し、施設医師の医学的判断により対診が必要と認める場合、協力医療機関または協力歯科医療機関での診療を依頼することがあります。

2 前項のほか、通所利用中に利用者の心身の状態が急変した場合、当施設は、利用者および代理人が指定する者に対し、緊急に連絡します。

（事故発生時の対応）

第10条 サービス提供等により事故が発生した場合、当施設は、利用者に対し必要な措置を講じます。

2 施設医師の医学的判断により、専門的な医学的対応が必要と判断した場合、協力医療機関、協力歯科医

療機関または他の専門的機関での診療を依頼します。

- 3 前2項のほか、当施設は利用者の家族等利用者または代理人が指定する者および保険者の指定する行政機関に対して速やかに連絡します。

（要望または苦情等の申出）

第11条 利用者および扶養者は、当施設の提供する通所リハビリテーション（介護予防通所リハビリテーション）に対しての要望または苦情等について、担当相談員に申し出ることができ、または、備付けの用紙、管理者宛ての文書で所定の場所に設置する「ご意見箱」に投函して申し出ることができます。

苦情責任者：浅井 朋子 受付時間：（平日）午前9時～午後5時

（賠償責任）

第12条 通所リハビリテーション（介護予防通所リハビリテーション）の提供に伴って当施設の責に帰すべき事由によって、利用者が損害を被った場合、当施設は、利用者に対して損害を賠償するものとします。

- 2 利用者の責に帰すべき事由によって、当施設が損害を被った場合、利用者および代理人は、連帯して当施設に対して、その損害を賠償するものとします。

- 3 損保会社名 あいおいニッセイ同和損害保険会社

保険種類 総合賠償責任保険

身体・財物共通てん補限度額 5億円／1事故

（非常災害時の対応）

第13条 非常災害時にそなえ、防火管理者を任命し、自衛消防隊を設置する。

- 2 消防計画による避難訓練を年2回実施し、消火設備点検を年2回実施し所轄消防署へ点検結果報告を行う。
- 3 主な消火設備－スプリンクラー設備、自動火災報知設備、非常放送設備、誘導灯設備、ダクト消火設備等。

（利用契約に定めのない事項）

第14条 この約款に定められていない事項は、介護保険法令その他諸法令に定めるところにより、利用者または代理人と当施設が誠意をもって協議して定めることとします。

〔別紙 1〕

介護老人保健施設 フェニックス垂水キュアセンターのご案内
(平成 24 年 4 月 1 日現在)

1. 施設の概要

(1) 施設の名称等

- ・施設名 介護老人保健施設 フェニックス垂水キュアセンター
- ・開設年月日 平成 19 年 10 月 13 日
- ・所在地 神戸市垂水区塩屋北町 2 丁目 24-16
- ・電話番号 078-751-0036 ・ファックス番号 078-751-0056
- ・管理者名 浅井 朋子
- ・事業者番号 2850880069

建物の概要

- ・敷地面積：3,554 m² ・延床面積：4,840 m² ・構造：鉄筋コンクリート造 4 階建て
- ・居室の有効面積：個室－13.8～21.1 m² 多床室－33.8～34.1 m²
- ・食堂の一人当たりの面積－2.15 m²
- ・機能訓練室の一人当たりの面積－1.62 m²
- ・施設へのアクセス

- ・JR 山陽本線「須磨駅」より神戸市バス 72 系統「向井」下車すぐ
- ・地下鉄「名谷駅」より神戸市バス 74 系統「柏台」下車すぐ
- ・地下鉄「妙法寺駅」より神戸市バス 88 系統「柏台」下車すぐ
- ・JR 山陽本線「須磨駅」よりタクシー 約 10 分
- ・JR 山陽本線「塩屋駅」よりタクシー 約 10 分

お車をご利用の場合

- ・第二神明道路「名谷 I.C.」より東へ約 5 分
- ・第二神明道路（上り）「須磨」出口より西へ約 5 分

- ・法人名称 医療法人社団 一功会
- ・所在地 神戸市西区岩岡町岩岡 917-12
- ・電話番号 078-967-0303
- ・代表者 理事長 平井 昭博

(2) 施設の目的と運営方針

介護老人保健施設は、看護、医学的管理の下での介護や機能訓練、その他必要な医療と日常生活上のお世話などの介護保健施設サービスを提供することで、入所者の能力に応じた日常生活を営むことができるようにし、1 日でも早く家庭での生活に戻ることができるように支援すること、また、利用者の方が居宅での生活を 1 日でも長く継続できるよう、短期入所療養介護（介護予防短期入所療養介護）や通所リハビリテーション（介護予防通所リハビリテーション）といったサービスを提供し、在宅ケアを支援す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、以下のような運営の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〕

- * 当施設は利用者の個々の人格を尊重し、それぞれの身体機能や、健康状態に応じた自立した生活を営めるよう専門スタッフによる適切なサービスを提供します。
- * 医療の場と生活の場を結ぶ家庭復帰支援施設である事に重点を置き、家庭的な雰囲気大切に、また地域社会、ボランティアとも連携し地域に開かれた施設を目指します。
- * ショートステイ、通所リハビリテーション等、複合的な機能を合わせ持ち在宅ケアの支援を行います。
- * 認知症専門棟を完備し認知症老人の受け入れを積極的に行います。

(3) 施設の職員体制

		業務内容
・医 師	1	利用者の病状および心身の状況に応じて、日常的な医学的対応を行う。
・介護職員	常 勤 4 非 常 勤 4	利用者の施設サービス計画に基づく介護を行う。
・理学・作業療法士 言語聴覚士	常 勤 1 非 常 勤 5	機能訓練プログラムを作成し訓練の実施に際し指導を行う。
・管理栄養士	1	献立の作成、栄養指導、嗜好調査および残食調査等利用者の食事管理を行う。
・その他	3	

(4) 通所定員 ・定 員 30 名

2. サービス内容

- ① 施設サービス計画の立案
- ② 短期入所療養介護（介護予防短期入所療養介護）と計画の立案
- ③ 通所リハビリテーション（介護予防通所リハビリテーション）計画の立案
- ④ 食事（食事は原則として食堂でおとりいただきます。）
朝食 8 時 00 分～
昼食 12 時 00 分～
夕食 18 時 00 分～
- ⑤ 入浴（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。入所利用者は、週に最低 2 回ご利用いただけます。ただし、利用者の身体の状態に応じて清拭となる場合があります。）
- ⑥ 医学的管理・看護
- ⑦ 介護（退所時の支援も行います）
- ⑧ リハビリテーション
- ⑨ 相談援助サービス
- ⑩ 栄養管理、栄養ケア・マネジメント等の栄養状態の管理
- ⑪ 利用者が選定する特別な食事の提供
- ⑫ 理美容サービス（原則月 2 回実施します。）
- ⑬ 基本時間外施設利用サービス（何らかの理由により、ご家族等のお迎えが居宅介護サービス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）
- ⑭ 行政手続代行
- ⑮ その他
*これらのサービスのなかには、利用者の方から基本料金とは別に利用料金をいただくものもありますので、具体的にご相談ください。

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 神戸掖済会病院
- ・住 所 神戸市垂水区学が丘 1 丁目 21-1

・協力歯科医療機関

- ・名 称 木下歯科医院
- ・住 所 神戸市垂水区学が丘 3 丁目 4-1 トルハイツ A 棟 1F

◇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

- ・ 利用者は、当施設の管理者その他職員の指導または指示に従い、集団生活の秩序を守っていただくこととします。
- ・ 利用者が施設の規律に違反した場合もしくは、他の利用者等に迷惑となる行為があった場合は当施設の利用の契約を解除していただくことがあります。
- ・ 利用者は、家族関係などに変更が生じた場合には、すみやかに当施設に届け出いただきますようお願いいたします。
- ・ 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。
- ・ 施設内での飲酒は禁止となっております。また施設内で指定の場所以外での喫煙は禁止いたしております。
- ・ 利用者は、火災または盗難の予防に自ら努めていただきます。
- ・ 施設内の居室や設備器具は本来の用法に従って利用するものとし、万一これに反した利用により破損等が生じた場合、賠償していただくことがあります。
- ・ 私物は必ず氏名を記入していただくこととし、入所時職員が持ち込み品の確認を行うこととします。
- ・ 金銭・貴重品の管理は原則自己管理でお願いいたします。
- ・ 施設内へのペットの持ち込みは禁止いたしております。
- ・ その他、当施設が定める事項を厳守していただきます。

5. 非常災害対策

- ・防災設備 スプリンクラー、消火器、自動火災報知設備
- ・防災訓練 年2回

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、宗教の勧誘、特定の政治活動」は禁止します。

7. 要望および苦情等の相談

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。

要望や苦情などは、担当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、受付に備えつけられた「ご意見箱」をご利用いただき、管理者に直接お申し出いただくこともできます。

なお、事業所で解決できない苦情窓口として、下記の窓口を紹介いたします。

(介護保険サービスの苦情について)	
兵庫県国民健康保険団体連合会	連絡先 078-332-5617
受付時間 (平日) 午前 8 時 45 分～午後 5 時 30 分	
(介護保険全般に関するお問い合わせ)	
神戸市福祉局監査指導部	連絡先 078-322-6242
(法人・施設指導担当)	受付時間 (平日) 午前 8 時 45 分～午後 12 時 00 分
午後 1 時 00 分～午後 5 時 30 分	
(従事者等による高齢者虐待通報専用電話)	
神戸市福祉局監査指導部内	連絡先 078-322-6774
受付時間 (平日) 午前 8 時 45 分～午後 12 時 00 分	
午後 1 時 00 分～午後 5 時 30 分	
(介護保険サービスの質や契約上のトラブルについて)	
神戸市消費生活センター	連絡先 078-371-1221
受付時間 (平日) 午前 9 時 00 分～午後 5 時 00 分	

通所リハビリテーション（介護予防通所リハビリテーション）について
(令和 6 年 6 月 1 日現在)

1. 介護保険証の確認

ご利用のお申込みに当たり、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. 通所リハビリテーション（介護予防通所リハビリテーション）についての概要

通所リハビリテーション（介護予防通所リハビリテーション）については、要介護者（介護予防通所リハビリテーションにあっては要支援者）の家庭等での生活を継続させるために立案された居宅サービス（介護予防サービス）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およ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行い、利用者の療養生活の質の向上および利用者のご家族の身体的およ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、通所リハビリテーション（介護予防通所リハビリテーション）計画が作成されますが、その際、利用者・代理人（ご家族）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。

3. 利用料金

(1) 介護給付の自己負担額

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および利用時間によって利用料が異なります。以下は 1 日当たりの自己負担分です。）

所要時間 6 時間以上 7 時間未満の場合

・要介護 1	763 円
・要介護 2	907 円
・要介護 3	1,046 円
・要介護 4	1,212 円
・要介護 5	1,376 円

* 通所リハビリテーション提供体制加算として、1 日につき 26 円加算されます。

* リハビリテーションマネジメント加算として、6 ヶ月以内は 1 月につき 633 円、6 ヶ月以上は 291 円加算されます。

* 短期集中個別リハビリテーション実施加算として、1 日につき 118 円加算されます。

* 入浴を行った場合は、1 日につき 43 円加算されます。

* 口腔機能向上サービスを行った場合、口腔機能向上加算Ⅰとして 160 円、口腔機能向上加算Ⅱイとして 166 円、口腔機能向上加算Ⅱロとして、171 円、3 月以内に限り 1 月に 2 回を限度として、加算されます。

* 経管栄養等の状態で要介護 4 または 5 で利用の場合は、重度療養管理加算として、1 日につき 107 円加算されます。

* 若年性認知症利用者に対して、若年性認知症利用者受入加算として、1 日につき 64 円加算されます。

* 科学的介護推進体制加算として、1 月につき 43 円加算されます。

* 退院時共同指導加算として、病院等の退院時にカンファレンスに参加した場合 1 回にかぎり 640 円加算されます。

* サービス提供体制強化加算Ⅰとして、1 日につき 24 円、サービス提供体制強化加算Ⅱとして 1 日につき 20 円加算されます。

* 介護職員処遇改善加算Ⅰとして、サービス給付単位数の 8.6%加算されます。

※上記サービス費は 1 割負担の料金になっております。

（なお、2 割負担の方は上記サービス費の約 2 倍、3 割負担の方は上記サービス費の約 3 倍の負担になります。）

(2) 予防給付の自己負担額

施設利用料

(要介護認定による要支援の程度によって利用料が異なります。以下は1月当たりの自己負担分です)

・要支援 1 2,418 円

・要支援 2 4,507 円

- * 若年性認知症利用者受入加算として、256 円加算されます。
- * 科学的介護推進体制加算として、1 月につき 43 円加算されます。
- * 口腔機能向上サービスを行った場合、介護予防通所リハビリ口腔機能向上加算Ⅰとして 160 円、介護予防通所リハビリ口腔機能向上加算Ⅱとして 171 円加算されます。
- * 一体サービス提供加算として 1 月につき 512 円加算されます。
- * サービス提供体制強化加算Ⅰの場合、94 円(要支援 1)、188 円(要支援 2)
サービス提供体制強化加算Ⅱの場合、77 円(要支援 1)、154 円(要支援 2)加算されます。
- * 介護職員処遇改善加算Ⅰとして、サービス給付単位数の 8.6%加算されます。
※上記サービス費は 1 割負担の料金になっております。
(なお、2 割負担の方は上記サービス費の約 2 倍、3 割負担の方は上記サービス費の約 3 倍の負担になります。)

(3) 利用料

① 食費 昼食 650 円

※原則として食堂でおとりいただきます。なお、通所リハビリテーション利用時間帯によっては、食事の提供ができないことがあります。

② 日常生活品費

歯ブラシ、歯磨き粉、入れ歯洗浄剤、石鹸、シャンプー等施設が準備したものを使用する場合の費用であり利用を希望される場合お支払いいただきます。

品 名	利用料	利用の場合(○印)
歯ブラシ・歯磨き粉・入れ歯洗浄剤等	30 円/1 日	
石鹸・シャンプー等	30 円/1 日	
化粧品	実 費	

③ 教養娯楽費

100 円/1 回

折り紙、習字、お花、絵画、粘土、刺繍等のクラブ活動等の材料費であり、施設で用意するものをご利用いただく場合にお支払いいただきます。

④ おむつ・タオル代

施設のおむつ・タオル等をご利用の場合は、パット代 88 円/個、リハパン代 165 円/個、徴収させていただきます。
(ご自宅から持参願います。)

⑤ 理美容代 実費 (1,800 円程度)

⑥ 基本時間外施設利用料 1 時間当たり 1,500 円

⑦ キャンセル代

ご利用をキャンセルされる場合は、当日午前 8 時 30 分までに、ご連絡ください。
(午前 8 時 30 分以降になりますと、キャンセル料が発生します。)

(4) 支払い方法

- ・ 毎月 5 日までに、前月分の請求書を発行しますので、その月の 15 日までにお支払いください。お支払いいただきますと領収書を発行いたします。
- ・ お支払い方法は、現金、銀行振込の方法があります。利用申込み時にお選びください。

(5) 保険適用外の料金改定

- ・保険適用外の費用について、改定が生じる場合は改定 1 ヶ月以上前に文書で通知させていただきます。

〔別紙 3〕

個 人 情 報 の 利 用 目 的

(平成 24 年 4 月 1 日現在)

介護老人保健施設フェニックス垂水キユアセンターでは、利用者の尊厳を守り安全に配慮する施設理念の下、お預かりしている個人情報について、利用目的を以下のとおり定めます。

【利用者への介護サービスの提供に必要な利用目的】

〔介護老人保健施設内部での利用目的〕

- ・当施設が利用者等に提供する介護サービス
- ・介護保険事務
- ・介護サービスの利用者に係る当施設の管理運営業務のうち
 - －入退所等の管理
 - －会計・経理
 - －事故等の報告
 - －当該利用者の介護・医療サービスの向上

〔他の事業者等への情報提供を伴う利用目的〕

- ・当施設が利用者等に提供する介護サービスのうち
 - －利用者に居宅サービスを提供する他の居宅サービス事業者や居宅介護支援事業所等との連携（サービス担当者会議等）、照会への回答
 - －利用者の診療等に当たり、外部の医師等の意見・助言を求める場合
 - －検体検査業務の委託その他の業務委託
 - －家族等への心身の状況説明
- ・介護保険事務のうち
 - －保険事務の委託
 - －審査支払機関へのレセプトの提出
 - －審査支払機関または保険者からの照会への回答
- ・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

【上記以外の利用目的】

〔当施設の内部での利用に係る利用目的〕

- ・当施設の管理運営業務のうち
 - －医療・介護サービスや業務の維持・改善のための基礎資料
 - －当施設において行われる学生の実習への協力
 - －当施設において行われる事例研究

〔他の事業者等への情報提供に係る利用目的〕

- ・当施設の管理運営業務のうち
 - －外部監査機関への情報提供

〔写真の利用目的〕

- ・当施設で取得した写真のうち
 - －当施設の各種情報や資料等の提供・送付

介護老人保健施設通所リハビリテーション (介護予防通所リハビリテーション) 利用同意書

介護老人保健施設フェニックス垂水ケアセンターの通所リハビリテーション（介護予防通所リハビリテーション）を利用するにあたり、介護老人保健施設の通所リハビリテーション（介護予防通所リハビリテーション）利用約款および別紙 1、別紙 2、別紙 3 を受領し、これらの内容に関して、担当者による説明を受け、十分に理解した上で同意します。

重要事項説明と確認

場 所：
日 時： 年 月 日 時 分
説明者：

年 月 日

〔利用者〕
住 所
氏 名

〔代理人〕
住 所
氏 名

**介護老人保健施設
フェニックス垂水ケアセンター
管理者 浅 井 朋 子 殿**

【本約款第 5 条の請求書・明細書および領収書の送付先】

・氏 名	続柄（ ）
・住 所	
・電話番号	携帯

【本約款第 9 条 3 項緊急時および第 10 条 3 項事故発生時の連絡先】

・氏 名	続柄（ ）
・住 所	
・電話番号	携帯