

ショートステイすこやか館合

重要事項説明書

(短期入所生活介護サービス) (介護予防短期入所生活介護サービス)

(令和8年6月1日)

当施設は、ご利用者に対して短期入所生活介護（介護予防短期入所生活介護）サービスを提供します。
当施設の概要や提供されるサービス内容、契約上ご注意いただきたいことを次のとおり説明いたします。
なお、当施設は介護保険の指定を受けております。

(秋田県指定第 0570320564 号)

1 事業者

| | |
|---------|-------------------------|
| 事業者の名称 | 社会福祉法人ファミリーケアサービス |
| 事業者の所在地 | 〒013-0044 秋田県横手市横山町1番1号 |
| 法人種別 | 社会福祉法人 |
| 代表者名 | 理事長 石山 清和 |
| 電話番号 | 0182-33-7777 |

2 ご利用施設

| | |
|--------|------------------------------|
| 施設の名称 | ショートステイすこやか館合 |
| 施設の所在地 | 〒013-0481 秋田県横手市雄物川町薄井字新城7番2 |
| 管理者名 | 管理者 中野 博美 |
| 電話番号 | 0182-56-2800 |
| FAX番号 | 0182-56-2801 |

3 ご利用施設であわせて実施する事業

| 事業の種類 | 秋田県知事の事業者指定 | | 利用定数 |
|-----------------------|------------------------|------------|-----------|
| | 指定(更新)年月日 | 指定番号 | |
| 地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護 | 令和6年3月1日 | 0590300182 | 29人 |
| 短期入所生活介護 (介護予防) | 令和6年4月1日 (令和6年4月1日) | 0570320564 | 20人 |
| 小規模多機能型居宅 介護(介護予防) | 令和6年3月1日 (令和6年3月1日) | 0590300190 | 登録 25人 |

4 事業の目的と運営の方針

| | |
|---------|--|
| 事業の目的 | この事業は、可能な限り自立した日常生活を営むことが出来るよう各種サービスを提供いたします。 |
| 施設の運営方針 | ①当施設にあたっては、短期間の入所により快適な生活を提供いたします。 ②援助にあたっては、ご利用者の人格を尊重し、常にご利用者の立場に立ったサービスの提供に努めます。 ③ご利用者の自立を支援し、意欲を高めるように適切な援助を行い、ご利用者の自立の可能性を引き出すように援助します。 |

5 施設の概要

(1) 敷地及び建物

| | | |
|----|-----------|------------------------------------|
| 敷地 | 5,936.94㎡ | |
| 建物 | 構造 | 鉄骨造・地上1階建・準耐火建築物 |
| | 延べ床面積 | 2,678.99㎡ |
| | 利用定員 | 特養29名、短期入所20名 小規模多機能型居宅介護：登録10名 |

(2) ユニット及び居室

| 施設種 | ユニット | 種類 | 数 | 1床あたりの面積 |
|--|------|-----|----|---|
| 特養 短期入所 | 桜 | 個室 | 10 | 10.66㎡(2)・10.75㎡(4)・10.90(4) |
| | 木立 | 個室 | 10 | 10.66㎡(2)・10.75㎡(4)・10.90(4) |
| | 大樹 | 個室 | 9 | 10.66㎡(2)・10.75㎡(4)・10.90(3) |
| | 鳥海の宿 | 個室 | 10 | 10.75㎡(4)・10.90㎡(5)・10.94㎡(1) |
| | 雄物の宿 | 個室 | 10 | 10.66㎡(2)・10.69㎡(1)・10.75㎡(2)・ 10.90㎡(5) |
| 小規模多機能 | つきの木 | 個室 | 6 | 7.79㎡(2)・8.22㎡(3)・8.37㎡(1) |
| | | 間仕切 | 3 | 8.33㎡(1)・8.48㎡(2) |
| 全館・全居室冷暖房完備 | | | | |
| ご入居者から居室の希望変更の申し出があった場合は、居室の空き状況により施設でその可否を決定します。また、ご入居者の心身の状況により居室を変更する場合があります。その際には、ご入居者やご家族等と協議のうえ決定するものとします。 | | | | |

(3) その他主な設備

| | |
|-----------------------|----------------|
| ①玄関 | ⑧個別浴室・特殊浴室・脱衣室 |
| ②事務室 | ⑨洗濯室・汚物処理室 |
| ③サービスステーション（介護職看護職員室） | ⑩トイレ・洗面所 |
| ④介護材料室 | ⑪談話コーナー |
| ⑤共同生活室 | ⑫厨房 |
| ⑥相談室（兼応接室） | ⑬休憩ホール |
| ⑦リネン室 | ⑭中央多目的ホール |

6 職員体制（以下は特養入居者29名、短期入所20名に対する職員配置の概要です）

| 職種 | 職員数 | 職務内容 |
|------------|-------------|---------------------------|
| 管理者 | 1名 | 施設運営の責任者 |
| 医師（嘱託医） | 1名以上 | 診療及び健康管理、保健衛生指導 |
| 生活相談員 | 1名以上 | 生活相談全般（1名介護職員兼務） |
| 介護職員 | 20名以上 | 生活相談及び介護業務 （1名生活相談員兼務） |
| 看護職員 | 3名以上 | 健康管理、保健衛生管理 |
| 栄養士又は管理栄養士 | 1名以上 | 献立作成、栄養量計算、栄養指導 |
| 機能訓練指導員 | 1名以上 | 日常生活上の機能訓練 |
| 介護支援専門員 | 1名以上 | 介護サービス計画立案 |
| その他職員 | 事業実施における適当数 | |

7 営業日およびご利用の予約

| | |
|-----|------|
| 営業日 | 年中無休 |
|-----|------|

8 送迎の実施地域

| | |
|---------|------|
| 送迎の実施地域 | 横手市内 |
|---------|------|

9 サービスの概要

(1) 介護保険給付サービス

| 種 類 | 内 容 |
|----------------|---|
| 食事介助 | ご利用者の状態に合わせ、適切な介助を行います。 |
| 排泄介助 | ご利用者の状態に合わせ、適切な介助を行います。おむつの使用については、在宅の状況に応じて交換を行います。 |
| 入浴（特浴・一般浴） | 基本的には週2回以上。身体状況等により、ご利用者が快適に利用できるように浴槽を用意いたします。 |
| 清 拭 | 身体状況等により入浴が困難な場合は清拭を実施します。 |
| 体位交換 | 必要に応じ随時交換いたします。 |
| 移 動 | ご利用者の身体の状況に応じ、車椅子、歩行器等適切な用具を使用して行います。 |
| 衣類の着脱 | ご利用者の身体の状況に応じ、随時行います。 |
| 整 容 | 必要に応じ随時行います。 |
| 清潔（洗顔・口腔清潔等） | 必要に応じ随時行います。 |
| 送 迎 | ご利用者の状況に応じ、ご自宅と事業所間の送迎を行います。 |
| 通院の介助 | 原則ご家族対応となります。 |
| 清 掃 | 随時行います。 |
| 洗 濯 | 随時行います。 |
| 食 事 | 栄養士の立てる献立により、栄養とご利用者の身体状況に配慮したバラエティにとんだ食事を提供します。 |
| 嘱託医による観察 | 必要に応じ、嘱託医の指示をあおぐとともに、協力医療機関等へ搬送を行う体制をとっています。 |
| 健康相談 | 嘱託医・看護職員が行います。 |
| かかりつけ医の往診・調整 | かかりつけ医がいる場合、状態の変化等受診が必要な時はその指示をあおぎます。また、往診については調整いたします。 |
| 各種行事 | ご利用者が参加して楽しめる行事を企画し実施します。 |
| 趣味創作活動 | ご利用者に合わせた活動を企画し実施します。 |
| 機能回復訓練・生活自立支援 | ご利用中の生活や活動等を通して、機能維持・向上に努め、自立・自律生活の為の支援を行います。 |
| 日常生活に関する相談・援助 | 必要に応じ対応いたします。 当施設の第三者委員や公的行政機関への相談の対応も行います。 |
| 福祉用具の利用法の相談・助言 | 必要に応じ対応いたします。 |
| その他必要な相談・助言 | 必要に応じ対応いたします。 |
| 介護予防 | 介護予防短期入所生活介護計画を作成・実施すると共に、指定介護予防支援事業者と連携して行います。 |

(2) 介護保険給付外サービス

| 種 類 | 内 容 |
|-----|----------------------------------|
| 食 費 | 食費は、食材費及び調理費にかかる費用です。 |
| 滞在費 | 光熱費相当額及び室料（建設設備等の減価償却費）にかかる費用です。 |

(3) その他

| 種 類 | 内 容 |
|--------|---|
| 理容サービス | 理容店の出張による理髪サービスをご利用いただけます。費用は実費をいただきます。 |
| そ の 他 | 上記に当てはまらない雑費で、明らかにご利用者負担であるものは、費用をいただく事があります。 |

10 サービス利用負担額

介護サービスと利用負担額については別紙1のとおりです。

(1) 介護保険給付サービス料

介護保険の告知に従い、ご利用者の介護保険被保険者証における要介護度及び負担割合証における割合に応じた介護サービスに関する料金について制度上で定められた自己負担額のお支払いをお願いします。具体的な利用料については、軽減措置等の理由でご利用者毎に異なりますので契約時に提示いたします。何らかの事情により、ご利用者が要介護認定を受けられずにサービスを利用する場合、その期間における介護保険給付サービス費の全額をお支払いいただきます。要介護認定を受けた後、自己負担額を除く金額が国民健康保険団体連合会から払い戻されます。(償還払い)

(2) 介護保険給付外サービス料

| | |
|-----|-------------------------------|
| 食 費 | 全額実費もしくは負担限度額認定証に記載された額となります。 |
| 居住費 | |

11 介護保険給付サービス料及び介護保険給付外サービス料の支払い

介護保険給付サービス料の自己負担分については、1ヶ月ごとに計算しご請求しますので、請求当月の20日までに以下のいずれかの方法でお支払い下さい。

なお、1ヶ月に満たない期間のサービスに関する自己負担分については、利用日数に基づいて計算した金額とします。

| |
|---|
| ①事務室窓口での現金支払い |
| ②下記指定口座への振込み |
| 北都銀行 横手支店 普通預金 6 1 1 4 8 7 7 |
| 秋田ふるさと農協 横手支店 0 0 1 2 8 3 8 |
| 秋田銀行 横手支店 普通預金 8 6 4 1 9 0 |
| ゆうちょ銀行 通常預金 1 8 6 1 0 - 1 4 3 0 2 9 4 1 |
| ③北都銀行・秋田銀行・ゆうちょ銀行・秋田ふるさと農協の預金口座からの自動引き落とし |

ご利用者の選択により提供されたものの実費経費については、その都度現金でお支払いください。

12 協力医療機関

(1)

| 協力医療機関① | |
|---------|--|
| 医療機関の名称 | 市立大森病院 |
| 院 長 名 | 福岡 岳美 |
| 所 在 地 | 〒013-0525 横手市大森町字菅生田245-205 |
| T E L | 0182-26-2141 |
| 診療科目 | 内科、整形外科、外科、泌尿器科、小児科、眼科、皮膚科、神経内科、血液・腎臓内科、呼吸器科、心臓血管外科、耳鼻いんこう科、リハビリテーション科 |
| 入 院 設 備 | 150床 (一般病床100床、療養病床50床) |
| 救急指定の有無 | 有 |
| 契約の概要 | ご利用者が急変した場合等の相談対応体制の常時確保、必要に応じた入院を含めた措置 他 |

(2)

| 協力歯科医療機関② | |
|-----------|---|
| 医療機関の名称 | 小坂歯科医院 |
| 院長名 | 小坂行雄 |
| 所在地 | 〒013-0022 横手市四日町6-2 |
| TEL | 0182-36-4182 |
| 診療科目 | 歯科、矯正歯科、小児歯科 |
| 協力契約の内容 | ご利用者に対する、歯科に関する訪問診療体制範囲における措置、施設職員に対する必要な技術的助言または指導 他 |

13 非常災害時の対策

| | |
|-------------|---|
| 非常時の対応 | 別に定める「特別養護老人ホームすこやか館合・消防計画」により対応します。 |
| 非常通報の体制 | 非常通報体制は、登録8名体制で全職員の連絡体制を確保しています。 |
| 近隣との協力関係 | 地域の消防団と協定し、非常時の応援協力体制について確保しております。 |
| 非常時の訓練と防災設備 | 別に定める「特別養護老人ホームすこやか館合・消防計画」により、年2回以上夜間及び昼を想定した避難訓練を、ご入居者の方も参加して実施します。 |
| 防災設備の概要 | 屋内消火栓2カ所、消火器21カ所、避難経路12カ所、避難場所2カ所（併設施設を含む）を設置しております。 |

14 当施設ご利用の際に留意いただく事項

| | |
|---------------|---|
| キャンセル及びキャンセル料 | サービスのご利用を中止する際には、速やかに当施設までご連絡ください。ご利用者の都合でサービスを中止する場合には、出来るだけサービス利用の前々日までにご連絡ください。緊急やむをえない事情がある場合を除き、キャンセル料を申し受けることがあります。キャンセル料については、法定利用料の範囲内とします。 |
| 損害賠償 | 当施設において、事業者の責任によりご利用者に生じた損害については、その損害を賠償いたします。ただし、介護サービス提供上不可抗力的に生じた損害、事故の補償については、ご利用者、事業者双方で協議することとします。 |
| 来訪・面会 | 来訪者は面会時間を守り、必ずその都度職員に面会カードを届けてください。又、来訪者が宿泊される場合は事前に許可を得てください。 |
| 外出 | 外出の際には、必ず行き先と帰所予定時間を職員に申し出てください。 |
| 医療機関への受診 | 医療機関へ受診する場合は、必ず職員に申し出てください。 |
| 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、賠償していただくことがございます。 |
| 喫煙・飲酒 | 喫煙は所定の場所に限らせていただきます。医師による制限がない限り喫煙・飲酒は自由です。 |
| 迷惑行為等 | けんか、暴行、中傷、口論等、他人に対する迷惑行為はご遠慮ください。 |
| 所持品の管理 | ご利用時に「所持品一覧表」を記載し、ご提出いただきます。 |
| 現金等の管理 | 当施設では、原則として現金等のお預かりは行っておりませんが、やむを得ない場合については、お申し出ください。 |
| ご贈答 | 職員個人に対する贈り物等のもてなしはご遠慮させていただきます。 |
| 宗教活動 政治活動 | 施設内で他のご利用者に対する宗教活動および政治活動はご遠慮ください。 |

15 緊急時の対応

ご利用者に状態の変化等があった場合には、医師に連絡する等必要な処置を講ずるほか、緊急連絡先にご連絡いたします。

| | | |
|----------|-----------|-----------------|
| ご利用者の主治医 | 氏名 | |
| | 所属医療機関の名称 | |
| | 所在地 | |
| | 電話番号 | |
| 緊急連絡先 | 氏名（続柄） | （続柄 ） |
| | 住所 | |
| | 電話番号 | |
| | 勤務先等 | |

16 事故発生時の対応

ご利用者が事故により身体に傷害を発生している場合は、応急処置をとり、主治医に連絡をして指示を仰ぐとともに、事故が発生した経緯をご家族の方に速やかにご連絡し、その後の経過も随時ご連絡いたします。

17 身体拘束廃止について

身体拘束廃止に向けた取り組みを進めます。ただし、ご利用者の生命又は身体を保護するために緊急やむを得ない場合は、次の事項に則り身体拘束その他利用者の行動を制限する場合があります。

- ①利用者、家族に対する説明及び確認
- ②身体拘束廃止検討委員会における検討
- ③施設長の許可
- ④拘束解除に向けた定期的な検討
- ⑤記録の整備

18 個人情報の使用について

ご利用者及びそのご家族の個人情報に関しては、必ず書面で同意を頂いた上で使用させていただきます。ご利用者の短期入所生活介護計画及び介護予防短期入所生活介護計画作成や、介護支援専門員やサービス事業者等との連絡調整において個人情報の使用・提供が必要になった場合は、必要最小限の情報を関係する者以外の者に漏れることのないよう、細心の注意を払い使用します。

19 虐待防止について

事業所は、ご利用者の人権の擁護・虐待等の防止のため、従業者に対する研修の実施等を行い、虐待を受けたと思われる事例に関わった場合は、速やかに市町村等に通報する義務があります。

20 第三者による評価の実施状況

| | | | |
|------|------|------|--|
| 実施なし | 実施あり | 実施日 | |
| | | 評価機関 | |

21 苦情受付担当者及び苦情解決責任者

当施設の介護サービスに関する相談、要望、苦情などは下記までお申し出ください。なお、当施設以外で市役所など行政機関等でも受付しています。

| | |
|----------------|--|
| 当施設ご利用 相談窓口 | <p>受付担当者 生活相談員 森元 大 ご利用時間 毎 日 午前9時～午後4時 ご利用方法 電 話 0182-56-2800 窓 口 当施設事務室 苦 情 箱 受付テーブルに設置 苦情解決責任者 すこやか館合施設長 中野 博美</p> |
| 第三者委員 | <p>鈴木 信好 電話 0182-36-1108 見田 貞一郎 電話 090-7075-9666 米 山 隆 電話 0182-26-3180</p> |
| そ の 他 相談窓口 | <p>《秋田県福祉サービス相談支援センター》 秋田県運営適正化委員会 住所 秋田県秋田市旭北栄町1-5 (秋田県社会福祉会館内) 電話 018-864-2726 FAX 018-864-2840 (受付時間 平日8:30~17:00)</p> <p>《横手市の機関》 横手市健康福祉部まると福祉課 住所 秋田県横手市中央町8番2号 本庁舎4階 電話 0182-35-2134 FAX 0182-32-9709</p> <p>増田地域局 (市民サービス課) 0182-45-5514 平鹿地域局 (市民サービス課) 0182-24-1114 雄物川地域局 (市民サービス課) 0182-56-2134 大森地域局 (市民サービス課) 0182-26-4030 十文字地域局 (市民サービス課) 0182-42-5114 山内地域局 (市民サービス課) 0182-53-2933 大雄地域局 (市民サービス課) 0182-52-3905 横手市東部地域包括支援センター 0182-35-2160 横手市西部地域包括支援センター 0182-35-2135 横手市南部地域包括支援センター 0182-35-2177</p> <p>《秋田県国民健康保険団体連合会》 住所 秋田県秋田市山王四丁目2番3号 秋田県市町村会館4F 電話 018-862-6864 FAX 018-824-0043 (受付時間 平日9:00~17:00)</p> |

●介護サービスご利用負担額一覧表【ショートステイすこやか館合】

(1) 保険給付対象サービス

①介護給付サービス

| | | 負担額(1割) | 負担額(2割) | 負担額(3割) | 備考 |
|---|-------|---------|---------|---------|-------|
| 併設型ユニット型 短期入所 生活介護費(Ⅰ) (ユニット型個室) | 要介護 1 | 704 円 | 1,408 円 | 2,112 円 | 1日につき |
| | 要介護 2 | 772 円 | 1,544 円 | 2,316 円 | 1日につき |
| | 要介護 3 | 847 円 | 1,694 円 | 2,541 円 | 1日につき |
| | 要介護 4 | 918 円 | 1,836 円 | 2,754 円 | 1日につき |
| | 要介護 5 | 987 円 | 1,974 円 | 2,961 円 | 1日につき |

| | | 負担額(1割) | 負担額(2割) | 負担額(3割) | 備考 |
|----|----------------|---------|---------|---------|-----------|
| 加算 | サービス提供体制加算 Ⅱ | 18 円 | 36 円 | 54 円 | 1日につき 全員 |
| | 夜勤職員配置加算 Ⅱ | 18 円 | 36 円 | 54 円 | 1日につき 全員 |
| | 看護体制加算 Ⅰ | 4 円 | 8 円 | 12 円 | 1日につき 全員 |
| | 送迎加算 | 184 円 | 368 円 | 552 円 | 片道につき 該当者 |
| | 療養食加算 | 8 円 | 16 円 | 24 円 | 1回につき 該当者 |
| | 認知症・心理症状緊急対応加算 | 200 円 | 400 円 | 600 円 | 7日間限度 該当者 |
| | 在宅中重度者受入加算 4 | 425 円 | 850 円 | 1,275 円 | 1日につき 該当者 |

| | | | | | |
|----|-----------------------------------|--|--|--|----------|
| 加算 | 介護職員処遇改善加算 Ⅰ口(所定単位数の 176/1000 加算) | | | | 1月につき 全員 |
|----|-----------------------------------|--|--|--|----------|

②介護予防給付サービス

| | | 負担額(1割) | 負担額(2割) | 負担額(3割) | 備考 |
|---|-------|---------|---------|---------|-------|
| 併設型ユニット型 介護予防短期入所 生活介護費(Ⅰ) (ユニット型個室) | 要支援 1 | 529 円 | 1,058 円 | 1,587 円 | 1日につき |
| | 要支援 2 | 656 円 | 1,312 円 | 1,968 円 | 1日につき |

| | | 負担額(1割) | 負担額(2割) | 負担額(3割) | 備考 |
|----|--------------|---------|---------|---------|-----------|
| 加算 | サービス提供体制加算 Ⅱ | 18 円 | 36 円 | 54 円 | 1日につき 全員 |
| | 送迎加算 | 184 円 | 368 円 | 552 円 | 片道につき 該当者 |
| | 認知症緊急対応加算 | 200 円 | 400 円 | 600 円 | 7日間限度 該当者 |

| | | | | | |
|----|-----------------------------------|--|--|--|----------|
| 加算 | 介護職員処遇改善加算 Ⅰ口(所定単位数の 176/1000 加算) | | | | 1月につき 全員 |
|----|-----------------------------------|--|--|--|----------|

(2) 保険給付対象外サービス

| | | 負担額 | 備考 |
|----------|---------|---------|-------|
| 居住費(滞在費) | ユニット型個室 | 1,231 円 | 1日につき |
| 食費 | 朝食 | 285 円 | 1食につき |
| | 昼食 | 656 円 | 1食につき |
| | 夕食 | 504 円 | 1食につき |

※ユニット型個室の届出をしておりますが、従来型個室の居住費単価に減額して設定しております。

(3) 食費・居住費(滞在費)の負担限度額について

食費・居住費(滞在費)の負担額は、介護保険負担限度額認定証の発行を受けている方につきましては、その認定証に記載された食費及び居住費(滞在費)の金額(1日当たり)のご負担となります。尚、(2)の食費及び居住費(滞在費)一覧表における食費・居住費の負担段階は次によります。

| 利用者負担段階 | 対象となる人 |
|---------|--|
| 第1段階 | ●本人及び世帯全員が住民税非課税で、老齢福祉年金の受給者 ●生活保護の受給者 |
| 第2段階 | ●本人および世帯全員が住民税非課税で、合計所得金額+課税年金収入額+非課税年金収入額が80万円9千円以下の人 ●預貯金、有価証券、現金、負債等の合計が、単身で650万円以下、夫婦で1,650万円以下であること。 |
| 第3段階(1) | ●本人および世帯全員が住民税非課税で、合計所得金額+課税年金収入額+非課税年金収入額が80万円9千円超120万円以下の人 ●預貯金、有価証券、現金、負債等の合計が、単身で550万円以下、夫婦で1,550万円以下であること。 |
| 第3段階(2) | ●本人および世帯全員が住民税非課税で、合計所得金額+課税年金収入額+非課税年金収入額が120万円超の人 ●預貯金、有価証券、現金、負債等の合計が、単身で500万円以下、夫婦で1,500万円以下であること。 |
| 第4段階 | ●世帯分離をしている配偶者が住民税課税者の人 ●住民税を課税されている人 |

①居住費(滞在費)の負担限度額

| | | 負担額 | 備考 |
|---------|------|---------|-------|
| ユニット型個室 | 第1段階 | 380 円 | 1日につき |
| | 第2段階 | 480 円 | 1日につき |
| | 第3段階 | 880 円 | 1日につき |
| | 第4段階 | 1,231 円 | 1日につき |

②食費の負担限度額

| | | 負担額 | 備考 |
|----|-------|---------|-------|
| 共通 | 第1段階 | 300 円 | 1日につき |
| | 第2段階 | 600 円 | 1日につき |
| | 第3段階① | 1,000 円 | 1日につき |
| | 第3段階② | 1,300 円 | 1日につき |
| | 第4段階 | 1,445 円 | 1日につき |

(4) その他のサービス

| | 負担額 | 備考 |
|--|-----|----------|
| 理容サービス(理髪) | 実費 | |
| 教養娯楽施設の利用 | 無料 | 館内設備・備品等 |
| その他、上記に当てはまらない雑費で、明らかに利用者負担であるものは、費用をいただく事があります。 | 実費 | |

説明日：令和___年___月___日

当事業所は、短期入所生活介護（介護予防短期入所生活介護）サービスの開始に際し、ご利用者及びご家族、代理人に対して本書面に基づいて重要事項を説明し交付しました。

事業者名 社会福祉法人ファミリーケアサービス
施設名 ショートステイすこやか館合（秋田県指定第 0570320564 号）
施設所在地 秋田県横手市雄物川町薄井字新城 7 番 2
管理者氏名 中 野 博 美

説明者 職 名 _____

氏 名 _____ 印

令和___年___月___日

私は、本書面に基づいて、事業者から重要事項の交付と説明を受け受領しました。また、当該事業所において短期入所生活介護（介護予防短期入所生活介護）サービスの提供を受けることについて同意します。

ご 利 用 者

住 所 _____

氏 名 _____ 印

ご家族・代理人

住 所 _____

氏 名 _____ 印

ご利用者との続柄 _____