

グループホーム とものいえ 重要事項説明書

令和 7 年 3 月 1 日現在

当事業所は、介護保険の指定を受けています。
(介護保険事業所番号 第 1890800061 号)

当事業所はご契約者に対して指定認知症対応型共同生活介護または指定介護予防認知症対応型共同生活介護を提供します。事業所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次の通り説明致します。

◆◆目次◆◆

1. 事業者
2. 事業所の概要
3. 事業実施地域及び営業日
4. 職員の配置状況
5. 当事業所が提供するサービスと利用料金
6. 苦情の受付について
7. 運営推進会議の設置
8. 協力医療機関
9. 非常火災時の対応
10. 緊急時の対応
11. 事故発生時の対応
12. 重度化した場合における対応
13. 虐待の防止
14. 身体拘束
15. 損害賠償について
16. サービス利用にあたっての留意事項

1. 事業者

- (1) 法人名 有限会社なるざ
- (2) 所在地 福井県あわら市花乃杜4丁目14番24号
- (3) 代表者氏名 代表取締役 谷川 真澄
- (4) 連絡先 電話 0776-73-4376 FAX 0776-73-4333
- (5) 設立年月日 平成16年11月16日

2. 事業所の概要

- (1) 事業所の種類 指定認知症対応型共同生活介護
指定介護予防認知症対応型共同生活介護
平成26年4月8日指定 介護保険事業所番号 第1890800061号
- (2) 事業所の目的 利用者が可能な限り、住み慣れた地域でその人らしい暮らしが実現できるよう、療養上の管理の下で家庭的な環境と地域住民との交流を通じ、必要な日常生活上の援助を行うことにより、利用者の日々の暮らしの支援を行い、また利用者の孤立感の解消および心身機能の維持、ならびに利用者の家族の身体及び精神的負担の軽減を図ることを目的としています。
- (3) 事業所の名称 グループホーム とものいえ
- (4) 所在地 福井県あわら市二面2丁目302番地
- (5) 連絡先 電話 0776-77-2261 FAX 0776-77-2245
- (6) 管理者氏名 萬道 あかり
- (7) 運営方針 事業所の介護職員等は、利用者などの心身の特徴を踏まえて、利用者が可能な限り、その有する能力に応じた自立した生活を営むことができるよう、その施設で入浴および食事の提供（これらに伴う介護も含む）、生活などに関する相談・助言・健康状態の確認、その他利用者に必要な日常生活の世話等を行います。
- 利用者の意思および人格を尊重し、自傷他害の恐れがある等緊急やむを得ない以外、原則として利用者に対し身体の拘束は行いません。
- 事業の実施にあたっては、関係市町、地域の保険・医療・福祉サービスとの綿密な連携を図り、総合的なサービスの提供に努めます。
- (8) 開設年月日 平成26年4月8日
- (9) 登録定員 9名
- (10) 居室等の概要 当事業所では、以下の居室、設備をご用意しています。

居室・設備の種類	備 考
宿 泊 室	8.74～8.84㎡ 全9室（電動ベッド、エアコン、チェスト、ロッカー完備）
居間・食堂	59.90㎡
台 所	9.87㎡
浴 室	一般浴槽1室、特殊浴槽1室
消 防 設 備	自動火災報知機、非常通報装置、誘導灯、消火器

3. 事業実施地域及び営業時間

- (1) 通常の事業の実施地域 あわら市及び坂井市
- (2) 営業日 年中無休

4. 職員の配置状況

当事業所では、ご契約者に対して指定認知症対応型共同生活介護サービスおよび指定介護予防認知症対応型共同生活介護サービスを提供する職員として、以下の職種の職員を配置しています。

<主な職種の配置状況>

従業者の職種	常 勤		非 常 勤		職務の内容
	専従	兼務	専従	兼務	
管 理 者		1 名			事業内容の調整
計画作成担当者		1 名			サービスの調整・相談業務
介 護 職 員	4 名	1 名	4 名		日常生活の介護・相談業務
看 護 職 員		1 名			健康チェック等の医療業務

<主な職種の勤務体制>

職 種	勤 務 体 制	
管 理 者	勤 務 時 間	8 : 3 0 ~ 1 7 : 3 0
計画作成担当者	勤 務 時 間	8 : 3 0 ~ 1 7 : 3 0
介 護 職 員	主 な 勤 務 時 間	8 : 3 0 ~ 1 7 : 3 0
	夜間の勤務時間	2 1 : 0 0 ~ 6 : 0 0
	※その他、利用者の状況に対応した勤務時間を設定します。	
看 護 職 員	勤 務 時 間	8 : 3 0 ~ 1 7 : 3 0

5. 当事業所が提供するサービスと利用料金

当事業所では、ご契約者に対して以下のサービスを提供します。当事業所が提供するサービスについては、以下の2つの場合があります。

- | |
|---|
| (1) 利用料金が介護保険から給付される場合（介護保険給付サービス）
(2) 利用料金の全額をご契約者にご負担いただく場合（介護保険給付外サービス） |
|---|

(1) 介護保険給付サービス

以下のサービスについては、原則として、介護保険負担割合証に書かれた割合分が利用者の負担額となります。以下のサービスを具体的にどのような頻度、内容で行うかについては、ご契約者と協議の上、指定認知症対応型共同生活介護サービス計画および指定介護予防認知症対応型共同生活介護サービス計画に定めます。

<サービスの概要>

① 食事

- ・食事の提供及び食事の介助をします。
- ・調理場で利用者が料理することができます。
- ・食事サービスの利用は任意です。
- ・食材費は給付対象外です。
- ・食事は離床して食堂で摂取して頂く様に配慮します。
- ・食事時間

朝食	0 7 : 0 0 ~
昼食	1 2 : 0 0 ~
夕食	1 8 : 0 0 ~

② 入浴

- ・入浴または清拭等を行います。
- ・利用者の状況に応じ、衣類の着脱、身体の清拭、洗髪、洗身の介助と、入浴の自立の援助を行います。
- ・入浴サービスの利用は任意です。

③ 排せつ

- ・利用者の状況に応じて適切な介助を行うとともに、排せつの自立についても適切な援助を行います。

④ 機能訓練

- ・離床援助、屋外散歩同行、家事共同作業等、利用者の状況に適した機能訓練を行い、身体機能低下を防止し、生活機能が維持・改善するよう努めます。

⑤ 健康管理

- ・血圧測定等、利用者の全身状態の把握を行います。
- ・利用者の状況に応じ、適切な医師の往診又は医療機関への受診を実施します。
- ・感染症の発生及び蔓延を防ぐために必要な措置を実施します。

⑥ 日常生活

- ・離床、着替え、寝具消毒、シーツ交換、洗濯、居室内清掃、役所手続の代行等、利用者の状況に応じて適切な介助を行うとともに、自立についても適切な援助を行います。

⑦ 相談・援助

- ・利用者とそのご家族からの相談に誠意をもって応じ、可能な限り必要な援助を行います。

<サービス利用料金>

下記の料金表によって、ご契約者の要介護度に応じたサービス利用料金をお支払いください。

1割負担の方の利用料金 ※ 介護保険負担割合証に書かれた1～3割の負担割合額となります。

要介護度別 利用料金 (1日あたり)	要支援2 761円	要介護1 765円	要介護2 801円	要介護3 824円	要介護4 841円	要介護5 859円
--------------------------	--------------	--------------	--------------	--------------	--------------	--------------

※ 月途中から登録した場合または月の途中で登録を終了した場合には、登録した期間に応じて料金をお支払いいただきます。なお、この場合の「登録日」及び「登録終了日」とは、以下の日を指します。

登録日・・・利用者が当事業所と利用契約を結んだ日ではなく、サービスを実際に利用開始した日

登録終了日・・・利用者と当事業所の利用契約を終了した日

※ 介護保険からの給付額や、負担割合証の割合に変更があった場合、変更された額に合わせて、ご契約者の負担額を変更します。

下記の加算については、加算要件が整った場合に限り必要となります。

加算名	加算要件	1割負担の料金
夜間支援体制 加算（Ⅰ）	夜間・深夜の時間帯を通じて夜勤職員または宿直勤務者を1名以上配置した場合	50円／日

若年性認知症 受入加算	若年性認知症利用者の方を受け入れ、個別の担当者を定め 介護を行った場合	120円／日
初期加算 (ア)(イ)	入居した日から起算して30日以内または、医療機関に1か 月以上入院した後、退院して再入居する場合等	(ア)246円／日 (イ)30円／日
医療連携体制 加算(Ⅰ)(Ⅱ)	「重度化した場合の対応に係る指針」を入居の際に利用 者・家族に対して説明し、看護師を配置し、利用者の日常 的な健康管理や医療機関との連絡調整を24時間行える体制 が整っている場合等	(イ)57円／日 (ロ)47円／日 (ハ)37円／日
口腔・栄養スク リーニング加 算	1、入居者に対し6か月ごとに口腔の健康状態について確認を 行い、情報をケアマネに文書で共有した場合 2、入居者に対し6か月ごとに栄養状態について確認を行 い、情報（低栄養状態の場合は改善に必要な情報を含む） をケアマネに文書で共有した場合	20円／回 (6か月に1回)
科学的介護推 進体制加算	入居者の心身の状況等に係る基本的な情報を厚生労働省に 提出していること	40円／月
退去時情報提 供加算	医療機関へ退所する入所者等について、退所後の医療機関 に対して入所者等を紹介する際、入所者等の同意を得て、 当該入所者等の心身状況、生活歴等を示す情報を提供した 場合、入所者1人につき1回に限り算定	250円／回 (退去時)
サービス提供 体制加算(Ⅰ)	事業所の介護従事者のうち、介護福祉士の資格を有する者 が70%以上配置されている場合等	22円／日
サービス提供 体制加算(Ⅱ)	事業所の介護従事者のうち、介護福祉士の資格を有する者 が60%以上配置されている場合	18円／日
サービス提供 体制加算(Ⅲ)	事業所の介護従事者のうち、介護福祉士の資格を有する者 が50%以上配置されている場合等	6円／日
介護職員処遇 改善加算(Ⅰ) (Ⅱ)(Ⅲ)(4)	要件に満たす時	介護保険利用金額の18.6%
人員基準欠員 による減算	① 介護従事者の人員基準欠如 ② 計画作成担当者の人員欠如	－70%／日
身体拘束廃止 未実施減算	身体拘束等適正化のための委員会や研修を行っていない場 合等	－10%／日
高齢者虐待防 止措置未実施 減算	高齢者虐待防止措置のための委員会や研修を行っていない 場合等	－1%／日
業務継続計画 未実施減算	感染症若しくは災害のいずれか又は両方の業務継続計画が 未策定の場合	－3%／日

(2) 介護保険給付外費用

以下のサービスは、利用料金の全額がご契約者の負担となります。

<サービスの概要と料金>

① 食材料費

ご契約者に提供する食事に要する費用です。

料金 朝食：420円 昼食：690円 夕食：690円

※ キャンセル料金

ご契約者の都合により、食事をキャンセルされる場合には、利用前日までにご連絡をお願いいたします。利用前日までに申し出なくキャンセルされた場合（利用当日にキャンセルの申し出があった場合を含む）は、キャンセル料として食材料費をお支払い頂きます。ただし、ご契約者の急な状態悪化等（病気・気分不良）の場合や正当な理由がある場合においてはキャンセル料を頂きません。

② 家賃

居室の利用も保険給付の対象外ですので実費ご利用料金をお支払い下さい。

69,000円／月額

※ 月途中での入退居の場合は、日割り計算をさせていただきます。

※ 契約後、5日以内に入居がない場合は、居室キープ代として家賃をお支払い頂きます。

③ 紙おむつ・尿取りパット代

実費負担となります。

④ 教養娯楽費

・日常生活上の、介護保険給付対象外に於ける教養及び娯楽等に関わる費用は、実費を事業所で一旦立て替え、後日、ご利用明細と共にご請求させていただきます。

・また、ご契約者の希望によりレクリエーションに参加していただくことができます。材料代などは実費負担となります。

⑤ 理美容費

実費負担となります。

⑥ 寝具クリーニング代

予定外の交換時、実費負担となります。

(3) 利用料金のお支払い方法

前記（１）、（２）の料金・費用は、１ヶ月ごとに計算し次のいずれかの方法により翌月２０日までにお支払いください。

① 銀行振込み（毎月２０日までにお振込み願います。振込み手数料は利用者負担となります。）

【振込先】 福井銀行 芦原支店

普通預金 NO. 1133381 口座名 (有)なるぎ 代表取締役 谷川真澄

② 自動口座引落し

自動引落しの申し込みが必要となります。別紙ご案内をご確認ください。

(4) 入居に当たっての留意事項

- ① 認知症対応型共同生活介護（介護予防認知症対応型共同生活介護）の対象者は要介護（要支援者）であって認知症であるもののうち、少人数による共同生活を営むことに支障がない者とし、次のいずれかに該当する者は対象から除かれます。

- ・認知症の症状に伴う著しい精神症状を伴う者
 - ・認知症の症状に伴う著しい行動異常がある者
 - ・認知症の原因となる疾患が急性の状態にある者
- ② 入居申込者の入居に際しては、主治医の診断書等により、入居申込者が認知症の状態にあることの確認を行います。
- ③ 入居申込者が入院治療を要する者であること等、入居申込者に対して必要なサービスの提供が困難であると認められた場合は、他の適切な施設、医療機関を紹介する等の適切な措置を速やかに講じます。
- ④ 利用者の退居に際しては、利用者およびその家族の希望、退居後の生活環境や介護の連続性に配慮し適切な援助、指導を行うとともに、居宅介護支援事業者等や保健医療、福祉サービス提供者と密接な連携に努めます。
- ⑤ 地震、洪水等の天災、その他事業者の責に帰すべからず事由により、サービスの実施ができなくなった場合には、事業者は利用者に対してサービスを中止・終了させていただく場合がございます。

面 会	・来訪者は面会の都度、職員に届け出て『面会簿』の記載をして下さい。 面会時間：９：００～１７：００
外出・外泊	・外出・外泊をされる場合は、『外出・外泊届』を提出して下さい。
居室の利用 迷惑行為等	・設備、備品等は本来の使用方法に従って大切にご利用下さい。 これに反した利用により破損等が生じた場合は、賠償して頂くことがあります。 ・騒音・雑音等の他の利用者の迷惑になる行為はご遠慮願います。 ・承諾なしに他の利用者の居室に立ち入らないで下さい。
所持金等	・原則として、現金等の所持はお控え下さい。 ・日常生活上、必要となる物品等に関しましては、実費を事業所で一旦立て替え、後日、ご利用明細とともにご請求させていただきます。

6. 苦情の受付について

- (1) 当事業所における苦情や相談の受付は、以下の専用窓口で受け付けます。

受付窓口担当者 管理者 萬道 あかり
 苦情受付責任者 代表取締役 谷川 真澄
 受付時間 毎週月～金曜日 ９：００～１７：００
 電話番号 ０７７６－７７－２２６１

※苦情および心配事等、気兼ねなくご相談下さい。

※また、玄関に『ご意見箱』を設置しております。

- (2) 苦情を受け付けた場合の対応

苦情を受け付けた場合、苦情内容を正確に苦情報告書に記入し、事業所で定めた次の処理手順に基づき、迅速に対応します。

①苦情原因の把握

当日または時間帯によっては翌日、受け付けた苦情内容を確認するとともに、今後の対応や予定を説明し了解を得る。また、速やかに解決を図る旨、伝言する。

②検討会の開催

苦情内容の原因を分析するため、関係者の出席のもと、対応策の協議を行う。

③改善の実施

利用者もしくはご家族に対し、対応策を説明して同意を得る。改善を速やかに実施し、改善状況を確認する（損害を賠償すべき事故が発生した場合は速やかに損害賠償を行う）。

④解決困難な場合

坂井地区広域連合に連絡し、指導・助言を得て改善を行う。また、解決できない場合には、坂井地区広域連合と協議し、福井県国民健康保険団体連合会へ連絡し、指導・助言を得て改善を行うことも検討する。

⑤再発防止

同様の苦情、事故が起こらないように苦情処理の内容を記録し、従業者へ周知するとともに、「苦情処理マニュアル」を作成・改善し、研修などの機会を通じて、再発防止に努め、サービスの質の向上を目指す。

⑥事故発生時の対応等

当事業に関連し、事故が発生した場合は、速やかに必要な措置を講じられるよう、あらかじめ関係機関との対応方法を定め、関係機関に周知して協力を依頼する。

（３）行政機関その他苦情受付機関

坂井地区広域連合 介護保険課	０７７６－９１－３３０９
福井県国民健康保険団体連合会	０７７６－５７－１６１４
あわら市役所 健康長寿課	０７７６－７３－８０２２
坂井市役所 高齢福祉課	０７７６－５０－３０４０

７．運営推進会議の設置

当事業所では、認知症対応型共同生活介護及び介護予防認知症対応型共同生活介護サービスの提供にあたり、サービスの提供状況について定期的に報告するとともに、その内容等についての評価、要望、助言を受けるため、下記のとおり運営推進会議を設置しています。

＜運営推進会議＞	
構 成	利用者、利用者の家族、二面区長、二面区民生委員、坂井地区広域連合職員、あわら市地域包括支援センター職員、とものいえ管理者、(有)なるぎ代表取締役等
開 催	２ヶ月に１回程度
会 議 録	運営推進会議の内容、評価、要望、助言等について記録を作成します

8. 協力医療機関

当事業所では、各利用者の主治医との連携を基本としつつ、病状の急変等に備えて次の医療機関を協力医療機関として連携体制を整備しています。

名 称	独立行政法人国立病院機構あわら病院
所 地	福井県あわら市北潟 2 3 8 - 1
電 話 番 号	0 7 7 6 - 7 9 - 1 2 1 1
診 察 科	内科、血液・腫瘍、リウマチ、老年（長寿）、地域ケア、神経、循環器、小児科、外科、放射線科、研究検査科、皮膚科、整形外科、眼科
入 院 設 備	有り
救 急 指 定	有り
協 力 関 係	緊急及び救急時の受診、入院等

名 称	新家歯科医院
所 地	福井県あわら市二面 1 丁目 1 0 0 8 番地
電 話 番 号	0 7 7 6 - 7 8 - 7 2 2 2
診 察 科	歯科
協 力 関 係	緊急及び救急時の受診等

9. 非常火災時の対応

非常火災時には、別途定める消防計画に則って対応を行います。また、避難訓練を年 2 回程度、契約者も参加して行います。

嶺北芦原消防署への届出日	平成 2 6 年 4 月 1 日
防火管理者	谷川 真澄
消防用設備	自動火災報知機、非常通報装置、誘導灯、消火器

＜地震、大水等災害発生時の対応＞

自治体の地域防災計画に則って対応します。

10. 緊急時の対応

看護師等は、利用者の身体状況を把握し、体調管理を行います。サービスの提供中に利用者の病状に急変、その他緊急事態が生じたときは必要に応じて臨時応急の手当を行うとともに、速やかに主治医に連絡し、適切な処置を行います。主治医に連絡が困難な場合は、救急搬送等の必要な処置等を行います。その後速やかに管理者および主治医に報告いたします。

11. 事故発生時の対応

サービスの提供により事故が発生した場合には、速やかに市町村、家族等に連絡を行うとともに、適切及び必要な措置を講ずるものとし、サービスの提供により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うものとします。

但し、事業所の責に帰すべからざる事由による場合はこの限りではありません。

当事業所は、前項の損害賠償のために、損害賠償責任保険に加入しています。

1 2. 重度化した場合における対応

(1) 急性期における医師や医療機関との連携体制

利用者が体調の急変などにより、入院を伴う医療処置を行うことが必要とされる状態になった時には、速やかにご家族に連絡し、ご意向を伺ったうえ、医療機関の医師により可能と判断された場合において、事業所に居住した状態で医療機関の医師、またはその指示による看護師の対応により、医療処置を行います。ただし、医療機関の医師により事業所に居住した状態での看護、介護が困難と判断された場合、または、利用者、代理人が医療機関への入院を希望する場合には、「あわら病院」または利用者、家族の希望する医療機関への入院を調整いたします。

(2) 入院期間中における家賃および食材料費等の取り扱い

入院期間中の食材料費は欠食分として減算し、提供分の請求といたします。ただし、家賃については定額での請求といたします。

(3) 重度化した場合における対応についての留意事項

- ① 認知症対応型共同生活介護（介護予防認知症対応型共同生活介護）の対象者は要介護（要支援者）であって認知症であるもののうち、少人数による共同生活を営むことに支障がない者とし、次のいずれかに該当する者は対象から除かれます。
 - ・ 認知症の症状に伴う著しい精神症状を伴う者
 - ・ 認知症の症状に伴う著しい行動異常がある者
 - ・ 認知症の原因となる疾患が急性の状態にある者
- ② 利用者が入院治療を要する者であること等、利用者に対して必要なサービスの提供が困難であると認められた場合は、他の適切な施設、医療機関を紹介する等の適切な措置を速やかに講じます。
- ③ 利用者の退去に際しては、利用者およびその家族の希望、退去後の生活環境や介護の連続性に配慮し適切な援助、指導を行うとともに、居宅介護支援事業者等や保健医療、福祉サービス提供者と密接な連携に努めます。

1 3. 虐待の防止

事業者は、利用者等の人権の擁護・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) 虐待防止に関する責任者を選定しています。

虐待防止に関する責任者： 萬道 あかり（管理者）

(2) 成年後見制度の利用を支援します。

(3) 苦情解決体制を整備しています。

(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。それらの研修等を通じて、従業者の人権意識の向上や、知識・技術の向上に努めます。

(5) 個別支援計画の作成など適切な支援の実施に努めます。

(6) 従業者が支援にあたっての悩みや苦労を相談できる体制を整えるほか、従業者が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。

1 4．身体拘束

事業者は、原則として利用者に対して身体拘束を行いません。ただし、自傷他害等のおそれがある場合など、利用者本人または他人の生命・身体に対して危険が及ぶことが考えられるときは、利用者もしくはご家族に対して説明し同意を得た上で、次に掲げることにより留意して、必要最小限の範囲内で行うことがあります。また事業者として、身体拘束をなくしていくための取り組みを積極的に行います。

- (1) 緊急性……直ちに身体拘束を行わなければ、利用者本人または他人の生命・身体に危険が及ぶことが考えられる場合に限りします。
- (2) 非代替性……身体拘束以外に、利用者本人または他人の生命・身体に対して危険が及ぶことを防止することができない場合に限りします。
- (3) 一時性……利用者本人または他人の生命・身体に対して危険が及ぶことがなくなった場合は、直ちに身体拘束を解きます。

1 5．損害賠償について

下の各号に該当する場合には、事業者は損害賠償責任を免れます。

- (1) 利用者または家族が、契約締結時に利用者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ったことにもつぱら起因して損害が発生した場合
- (2) 利用者または家族が、サービスの実施にあたって必要な事項に関する聴取・確認に対して故意にこれを告げず、又は不実の告知を行ったことにもつぱら起因して損害が発生した場合
- (3) 利用者の急激な体調の変化等、利用者相互の闘争等、事業者の実施したサービスを原因とした事由にもつぱら起因して損害が発生した場合
- (4) 利用者または家族が、事業者もしくはサービス従事者の指示・依頼に反して行なった行為にもつぱら起因して損害が発生した場合

1 6．サービス利用にあたっての留意事項

- ・サービス利用の際には、介護保険被保険者証を提示して下さい。
- ・契約後は、5日以内にご入居ください。5日を過ぎた場合は契約無効とさせていただきます。
- ・事業所内の設備や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、弁償していただく場合があります。
- ・事業所は、所持金品等の破損や紛失に対して責任を負いません。自己の責任で管理をお願い致します。
- ・事業所内での他の利用者に対する宗教活動及び政治活動はご遠慮ください。その他、他の利用者の迷惑になる行為は、ご遠慮ください。
- ・職員や事業所への心付けはご遠慮させていただきます。

- ・写真撮影および氏名表示等に関して、次の項目について確認させていただきます。

項 目	同意します	同意しません
利用者様の写真撮影		
施設内の写真の展示		
広報誌等への写真の掲載		
利用者様への写真の配布		
施設内の氏名の表示		
広報誌等への氏名の表示		

令和 年 月 日

認知症対応型共同生活介護及び介護予防認知症対応型共同生活介護サービス利用にあたり、利用者または親族または代理人に対して、「グループホーム ともものいえ 利用約款」および本書面に基づいて重要な事項を説明しました。

事 業 者 有限会社なるぞ
代 表 者 谷 川 真 澄
所 在 地 福井県あわら市花乃杜4丁目14番24号
事 業 所 名 グループホーム とものいえ
(福井県あわら市二面2丁目302番地)

説 明 者 氏 名

私は、「グループホーム ともいへ 利用約款」および本書面により、事業者から認知症対応型共同生活介護及び介護予防認知症対応型共同生活介護サービスについての重要事項の説明を受けました。

(利 用 者) 住 所

氏 名 _____ 印 _____

(親族または代理人) 住 所

氏 名 _____ 印 _____