

社会福祉法人 緑風福祉会

特別養護老人ホーム だて緑風園

(指定介護保険事業所番号 0771300886)

重要事項説明書

特別養護老人ホーム だて緑風園

重要事項説明書

(令和7年4月1日現在)

- 1. 施設概要**
- | | |
|-------|---|
| 法人名 | 社会福祉法人 緑風福祉会 |
| 事業所名 | 特別養護老人ホーム だて緑風園
(介護保険事業者番号 0771300886) |
| 所在地 | 福島県伊達市馬場口36番地の1 |
| 電話番号 | 024(563)6077 |
| 開設年月日 | 令和2年12月1日 |

2. 運営方針

- (1) 当施設はユニットケアを実践するにあたり、入居者1人1人の意志及び人格を尊重し、入居前の居宅における生活と入居後の生活が連続したものとなるよう配慮いたします。
- (2) 当施設の介護職員等は、要介護者の特性をふまえ、その有する能力に応じ自立した日常生活を営むことが出来るよう、入浴、排泄、食事の介護、機能訓練による身体機能の維持、その他生活全般にわたる援助を行います。
- (3) 事業の実施にあたっては、関係市町村、地域の保健・医療・福祉サービスとの綿密な連携をはかり、総合的なサービス提供に努めるものとします。

3. 施設の設備の概要

	設備の種類	数	備考
生活スペース	ユニット型居室(個室)	80 (1ユニット10部屋)	居室面積 11.02m ² または 11.15m ² 各居室に洗面台有り
	キッチン	8 (1ユニット1カ所)	オープンキッチン
	共同生活室	8 (1ユニット1カ所)	食堂テーブル、椅子、テレビ等を設置
	談話スペース	8 (1ユニット1カ所)	少人数で交流できるスペースとして利用可能
	トイレ	24 (1ユニット3カ所)	可倒式手すり、ナースコール有り
	浴室	4 (2ユニット1カ所)	リフト式浴槽のユニットバス設置
	脱衣洗濯室	4 (2ユニット1カ所)	洗濯機、乾燥機設置
共有	機能訓練スペース (談話スペースと兼ねる)	1	2階
	医務室	1	1階
	理美容室	1	1階
	機械浴室	1	1階
	地域交流ホール	1	1階、喫茶カウンター有り

4. サービス内容

- 【食 事】朝食 8:00 ~ 提供可能
 昼食 12:00 ~ 提供可能
 夕食 17:30 ~ 提供可能
- 【入 浴】週に2回以上入浴していただけます。
 ただし、状態に応じ清拭となる場合があります。
- 【介 護】施設サービス計画に沿って下記の介護を行います。
 着替え・排泄・食事等の介助、体位交換、シーツ交換、施設内の移動の付き添い等
- 【生活相談】常勤の生活相談員または介護支援専門員に、介護以外の日常生活に関することも含めて相談できます。
- 【健康管理】当施設では、年1回の健康診断を行います。
 また桑名医院の嘱託医師による健康管理を実施いたします。
- 【機能訓練】日常生活動作の機能維持のために機能訓練を行います。
- 【理 美 容】当施設では、理容師および美容師によるサービスを提供できます。
 料金は別途かかります。

【行 事】当施設では、季節ごとに行事を行います。

行事によっては、別途で参加費がかかる場合もあります。

【そ の 他】施設における行事等のスナップ写真撮影及び公開を実施しております。

個人情報保護法に基づき写真撮影及び公開を希望されない場合はお申し出ください。

5. 利用料金

(1) 施設利用料

区 分	利 用 料
法定代理受領の場合	厚生労働大臣の定める基準の入居者の負担割合に応じた金額
法定代理受領でない場合	厚生労働大臣の定める基準額

1日あたりの料金は以下の通りです。

※2割・3割負担については、所得に応じてこちらの金額に2または3を乗じた金額になります。

要介護度	入居者負担額(1割負担)
要介護1	670円
要介護2	740円
要介護3	815円
要介護4	886円
要介護5	955円

(2) 加算(1割負担) 該当するもののみ

※2割・3割負担については、所得に応じてこちらの金額に2または3を乗じた金額になります。

※詳しくは別紙、だて緑風園料金表をご確認お願いいたします。

加算名称	1日又は月、回	1割負担額
初期加算	1日あたり	30円
日常生活継続支援加算Ⅱ	1日あたり	46円
夜勤職員配置加算Ⅱ(ロ)	1日あたり	18円
看護体制加算Ⅰ(ロ)	1日あたり	4円
看護体制加算Ⅱ(ロ)	1日あたり	8円
自立支援促進加算【変更】	1月毎	280円
科学的介護推進体制加算Ⅰ	1月毎	40円
科学的介護推進体制加算Ⅱ	1月毎	50円
ADL維持等加算Ⅰ	1月毎	30円
ADL維持等加算Ⅱ	1月毎	60円
個別機能訓練加算Ⅰ	1日あたり	12円
個別機能訓練加算Ⅱ	1月毎	20円
個別機能訓練加算Ⅲ【新設】	1月毎	20円
栄養マネジメント強化加算	1日あたり	11円
療養食加算	1回につき	6円
経口移行加算	1日あたり	28円
経口維持加算Ⅰ	1月毎	400円
経口維持加算Ⅱ	1月毎	100円
口腔衛生管理加算Ⅰ	1月毎	90円
口腔衛生管理加算Ⅱ	1月毎	110円
褥瘡マネジメント加算Ⅰ	1月毎	3円
褥瘡マネジメント加算Ⅱ	1月毎	13円
排泄支援加算Ⅰ	1月毎	10円
排泄支援加算Ⅱ	1月毎	15円
排泄支援加算Ⅲ	1月毎	20円
安全対策体制加算	1回につき	20円
サービス提供体制強化加算Ⅰ	1日あたり	22円

サービス提供体制強化加算Ⅱ	1日あたり	18円
サービス提供体制強化加算Ⅲ	1日あたり	6円
介護職員等処遇改善加算Ⅰ【新設】	1月毎	月額算定した所定単位の 14.0%
介護職員等処遇改善加算Ⅱ【新設】	1月毎	月額算定した所定単位の 13.6%
介護職員等処遇改善加算Ⅲ【新設】	1月毎	月額算定した所定単位の 11.3%
介護職員等処遇改善加算Ⅳ【新設】	1月毎	月額算定した所定単位の 9.0%
協力医療機関連携加算Ⅰ【新設】	1月毎	50円
協力医療機関連携加算Ⅱ【新設】	1月毎	5円
高齢者施設等感染対策向上加算Ⅰ【新設】	1月毎	10円
高齢者施設等感染対策向上加算Ⅱ【新設】	1月毎	5円
新興感染症等施設療養費【新設】	1日あたり	240円
認知症チームケア推進加算Ⅰ【新設】	1月毎	150円
認知症チームケア推進加算Ⅱ【新設】	1月毎	120円
退所時栄養情報連携加算【新設】	1回につき	70円
生産性向上推進体制加算Ⅰ【新設】	1月毎	100円
生産性向上推進体制加算Ⅱ【新設】	1月毎	10円

(3) 看取り介護加算

※2割・3割負担については、所得に応じてこちらの金額に2または3を乗じた金額になります。

1 割 負 担 額		
(1) 死亡日以前31日以上45日以下	1日につき	72円
(2) 死亡日以前4日以上30日以下	1日につき	144円
(3) 死亡日以前2日及び3日	1日につき	680円
(4) 死亡日		1,280円

(4) 食費 *経管栄養含む(1日あたり) 1,600円

【基準費用額 1,445円】

※負担限度額認定を受けている場合には、介護保険負担限度額認定証に記載している負担限度額となります。

区 分	負担限度額
入居者負担第1段階	300円
入居者負担第2段階	390円
入居者負担第3段階—①	650円
入居者負担第3段階—②	1,360円
入居者負担第4段階以上	1,600円

(5) 居住費 (1日あたり) 2,150円

【基準費用額 2,066円】

※負担限度額認定を受けている場合には、介護保険負担限度額認定証に記載している負担限度額となります。

区 分	負担限度額
入居者負担第1段階	880円
入居者負担第2段階	880円
入居者負担第3段階—①	1,370円
入居者負担第3段階—②	1,370円
入居者負担第4段階以上	2,150円

(6) 入居期間中の入院または外泊した期間の取扱い

※2割・3割負担については、所得に応じてこちらの金額に2または3を乗じた金額になります。

入 院 (1日あたり)	246円 (1割負担額)	ただし入院日の翌日から6日間
外 泊 (1日あたり)	246円 (1割負担額)	ただし1ヶ月間に6日間まで

※入院又は外泊した場合でも、居住費は本人のお部屋として確保してあるため入居者個人負担金(居住費)は頂くこととなります。

(7) その他の料金

① 理美容費

1回あたり 1,900円～

※ご利用内容により金額が異なります。

② 日常生活品の購入代金等、入居者にご負担いただくことが適当であるものにつきましては、ご持参いただくか実費でのご負担となります。

洗 濯 料	施設内で洗濯可能な衣類等については無料ですが、クリーニングを必要とするものについては実費ご負担いただきます。
衣 類	下着、パジャマ、普段着、タオル等についてはご持参いただくか、入居者負担となります。
日 用 品	歯ブラシ、歯磨き粉、化粧品等はご持参いただくか、入居者負担となります。
栄養補助食品	食事での栄養が不十分な際は、本人又は家族様の同意の上で栄養補助食品を提供し負担いただきます。
嗜 好 品	個人の趣味、嗜好品(菓子、タバコ、お酒等)は入居者負担となります。
教養娯楽品	個人用の新聞、雑誌等は入居者負担となります。
通 信 費	個人の電話代、郵送代は入居者負担となります。
電 気 料	個人使用のテレビ、冷蔵庫、パソコン、ラジカセ、電気毛布等の使用については入居者の実費負担となります。 ○テレビ、冷蔵庫 月額500円 ○電気毛布、パソコン 月額300円 ○ラジカセ、電気剃刀、電気ポット、その他 月額100円

※電気料にしまして、1ヶ月のうち入居期間が16日間以上の場合、上記料金を頂戴いたします。

ご入居日が16日以降の方や、入居期間中の入院または外泊した期間が1～15日間の方につきましては、その月の電気料は頂戴いたしません。

③ 金銭・貴重品の管理および支払い代行費用(預かり金管理サービス)

入居者の希望により、金銭、貴重品の管理サービスをご利用いただきます。

(利用料金: 1ヶ月あたり 2,000円)

(8) 基本料金の軽減措置等

施設利用料、食費、居住費ともに、軽減・減額の制度がありますのでお尋ねください。

(9) 支払い方法

金融機関口座からの自動引落としになります。

別途、自動払込利用申込書にご記入いただいた指定口座より引落としさせていただきます。毎月20日までに前月分の利用料請求書を送付いたしますので、引落日（毎月27日）の前日までに余裕を持ってご準備お願いいたします。

※27日が土・日曜、祝日の場合、引落し日は翌営業日になります。

※初月のお支払いは手続きに時間を要するため、当施設指定の金融機関口座にお振込お願いいたします。振込先、期日については請求書送付時にお知らせいたします。

お手数おかけしますがよろしくお願いいたします。

※介護保険料の滞納等により、保険給付金が直接事業者に支払われない場合は、当該月の費用を全額お支払いいただきます。お支払いいただきますと、サービス提供証明書を発行いたします。このサービス提供証明書を市町村の窓口に提出しますと自己負担額（費用の1割又は3割と食費ならびに居住費）を除く金額が払い戻されます（償還払い）。

(10) 料金の改正

国が介護保険報酬額や基準費用額、負担限度額等を改正した際は、利用料、食費、居住費等を改正した額とします。

6. 当施設の職員の構成と勤務体制

(1) 職員構成と職務

職 名	員 数	職 務 内 容
施 設 長	1 名	施設の職員および業務を管理します。
事業管理者	1 名	事業所の職員及び業務の管理を行います（施設長が兼務する）。
事 務 長	1 名	施設の職員および業務の管理補佐をします。
医 師	1 名	入居者の健康管理、療養上の指導を行います。
生活相談員	1 名以上	入居者及びその家族に対し、日常生活上の相談・援助等を行います。
介護支援専門員	1 名以上	入居者の施設介護計画を作成し、施設内および他機関との連携を図ります。
管理栄養士	1 名以上	入居者の栄養や身体の状態および嗜好を考慮した献立の作成、調理や指導を行います。
機能訓練指導員	1 名以上	入居者の状況に応じ、機能回復・機能維持に必要な訓練を行います。
看護職員	3 名以上	入居者の健康保持のための適切な措置をとります。
介護職員	30 名以上	入居者の生活全般の介護、援助を行います。
事 務 員	2 名以上	財務・会計、総務等の事務処理を行います。

※短期入所生活介護の職務と兼務とする。

(2) 基本勤務体制

早 番	7 : 0 0 ~ 1 6 : 0 0
日 勤	9 : 0 0 ~ 1 8 : 0 0
遅 番	1 3 : 0 0 ~ 2 2 : 0 0
夜 勤	2 2 : 0 0 ~ 翌 7 : 0 0

7. 個人情報の取り扱い

(1) 利用目的

当施設では、入居者から提供された入居者本人および身元引受人・家族等に関する個人情報を、下記の目的以外に使用いたしません。

①入居者に提供する介護サービス等

②介護保険事務

③入居者のために行う管理運営業務（入退所等の管理、会計、事故報告、介護・医療サービスの向上等）

④施設のために行う管理運営業務（介護サービスや業務の維持、改善の基礎資料の作成、施設等において行われる学生等の実習への協力、職員の教育のために行う事例研究等）

(2) 第三者への提供

当施設では、下記の利用目的のために入居者および身元引受人・家族の個人情報を第三者に提供することがあります。

- ①介護保険事務などの施設業務の一部を外部事業者へ業務委託を行う場合
- ②他の介護事業所等との連携（サービス担当者会議等）及び連絡調整が必要な場合
- ③入居者の受診等にあたり、外部の医師の意見・助言を求めるため会議録やケアプラン等を提供する場合
- ④家族・身元引受人等への心身状態や生活状況の説明
- ⑤研修等の実習生やボランティアの受け入れにおいて必要な場合
- ⑥保険事務の委託（一部委託含む）
- ⑦損害賠償保険などの請求に係る保険会社等への相談又は届出等
- ⑧保険者等、行政機関や他の関係機関からの照会への回答
- ⑨外部監査機関、評価機関等への情報提供
- ⑩介護保険審査支払い機関へのレセプト請求及び、介護保険審査支払機関からの照会への回答

(3) 入居者に関するお問い合わせへの対応

当施設では、入居者に関する来園やお電話でのお問い合わせに対し、慎重に対応させていただいており、入居者のプライバシーに関わる個人情報につきましては（2）の場合を除き外部に対し情報提供いたしません。入居者が施設を利用されているかどうかについてのみ、お問い合わせに対して情報提供させていただきます。

お問い合わせに対し回答して欲しくない方のご指定や、情報提供範囲についてのご希望がある場合は遠慮無くお申し出ください。

(4) 第三者評価の実施状況

第三者評価は実施しておりません。

8. 緊急時の対応方法

- (1) 事故が発生した場合は、入居者に対し応急措置、医療機関への搬送等の策を講じるとともに、すみやかに家族等および関係諸機関に事故の発生状況および今後の対応等について報告します。
- (2) 施設は、サービスの提供に伴って、施設の責めに帰すべき事由により入居者の生命・身体・財産に損害を及ぼした場合は、入居者に対してその損害を賠償します。
- (3) 施設は自己の責めに帰すべき理由がない限り、損害を賠償しません。とりわけ以下に示す場合には、その賠償責任を免れます。
 - ①入居者または代理人が、契約締結時にその心身の状況および病歴等の重要事項について、故意にこれを告げずまたは不実の告知を行ったことに専ら起因して損害が発生した場合
 - ②入居者または代理人が、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、故意にこれを告げず、または不実の告知を行ったことに専ら起因して損害が発生した場合
 - ③入居者の急激な体調の変化や不慮の転倒・転落等、事業者の実施したサービスを原因としない事由に専ら起因して損害が発生した場合
 - ④入居者が、事業者もしくはサービス従事者の指示・依頼に反して行った行為に専ら起因して損害が発生した場合
- (4) 入居者の身体的状況
老人性骨粗鬆症は、加齢とともにその発生率が増大し、ちょっとした動作や外力によって骨折を起こすことがあります。ご承知おきください。

9. 非常災害時の対応

当施設は、火災、地震、水害等の非常災害に関して具体的な対処計画を立て、それらの非常災害に備えて、定期的に避難・救出、その他の必要な訓練を行っています。

10. 協力医療機関

入居中に健康状態が悪化した場合は協力医療機関に受診いたします。協力医療機関への送迎は当施設でいたします。なお、家族が希望する医療機関への受診時は、家族の送迎でお願いいたします。

- ・医療法人 桑名医院
福島県伊達市片町4-1
電話番号 024(583)3024 (代)
- ・医療法人社団敬愛会 福島西部病院
福島県福島市東中央三丁目1-5
電話番号 024(533)2121 (代)
- ・医療法人社団敬愛会 福島セントラルクリニック
福島県福島市早稲町8-2-2
電話番号 024(522)7701 (代)
- ・公立藤田総合病院
福島県伊達郡国見町大字塚野目字三本木1-4
電話番号 024(585)2121 (代)
- ・医療法人 伊藤皮フ科クリニック
福島県伊達市岡前2-0-1
電話番号 024(551)1121 (代)

11. サービス内容に対する苦情の受付

- (1) 苦情は、面接、電話、手紙等により、苦情受付担当者が随時受け付けします。

苦情受付担当者 生活相談員 菅野 孟紀
解決責任者 施設長 瀬尾 美貴子
電話番号 024(563)6077
(受付時間：平日 午前9時00分～午後6時00分)

また、当法人の第三者委員に直接苦情を申し出ることもできます。

第三者委員 渡邊 美昭
電話番号 024(582)4858
第三者委員 林部 裕樹
電話番号 024(567)5342

- (2) 苦情受付の報告と確認

苦情受付担当者が受付けた苦情は、苦情解決責任者と第三者委員に報告いたします。
ただし、苦情を申し出た方が、第三者委員への報告を拒否した場合は、その限りではありません。第三者委員は、内容を確認し、苦情を申し出た方に対して報告を受けた旨を通知します。

- (3) 苦情解決のための話し合い

苦情解決責任者は、苦情を申し出た方と誠意をもって話し合い、解決に努めます。その際、苦情を申し出た方は、第三者委員の助言や立会いを求めることが出来ます。
なお、第三者委員立会いによる話し合いは、次により行います。

- ①第三者委員による苦情内容の確認
- ②第三者委員による解決案の調整および助言
- ③話し合いの結果や改善事項等の確認

- (4) 福島県運営適正化委員会の紹介

当事業者で解決できない苦情は、福島県運営適正化委員会に申し立てることが出来ます。

事務局 〒960-8141 福島市渡利字七社宮1-1-1
福島県総合社会福祉センター2階
電話番号 024(523)2943

12. その他の留意事項

- (1) 契約期間

- ①入居者が要介護認定の更新で要介護者（要介護3～要介護5）と認定された場合は、文書により契約終了の申し出がない場合、自動更新となります。

②入居者が要介護認定の更新で要介護者（要介護 1～要介護 2）と認定された場合は、下記要件のいずれかに該当し、かつ、保険者へ特例申請をする事で、契約更新することができます。

ア) 認知症である者であって、日常生活に支障をきたすような症状・行動や意思疎通の困難さが頻繁に見られること

イ) 知的障害・精神障害等を伴い、日常生活に支障をきたすような症状・行動や意思疎通の困難さが頻繁に見られること

ウ) 家族等による深刻な虐待が疑われること等により、心身の安全・安心の確保が困難であること

エ) 単身世帯である、同居家族が高齢又は病弱である等により家族等による支援が期待できず、かつ、地域での介護サービスや生活支援の供給が不十分であること

(2) 入居手続き

入居にあたっては、入居契約を締結いたします。

入居と同時に施設サービスを開始します。

(3) 退居手続き

①入居者の都合で退居される場合

退居を希望する日の 7 日前までに文書でお申し出ください。

②自動終了

以下の場合、双方の通知がなくても、自動的にサービスを終了いたします。

ア) 入居者がほかの介護保険施設に入居した場合

イ) 介護保険給付でサービスを受けていた入居者の要介護認定区分が、非該当（自立）または要支援と認定された場合

※この場合、該当区分の有効期限内に退居していただきます。

ウ) 入居者が要介護認定の更新で要介護者（要介護 1～要介護 2）と認定された場合で（1）②のア～エの要件に該当しない場合

エ) 入居者がお亡くなりになった場合

オ) 入居者がサービス利用料金の支払いを 3 ヶ月以上遅延し、料金を支払うよう催告した日から 30 日を超えて支払わない場合。または入居者や家族などが当施設や当施設の従業員に対して本契約を継続しがたいほどの背信行為を行った場合は、退居していただくことがあります。この場合、契約終了 30 日前までに文書で通知いたします。

カ) 入居者が、病院または診療所に入院し、明らかに 3 ヶ月以内に退院できる見込みがない場合、または入院後 3 ヶ月を経過しても退院できないことが明らかになった場合、文書で通知の上、契約を終了させていただきます。入院後 3 ヶ月を経過し、再度入居を希望される場合は、改めてお申込みいただくようになります。

キ) やむを得ない事情により、当施設を閉鎖または縮小する場合、契約を終了し、退居していただく場合があります。この場合、契約終了 30 日前までに文書で通知いたします。

(4) 施設利用に当たっての留意事項

①面 会

面会時間は特に定めておりません。午前 9 時から午後 6 時までの間、ご都合の良い時間にお越しください。

※感染症対策のため、面会を制限させていただく場合もあります。

ご理解、ご協力の程よろしく願いいたします。

②外出・外泊

食事準備の関係がありますので、5 日前までにご連絡、または外出・外泊届けをご提出ください。

※キャンセル当日の 5 日前までに連絡を頂かなかった場合は、食事代が発生します。

③喫煙・飲酒

基本的に各自の判断にお任せしたいと思いますが、体調や日々の生活に支障がない程度でお願いいたします。喫煙については所定の場所をお願いいたします。

また、飲酒については各自の居室でお願いいたします。

なお、自己管理できない方および当施設で自己管理できないと判断した場合は、介護員室でお預かりさせていただき、入居者の希望により提供いたします。

④所持品の持ち込みについて

可燃物、刃物、劇薬指定物等、入居者の共同生活の場として不適切なものについての持ち込みは一切お断りいたします。

⑤施設外での受診について

当施設の嘱託医の判断により、受診および入院が必要とされた場合の送迎については施設負担で行います。ただし、入居者またはご家族の希望による受診は、ご家族等で送迎をお願いいたします。

⑥入院時の対応について

入居者が入院した際の付き添いその他の対応については、ご家族等でお願いいたします。

⑦施設、設備の使用上の注意

ア) 居室および共用施設・敷地は、その本来の用途に従って利用してください。

イ) 故意に、またはわずかな注意を払えば避けられたのにもかかわらず、施設、設備を壊したり汚したりした場合には、入居者の自己負担により現状に戻していただくか、または相当の代価をお支払いいただく場合があります。

ウ) 入居者に対するサービスの実施および安全衛生上や管理上の必要があると認められる場合、入居者の居室内に立ち入り、必要な措置をとることができるものとします。ただし、その場合ご本人のプライバシー等の保護について十分な配慮を行います。

エ) 当施設の他の入居者や職員に対し、迷惑を及ぼすような行為および宗教活動、営利活動を行うことはできません。

⑧金銭・貴重品の管理

個人で所持の場合は、なるべく最小限にしてください。その場合は、原則的に自己管理になりますので、万が一紛失等の際は施設での責任は負いかねます。

⑨所持品の持ち込み

すべての物に氏名を記入してください。

⑩家具・テレビ等電化製品・植物の持ち込み

希望される方は、事前に申し出て許可を得るようにしてください。

⑪協力医療機関以外の受診

緊急の場合を除き、受診手続き・通院等は、原則として家族の方に行って頂くことになります。

⑫宗教活動・政治活動

施設内での他の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。

⑬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いたします。

⑭居室の変更

入居者からの居室の変更希望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、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。その際は、入居者や家族等と協議のうえ決定するものとします。

⑮空床利用

入居者の入院期間が1週間を超えるときは、入居者に予め説明を行い同意をいただいた上で、退院までの期間使用していないベッドをショートステイの居室として使用させていただく場合があります。

その場合、入院期間中の所定の利用料金及びショートステイの利用料金の負担はありません。

特別養護老人ホーム だて緑風園 入居にあたり、入居者に対して契約書および本書面に基づいて重要な事項の説明をいたしました。

重要事項説明日

令和

年

月

日

<事業所>

所在地 福島県伊達市馬場口36番地の1

名称 社会福祉法人 緑風福祉会
特別養護老人ホーム だて緑風園

代表者名 施設長 瀬尾 美貴子 印

説明者 職名 生活相談員
氏名 印

私は、契約書及び本書面により、特別養護老人ホーム だて緑風園 についての重要事項の説明を受け、同意いたしました。

【入居者本人】

住所

氏名 印

【本人家族】

住所

氏名 印

続柄（ ）