

ケアハウスきよさと

【軽費老人ホーム】

【外部サービス利用型（介護予防）特定施設入居者生活介護】

利用契約重要事項説明書

当施設は介護保険の指定を受けています。

事業所番号 0175300763

清里町社会福祉協議会

1. 施設運営法人

法人名称	社会福祉法人 清里町社会福祉協議会
法人所在地	北海道斜里郡清里町羽衣町35番地35
代表者名	会長 横井英治
電話番号	0152-22-4840
設立年月日	昭和55年12月10日

2. ご利用施設

施設名称	ケアハウスきよさと
施設所在地	北海道斜里郡清里町羽衣町35番地34
施設長名	坂井孝次
電話番号	0152-25-3588
開設年月日	平成30年10月1日
入居定員	50名（内30名（介護予防）特定入居者利用可能）

3. 施設運営の方針

【軽費老人ホーム】

高齢化が急速に進展し、独居老人、老夫婦世帯が増加しており、住宅事情や家庭環境に恵まれない高齢者や虚弱老人の生活不安を解消し、安心して生活できるような場所を提供します。

また、心身の状態に応じた適切な処遇と必要な機能回復訓練を行い、健康で明るい生きがいのある楽しい共同生活が送れるように支援、運営します。

【外部サービス利用型（介護予防）特定施設入居者生活介護】

特定施設サービス計画に基づき、事業所が委託する指定居宅サービス事業者による受託居宅サービスを適切かつ円滑に提供することにより、契約者の心身機能の維持を図り契約者の有する能力に応じて、自立した生活を営むことができるように支援します。

4. ご利用要件

- (1) 年齢が60歳以上であること。ただし、入居者の配偶者と共に入居する場合は、いずれか一方が60歳以上であれば入居できます。
- (2) 家族と同居することが困難で、支援を受けられないこと。
- (3) 伝染性疾患がなく、かつ共同生活が可能であること。
- (4) 生活費に充てることのできる所得等があり、所定の利用料を継続的に支払うことが可能であること。
- (5) 確実な保証能力のある身元引受人を2人以上立てること。

5. 施設の概要

構 造	鉄筋コンクリート3階建て	
延床面積	3193.29 m ²	
1人部屋	50室	26.68 m ²
食 堂	1室	151.19 m ²
集 会 室	1室	103.99 m ²
大 浴 室	男女各1室	35.00 m ²

6. 職員体制

体 制	職員数		職務内容
	軽費老人ホーム	特定施設	
施 設 長	1名（常勤/兼務）		施設内総括、管理業務
生 活 相 談 員	1名（常勤/兼務）		日常生活の相談支援業務
介 護 職 員	2名（常勤）	1名（常勤）	日常生活の介護支援業務
計画作成担当者	—	1名 （常勤/兼務）	特定施設サービス計画の作成
事 務 員	1名	—	会計、庶務業務

7. 施設サービスの内容

食 事	<p>栄養士の立てる献立表により、入居者の諸状況、栄養、嗜好を考慮した食事を提供します。また、契約者の自立支援のため、原則として食事は食堂で食べていただきます。</p> <p>【食事時間】</p> <p>（朝食） 午前 7時30分～午前 8時30分</p> <p>（昼食） 午後 0時00分～午後 1時00分</p> <p>（夕食） 午後 5時00分～午後 6時00分</p>
入 浴	<p>男女別の浴槽があり、週6日入浴できます。（月～土）</p> <p>※外部サービス利用型（介護予防）特定施設入居者生活介護の方については、入浴または清拭を最低週2回行います。</p> <p>【入浴時間】</p> <p>（女性）午前10時30分～午後 7時00分</p> <p>（男性）午前11時00分～午後 7時00分</p>
排 泄	<p>外部サービス利用型（介護予防）特定施設入居者生活介護の方に対して、排泄の自立が困難な契約者には身体機能能力を最大限活用した援助を行います。</p>
健 康 管 理	<p>緊急時はナースコールを押してください。24時間対応します。</p> <p>インフルエンザ、ノロウイルスなどの感染症の蔓延を防止するため、①熱がある ②吐き気がある ③嘔吐した ④咳が続く等、普段と比べて体調に変化があるときは、速やかに職員にお知らせください。</p>

相 談 支 援	職員が入居者やご家族からの様々なご相談に対し、誠意をもって対応します。
安 否 確 認	届出なく姿が確認できない場合は、居室へ訪問し安否確認を行います。ノックしても応答がない場合は、職員の判断により入室させていただきますので、ご理解ください。

8. 非常災害時の対応

非常時の対応	別途定める防火管理規定並びに消防計画に基づき対応を行います。
平常時の訓練等	別途定める消防計画に基づき、避難誘導訓練（入居者参加型）等の訓練を年2回以上実施します。

9. 緊急及び事故発生時の対応

入居者に病状等の急変や事故が生じた場合には、速やかに処置を行うとともに、ご家族及び医療機関への連絡、状況等の記録を行います。また、施設側の不備等に起因する事故により損害が発生したときは、速やかに補償を行います。

10. ご留意事項

- ① 外出先が町外であるとき及び、外泊するときは届出が必要となります。
- ② 外出からは、原則午後9時までに施設にお戻りください。時間内に帰宅できない事由が生じた場合は、事務所までご連絡ください。
- ③ 施設や居室の設備器具、備品は、使用方法を守って大切にお使いください。これに反した使用により設備器具等に破損が生じたときは、弁償していただく場合があります。
- ④ 居室内の喫煙等による火気取扱いは原則禁止とします。喫煙も同様とします。
- ⑤ 騒音、宗教活動、政治活動、ペットの持ち込みなど、他入居者の迷惑となる行為、誹謗中傷、施設の秩序を乱す自分勝手な行為は行わないでください。
- ⑥ 面会時間は原則午後9時までとします。この時間以降の面会は事前に事務所に連絡してください。
- ⑦ 居室変更を希望される場合は、空き部屋状況等を施設側で検討し、その可否を決定します。ご希望に添えない場合があることをご理解ください。
- ⑧ 施設側から契約者の心身状況によって居室の変更が必要と認められた場合には、居室の変更をお願いする場合があります。その際は、入居者及びご家族等の協議により決定するものとします。
- ⑨ 外出・外泊等で食事が不要のときは、前日の午後5時までに届出した場合に限り、1食単位で食事代を減額します。
- ⑩ 飲酒後の入浴は禁止とします。また浴室は共同使用となりますので、マナーを守り、浴槽内で体を洗う、洗濯をする、白髪染めをする、汚物を流す等の行為はしないでください。
- ⑪ ご家族がケアハウスへの宿泊を希望された場合は、有料でゲストルーム（寝具あり）、食事を利用することが可能です。

1 1. 苦情の受付について

施設やサービスに対する苦情や相談については、電話、面談等でお受けします。

事業所又は施設名	ヶハウスきよさと
サービス種類	軽費老人ホーム 外部サービス利用型特定施設入居者生活介護 外部サービス利用型介護予防特定入居者生活介護

苦 情 処 理 の 概 要																	
1	<p>利用者からの相談又は苦情等に対する常設の窓口（連絡先）、担当者の設置相談、苦情に対する常設の窓口として、相談担当者を配置しています。また、担当者が不在の時は、基本的な事項について全職員が対応できるようにするとともに、相談担当者に対応の状況を随時引き継ぎます。</p> <p>【口授応答の対応窓口】</p> <table border="1"> <tr> <td>苦情受付担当者</td> <td>介護支援専門員 本宮 直樹 生活相談員 成戸 円香</td> </tr> <tr> <td>受付時間</td> <td>月曜日から金曜日 午前9時～午後5時</td> </tr> <tr> <td>電話番号</td> <td>0152-25-3588</td> </tr> <tr> <td>苦情解決責任者</td> <td>施設長 坂井 孝次</td> </tr> </table> <p>(その他の苦情受付機関)</p> <table border="1"> <tr> <td>清里町社会福祉協議会</td> <td>0152-22-4840</td> </tr> <tr> <td>清里町役場 保健福祉課</td> <td>0152-25-3847</td> </tr> <tr> <td>北海道庁 保健福祉部 高齢者保健福祉課</td> <td>011-231-4111 (代表)</td> </tr> <tr> <td>北海道国民健康保険団体連合会</td> <td>011-231-5161</td> </tr> </table>	苦情受付担当者	介護支援専門員 本宮 直樹 生活相談員 成戸 円香	受付時間	月曜日から金曜日 午前9時～午後5時	電話番号	0152-25-3588	苦情解決責任者	施設長 坂井 孝次	清里町社会福祉協議会	0152-22-4840	清里町役場 保健福祉課	0152-25-3847	北海道庁 保健福祉部 高齢者保健福祉課	011-231-4111 (代表)	北海道国民健康保険団体連合会	011-231-5161
苦情受付担当者	介護支援専門員 本宮 直樹 生活相談員 成戸 円香																
受付時間	月曜日から金曜日 午前9時～午後5時																
電話番号	0152-25-3588																
苦情解決責任者	施設長 坂井 孝次																
清里町社会福祉協議会	0152-22-4840																
清里町役場 保健福祉課	0152-25-3847																
北海道庁 保健福祉部 高齢者保健福祉課	011-231-4111 (代表)																
北海道国民健康保険団体連合会	011-231-5161																
2	<p>円滑かつ迅速に苦情処理を行うための処理体制・手順</p> <p>苦情があった場合は、ただちに相談担当者が相手方に連絡を取り、直接詳しい事情をきくとともに、担当者からも事情を確認します。</p> <p>相談担当者が必要と判断した場合は、施設長まで含めて検討会議を行います（検討会議を行わない場合も、必ず施設長まで処理結果を報告します）。</p> <p>検討後速やかに対応し、苦情処理内容を台帳に記録し、再発防止に努めます。</p>																
3	<p>その他、参考事項</p> <p>苦情マニュアルの整備、研修、職員会議などを充実し、苦情が出ないようなサービス提供に努めます。</p>																

軽費老人ホーム

1. 施設利用料金

(単位：円)

		費用 (一人月額)					
		サービスの提供に要する費用	生活費	居住に要する費用	居室分の光熱水費	合計金額	
						5～9月	10～4月
1	1,500,000 以下	10,000	43,700	10,000	5,000	68,700	76,800
2	1,500,000～1,600,000	13,000	(10～4月の間は8,100加算)			71,700	79,800
3	1,600,001～1,700,000	16,000				74,700	82,800
4	1,700,001～1,800,000	19,000				77,700	85,800
5	1,800,001～1,900,000	22,000				80,700	88,800
6	1,900,001～2,000,000	25,000				83,700	91,800
7	2,000,001～2,100,000	30,000				88,700	96,800
8	2,100,001～2,200,000	35,000				93,700	101,800
9	2,200,001～2,300,000	40,000				98,700	106,800
10	2,300,001～2,400,000	45,000				103,700	111,800
11	2,400,001～2,500,000	50,000				108,700	116,800
12	2,500,001～2,600,000	57,000				115,700	123,800
13	2,600,001～2,700,000	58,800				117,500	125,600
14	2,700,001～2,800,000	58,800				117,500	125,600
15	2,800,001～2,900,000	58,800				117,500	125,600
16	2,900,001～3,000,000	58,800				117,500	125,600
17	3,000,001～3,100,000	58,800				117,500	125,600
18	3,100,001 以上	58,800				117,500	125,600

① この表における対象収入とは、前年の収入から租税、社会保険料、医療費等の必要経費を控除した後の収入を言います。

② 国、北海道のケアハウス設置運営要綱改正に伴い、各単価は変動します。

③ 月途中に入退去があった場合、生活費は実利用日を基準に日割り計算します。

④ 夫婦で入居する場合は、夫婦の収入及び必要経費を合算し、合計額の1/2をそれぞれ個々の対象収入とし、その額が150万円以下に該当する場合は夫婦それぞれのサービス提供に要する費用及び生活費については上記の額から30%減額した額とします。

⑤ 居室分の光熱水費の内訳は、電気料金、上下水道料金です。

※ その他の費用として、居室に係る以下の費用については、入居者の実費負担となります。

① 電話料金

② 居室内の蛍光灯、トイレトペーパーなどの消耗品

(入院等長期不在の利用料について)

(1) 入院(2週間以上)における長期不在の場合

「サービスの提供要する費用」と「居住に要する費用」は全額負担とします。
また、「生活費」と「光熱水費」は、月額利用料を日割り計算します。

(2) 自己都合での長期不在の場合

- ・不在期間が1ヶ月未満
欠食分を減額し、それ以外は全額負担とします。
- ・不在期間が1ヶ月以上
生活費を減額し、それ以外は全額負担とします。

(施設利用料金のお支払いについて)

- ・毎月15日までに、前月サービス分の料金を記載した請求明細書をお渡しいたします。その月の末日までにお支払いください。
なお、お支払方法は、指定口座への払い込みまたは自動振替によりお支払いください。

外部サービス利用型（介護予防）特定施設入居者生活介護

1. 施設利用料金

（単位：円）

		費 用（一人月額）					
		サービスの提供に要する費用	生活費	居住に要する費用	居室分の光熱水費	合計金額	
						5～9月	10～4月
1	1,500,000 以下	10,000	43,700	10,000	5,000	68,700	76,800
2	1,500,000～1,600,000	13,000	（10～4月の間は8,100加算）			71,700	79,800
3	1,600,001～1,700,000	16,000				74,700	82,800
4	1,700,001～1,800,000	19,000				77,700	85,800
5	1,800,001～1,900,000	22,000				80,700	88,800
6	1,900,001～2,000,000	25,000				83,700	91,800
7	2,000,001～2,100,000	30,000				88,700	96,800
8	2,100,001～2,200,000	35,000				93,700	101,800
9	2,200,001～2,300,000	40,000				98,700	106,800
10	2,300,001～2,400,000	45,000				103,700	111,800
11	2,400,001～2,500,000	50,000				108,700	116,800
12	2,500,001～2,600,000	57,000				115,700	123,800
13	2,600,001～2,700,000	58,800				117,500	125,600
14	2,700,001～2,800,000	58,800				117,500	125,600
15	2,800,001～2,900,000	58,800				117,500	125,600
16	2,900,001～3,000,000	58,800				117,500	125,600
17	3,000,001～3,100,000	58,800				117,500	125,600
18	3,100,001 以上	58,800				117,500	125,600

① この表における対象収入とは、前年の収入から租税、社会保険料、医療費等の必要経費を控除した後の収入を言います。

② 国、北海道のケアハウス設置運営要綱改正に伴い、各単価は変動します。

③ 月途中に入退去があった場合、生活費は実利用日を基準に日割り計算します。

④ 夫婦で入居する場合は、夫婦の収入及び必要経費を合算し、合計額の1/2をそれぞれ個々の対象収入とし、その額が150万円以下に該当する場合は夫婦それぞれのサービス提供に要する費用及び生活費については上記の額から30%減額した額とします。

⑤ 居室分の光熱水費の内訳は、電気料金、上下水道料金です。

※ その他の費用として、居室に係る以下の費用については、入居者の実費負担となります。

- ① 電話料金
- ② 居室内の蛍光灯、トイレトペーパーなどの消耗品

(入院等長期不在の利用料について)

(1) 入院(2週間以上)における長期不在の場合

「サービスの提供要する費用」と「居住に要する費用」は全額負担とします。

また、「生活費」と「光熱水費」は、月額利用料を日割り計算します。

(2) 自己都合での長期不在の場合

・不在期間が1ヶ月未満

欠食分を減額し、それ以外は全額負担とします。

・不在期間が1ヶ月以上

生活費を減額し、それ以外は全額負担とします。

(施設利用料金のお支払いについて)

・毎月15日までに、前月サービス分の料金を記載した請求明細書をお渡しいたしますので、その月の末日までにお支払いください。

なお、お支払方法は、指定口座への払い込みまたは自動振替によりお支払いください。

2. 当施設が提供するサービスと特定施設サービス利用料金

当施設では、ご契約者に対して以下のサービスを提供します。

(1) 介護保険の給付の対象となるサービス

以下のサービスについては、利用料金の大部分が介護保険から給付されます。

サービスの提供は、当事業所が特定施設サービス計画の作成、契約者の安否の確認、利用者の生活相談等を行うとともに、委託する指定居宅サービス事業者(以下、受託居宅サービス事業者という)によって、特定施設サービス計画に基づき、契約者が当該施設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、入浴、排泄、食事等の介護その他の日常生活上の世話、機能訓練及び療養上の世話(以下、受託居宅サービスという)を行います。

特定施設サービス利用料金

(サービス利用料金)

下記のサービス単位表によって、契約者の要支援度に応じたサービス利用料金から介護保険給付費額を除いた金額(自己負担額)をお支払いください。(上記サービスの利用料金は、契約者の要支援度に応じて異なります。)

【指定介護予防】

(1) それぞれのサービスについての利用料金は次の通りです。

① 基本サービス料金

57円/日

② 受託居宅サービス利用料

契約者が負担する額は当施設にお支払いください。サービスを提供する事業所に直接支払う必要がありません。

「指定介護予防訪問介護」

区 分	要 件	要支援1	要支援2
介護予防訪問介護Ⅰ	週1回程度の介護予防訪問介護が必要とされた方	1,032円/月	1,032円/月
介護予防訪問介護Ⅱ	週2回程度の介護予防訪問介護が必要とされた方	2,066円/月	2,066円/月
介護予防訪問介護Ⅲ	週2回を超える程度の介護予防訪問介護が必要とされた方	—	3,277円/月

「指定介護予防通所介護」

区 分	要支援1	要支援2
自己負担額	1,511円/月	3,099円/月

「指定介護予防訪問看護」（指定訪問看護ステーション）

所要時間20分未満	273円/回
所要時間30分未満	406円/回
所要時間30分以上1時間未満	715円/回
所要時間1時間以上1時間30分未満	981円/回

「指定介護予防訪問看護」（病院又は診療所）

所要時間20分未満	230円/回
所要時間30分未満	344円/回
所要時間30分以上1時間未満	498円/回
所要時間1時間以上1時間30分未満	733円/回

「指定介護予防訪問リハビリテーション」

1回につき	268円
-------	------

「指定介護予防通所リハビリテーション」

区 分	要支援1	要支援2
料金	2,041円/月	3,805円/月

「指定介護予防福祉用具貸与」

現に福祉用具貸与に要した単位数です。

【指定介護】

(1) それぞれのサービスについての利用料金は次の通りです。

- ① 基本サービス料金 84円/日
- ② 受託居宅サービス利用料

契約者が負担する額は当施設にお支払いください。サービスを提供する事業所に直接支払う必要がありません。

「指定訪問介護」

身体介護が中心である場合	所要時間15分未満	94円/回
	所要時間15分以上30分未満	189円/回
	所要時間30分以上45分未満	256円/回
	所要時間45分以上1時間未満	341円/回
生活援助が中心である場合	所要時間15分未満	48円/回
	所要時間15分以上30分未満	94円/回
	所要時間30分以上45分未満	142円/回
	所要時間45分以上1時間未満	190円/回
通院等のための乗降介助	片道あたり	85円/回

「指定通所介護」

区分	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
料金	678円/回	801円/回	929円/回	1,055円/回	1,181円/回

「指定介護通所リハビリテーション」

区分	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
料金	644円/回	765円/回	883円/回	1,023円/回	1,161円/回

「指定訪問看護」(指定訪問看護ステーション)

所要時間20分未満	283円/回
所要時間30分未満	424円/回
所要時間30分以上1時間未満	741円/回
所要時間1時間以上1時間30分未満	1,015円/回

「指定訪問看護」(病院又は診療所)

所要時間20分未満	239円/回
所要時間30分未満	359円/回
所要時間30分以上1時間未満	517円/回
所要時間1時間以上1時間30分未満	760円/回

「指定介護福祉用具貸与」

現に福祉用具貸与に要した単位数です。

※ 介護保険からの給付額に変更があった場合、変更された額に合わせて、ご利用者の負担額を変更します。

2. 受託居宅サービス事業者及び受託居宅サービスの事業所の名称及び所在地

(1) 指定訪問介護及び指定介護予防訪問介護

名 称 社会福祉法人清里町社会福祉協議会指定訪問介護事業所

所在地 斜里郡清里町羽衣町35番地

(2) 地域密着型通所介護及び総合支援事業

名 称 社会福祉法人清里町福祉会デイサービスセンター清楽園

所在地 斜里郡清里町水元町38番地

(3) 指定訪問看護及び指定介護予防訪問看護

名 称 一般社団法人北海道総合在宅ケア事業団

斜里地域訪問看護ステーション

所在地 斜里町青葉町40番地2

名 称 小清水赤十字訪問看護ステーション

所在地 斜里郡小清水町字小清水645番地16号

名 称 一般社団法人 斜里岳の麓にて

きよさとクリニック

所在地 斜里郡清里町羽衣町35番地35

(4) 指定訪問リハビリテーション及び指定通所リハビリテーション

名 称 介護老人保健施設きよさと

所在地 斜里郡清里町羽衣町35番地

(5) 指定福祉用具貸与及び指定介護予防福祉用具貸与

名 称 株式会社家具サロン北装介護レンタル

所在地 北見市東相内町12番地

名 称 有限会社ウエルネスイシイ

所在地 斜里郡清里町水元町8番地

【別紙1】

【個人情報の保護及び利用目的について】

以下に定める条件のとおり、私および家族(身元引受人)は、社会福祉法人清里町社会福祉協議会ケアハウスきよさとが、私及び家族(身元引受人)の個人情報を下記の利用目的の範囲内で取得、使用及び外部サービス事業者等第三者に提供させていただきます。

1. 利用期間

外部サービス利用提供に必要な期間及び入居契約期間に準じます。

2. 利用目的と情報を提供できる第三者の範囲

- (1) 特定施設サービス計画等を作成するため
- (2) 外部サービス事業者間の連携とサービス担当者会議での情報提供のため
- (3) 医療機関、居宅介護支援事業所、地域包括支援センター、外部サービス事業者、行政機関、その他必要に応じた地域団体等との連絡調整のため
- (4) 健康状態の急な変化など主治医の意見を求める必要のある場合
- (5) 事業者内外のケアカンファレンス（支援方法の検討会議）のため
- (6) 適切なサービスを提供する上で、必要不可欠な場合
- (7) 緊急を要する時の連絡等の場合
- (8) 当法人において行われる学生・ボランティア等の実習への協力
- (9) 上記の各号に関わらず、公表している「利用目的」の範囲内

3. 使用条件

- (1) 個人情報の提供は利用目的の範囲内とし、サービス提供に関わる目的以外には決して利用しないこと。また、サービス利用に関わる契約の締結前からサービス終了後においても、第三者に漏らさないこと。
- (2) 個人情報を使用した会議の内容などについてその経過を記録し、請求があれば開示する。

4. 個人情報の保護

入居者の個人情報については、「個人情報の保護に関する法律」及び厚生労働省が策定した「医療・介護関係事業者における個人情報の適切な取り扱いのためのガイドライン」、並びに当法人の「個人情報保護規程」を遵守し、適切な取り扱いを行います。また、職員が得た入居者の個人情報については、原則として施設サービスの提供以外の目的で使用しないものとし、外部への情報提供については必要に応じて入居者又は家族の了解を得るものとします。

【別紙2】

【ケアハウスきよさと退居時におけるお願いと注意事項】

ケアハウスきよさとより退居されるときは、居室の原状回復をして頂くため、居室のクリーニングを専門業者に依頼します。その際の費用はご負担していただきます。

1. 業者名 有限会社 クリーンサービス
〒099-4406 斜里郡清里町水元町18番地
TEL 0152-25-2800

2. 料 金

項 目	金 額
◆ 居室清掃業務 ① 居室床面清掃、及びワックス塗布 ② 居室壁面、窓ガラス及びサッシ清掃 ③ 台所シンク、棚類、IHクッキングヒーター清掃 ④ トイレ便器、床、洗面所の清掃 蛍光灯器具類等の全面清掃	35,112円 (税込み)
家具処理代 (粗大ごみシール込み)	8,250円 (税込み)
合 計	43,362円 (税込み)

※「家具処理代」については、清掃業者に家財道具の処分を依頼した場合のみ、費用が発生いたします。

軽費老人ホームケアハウスきよさとへの入居及び特定施設入居者生活介護の利用に際し、本書面に基づき重要事項の説明を行いました。

ケアハウスきよさと
施 設 長 坂 井 孝 次 ㊞

ケアハウスきよさと入居に伴う利用者負担にかかる同意書

軽費老人ホームケアハウスきよさとへの入居及び特定施設入居者生活介護の利用に際し、本書に基づき重要事項に関するこれらの内容及び【別紙1】、【別紙2】に関して、担当者による説明を受けその内容を十分に理解し同意しました。

年 月 日

【利用者】

住 所

電話番号

氏 名

⑩

【身元引受人】

住 所

電話番号

氏 名

⑩

利用料請求先及び相談・緊急時における連絡先について

【利用料お支払いに伴う請求先】

該当する箇所に✓チェックを該当箇所に記載をしてください。

ご本人（ご利用者様）

ご本人（ご利用者様）以外

※ご本人様のお支払いが難しい場合の請求先

氏 名	(ふりがな)	(続柄)
住 所	〒	
電話番号	(自宅) (携帯)	

【相談及び緊急発生時の連絡先】

第1身元引受人

氏 名	(ふりがな)	(続柄)
住 所	〒	
電話番号	(自宅) (携帯)	

第2身元引受人

氏 名	(ふりがな)	(続柄)
住 所	〒	
電話番号	(自宅) (携帯)	