

1 事業主体

事業主体（法人名）	社会福祉法人 正福会
法人の種類	社会福祉法人
代表者（役職名及び氏名）	理事長 福田 光正
法人所在地	〒583-0033 大阪市鶴見区中茶屋1丁目1番10号
電話番号及びFAX番号	電話06-6914-3874 FAX06-6914-3875
ホームページアドレス	http://www.shofukukai.net
設立年月日	平成23年11月18日
法人の理念	人は、高齢になって手助けが必要となっても、住み慣れた地域と住まいで暮らし続けたいと思うものとの考えの上に立って、在宅での生活の維持へのサポートを正福会の介護の基本と位置づけています。そして「介護のこころ」「介護の技術」「介護の知識」を大切にして、お客様お一人おひとりの希望やニーズに沿い、お客様の自立した生活を支援させていただくための介護サービスの提供に努めます。

2 事業所の概要

① 事業所の名称等

事業所の名称	くつろぎの家エルフ・神陵台
事業所の責任者	小松 雅志
開設年月日	令和 5年 4月 1日
介護保険事業者指定番号	神戸市指定 2890800655
事業所の所在地	〒655-0042 神戸市垂水区西脇1丁目4-9-1
電話番号及びFAX番号	電話078-784-8902 FAX078-784-7272
交通の便	JR舞子駅 バス10分
敷地概要・面積	都市計画法による市街化地域 敷地面積：1,420.69㎡
建物概要	構造：鉄骨1階建て延べ床面積：607.54㎡ 建物全面積：612.29㎡
損害賠償責任保険の加入先	引受保険会社・・・損害保険ジャパン株式会社

② 利用定員

定員	18名（各ユニット9名定員、全室個室1人部屋）
----	-------------------------

3 事業の目的と運営方針

事業の目的	<p>社会福祉法人正福会が設置するくつろぎの家エルフ・神陵台（以下「事業所」という。）が行う指定認知症対応型共同生活介護事業（指定介護予防認知症対応型共同生活介護事業）の適正な運営を確保するための管理者、計画作成担当者、介護職員等を適正に配し、認知症のある要介護状況にある高齢者に対し、家庭的な環境のもとで食事、入浴、排泄等の日常生活の支援及び機能訓練を行うことによって、安心と尊厳のある生活を、又お客様がその有する能力に応じて可能な限り自立して過ごせるよう支援することを目的として、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）サービスを提供することを目的とします。</p>
運営方針	<ol style="list-style-type: none"> 1. 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）の提供にあたっては、認知症によって自立した生活が困難になったお客様に対して、家庭的な環境と地域住民との交流のもとで、食事、入浴、排泄等の介護その他日常生活上の支援及び機能訓練を行うことにより、お客様の心身機能の維持回復を図り、お客様がその有する能力に応じて自立した日常生活を営むことができるように努めます。 2. 事業の実施にあたっては、お客様お一人おひとりの人格を尊重し、お客様がそれぞれの役割を持って、家庭的な環境のもとで日常生活を送ることができるよう配慮して事業を行います。 3. ご家族に対し、サービスの提供等について、理解しやすいように説明を行います。 4. 事業の実施にあたっては、関係市町村、地域包括支援センター、居宅介護支援事業者、地域の保健・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。 5. 前各項のほか、「指定地域密着型サービスの事業の人員、設備及び運営に関する基準（平成18年厚生労働省令第34号）」及び「指定地域密着型介護予防サービスの事業の人員、設備及び運営並びに指定地域密着型介護予防サービスに係る介護予防のための効果的な支援の方法に関する基準（平成18年厚生労働省令第36号）」に定める内容を遵守し、事業を実施します。

4 職員勤務の体制

① 職員配置状況

職名	資格	職務内容
管理者	サービス事業管理者研修	介護従業者及び業務の管理
計画作成者	介護支援専門員 認知症介護実践研修	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）計画の作成、入浴・排泄・食事等生活全般に係わる援助
介護従事者	看護師	日常の健康管理、通常時及び特に状態悪化時における医療機関との連絡や調整を行う。
	介護福祉士 ヘルパー2級 実務者研修 初任者研修 無資格	サービス計画に基づき、入浴・排泄・食事等生活全般に係わる援助

② 主な職種の勤務の体制

職種	勤務体制	業務	勤務体制
管理者	9：00～18：00	管理業務	昼間の体制 早番 8：00～17：00 1名 日勤 9：00～18：00 1名
計画作成者	9：00～18：00	計画作成業務	夜間の体制 夜勤 16：00～翌10：00 1名

5 サービスの概要

食 事	朝食：午前8時～ 昼食：午後0時～ 夕食：午後6時～
入 浴	週に最低2回入浴していただきます。
生活相談	日常生活に関することなどについて相談できます。
機能訓練	お客様の状況に応じた機能訓練を行い、身体機能の低下を防止するように努めます。
健康管理	血圧測定、体温測定等、お客様の健康状態の把握に努めます。
介 護	お客様の状況に応じ、衣服の着脱、身体の清拭、洗髪、洗身等の適切な介助を行います。
レクリエーション	カラオケ、囲碁、手芸、園芸、昔遊び、懐かしの歌等を予定していますが、原則的には、お客様のご希望、趣味に沿ったメニューを取り入れます。

6 サービス利用料金

①保険給付サービス利用料金

保険給付サービス	<p>要介護度別に応じて定められた金額（省令により変更あり）から介護保険給付額を除いた金額が利用者負担額になります。</p> <p>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、お客様の負担額を変更します。</p>
	<p>月途中から利用した場合、又は月途中で利用を終了した場合には、利用した日数に応じて料金をお支払いいただきます。</p> <p>利用開始日はお客様と事業所が契約を締結した日ではなく、サービスを実際に開始した日となります。</p> <p>利用終了日はお客様と事業所の利用契約を終了した日となります。</p>

◎介護度別サービス利用料金、利用者負担金額（１日あたり）

介護度	要支援 2	要介護 1	要介護 2	要介護 3	要介護 4	要介護 5
単位数	749 単位	753 単位	788 単位	812 単位	828 単位	845 単位
料金	7,895 円	7,937 円	8,306 円	8,559 円	8,728 円	8,907 円
利用者負担（１割負担）	790 円	794 円	831 円	856 円	873 円	891 円
利用者負担（２割負担）	1,579 円	1,588 円	1,662 円	1,712 円	1,746 円	1,782 円
利用者負担（３割負担）	2,369 円	2,382 円	2,492 円	2,568 円	2,619 円	2,673 円

※地域区分 ４級地 １単位あたり 10.54 円

◎初期加算（１日あたり）・・・３０単位

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）事業所に入居した日から起算して３０日以内の期間については、初期加算として下記のとおり加算分のお客様負担があります。（原則過去３ヶ月間当該事業所に入居したことがない場合に限りです。ただし「自立度判定基準」によるランクⅢ、Ⅳ又はⅤに該当する方の場合には過去１ヶ月間入居したことがない場合となります。）

◎若年性認知症利用者受入加算（１日あたり）・・・１２０単位

４０歳以上６５歳未満の若年性認知症のケースのお客様に加算され、お客様の負担があります。

◎口腔衛生管理体制加算（１ヶ月あたり）・・・３０単位

歯科医師、又は歯科医師の指示を受けた歯科衛生士が介護職員に対して口腔ケアに係る技術的助言、及び指導を月１回以上行っている場合に加算され、お客様の負担があります。

◎入院時費用単位数（１ヶ月に６日を限度として１日あたり）・・・２４６単位

入院後３ヶ月以内に退院が見込まれるお客様について、退院後の再入居の受け入れ体制を整えている場合に加算され、お客様の負担があります。

◎医療連携体制加算（１日あたり）・・・３７単位

要介護１～５の方に対し、入院・外泊期間を除いて、医療連携体制として加算分の利用者の負担があります。

◎協力医療機関連携加算・・・１００単位

協力医療機関との間で、入居者の同意を得て、該当入居者の病歴等の情報を共有する会議を定期的に開催していること

◎退居時情報提供加算（１回あたり）・・・２５０単位

入居者が医療機関へ退所した際、生活支援上の留意点等の情報提供を行う事を評価する加算です。お客様の負担があります。

◎新興感染症等施設療養費・・・２４０単位

入居者が別に厚生労働大臣が定める感染症に感染した場合に相談対応、診療、入院調節等を行う医療機関を確保し、かつ、当該感染症に感染した入居者に対し、適切な感染対策を行った上で、サービス提供を行った場合に１月に１回、連続する５日を限度として算定します。

◎サービス提供体制強化加算（1日あたり）・・・6単位

介護福祉士をはじめとした有資格者を一定の割合以上雇用し、サービスの質の向上を図る事業所を評価する加算で、お客様の負担があります。

◎看取り介護加算

医師が医学的知見に基づいて回復の見込みがないと判断した利用者に行います。

◎科学的介護推進体制加算・・・40単位

科学的介護に取り組み、PDCAサイクルの推進とケアの質の向上を図る取り組みを評価します。

◎介護職員処遇改善加算Ⅱ（1ヶ月あたり）・・・所定単位数の178/1000

②その他のサービス利用料金

以下の金額は利用料金の全額がお客様の負担になります。

日常生活費	理美容代	実費	
	おむつ代等	実費	
	日常生活費	実費	
外出等における交通費等		実費	
食材料費		1ヶ月 45,900円	1日 1,530円 朝食370円 昼食580円 夕食480円 おやつ100円
家賃		1ヶ月 76,500円	1日 2,516円
管理費		1ヶ月 3,500円	1日 116円
水道光熱費		1ヶ月 20,400円	1日 671円

入居時の利用料金の取り扱い	<p>本契約期間開始の月が1ヶ月に満たない場合、その月の家賃、食費、管理費、水道光熱費等は1ヶ月を30日として日割り計算するものとする。100円未満の端数は、切り上げるものとします。</p> <p>本契約期間終了については、退居までの日数で1ヶ月を30日として日割り計算するものとする。100円未満の端数は、切り上げるものとします。</p>
管理費の内訳	<ul style="list-style-type: none"> 電気点検代 施設維持管理費 その他 廃棄物処理料 清掃費

③ 利用料金の支払い方法等

利用料、その他の費用の請求	<p>利用料、その他の費用はサービス提供ごとに計算し、利用月ごとの合計金額により請求いたします。</p> <p>請求書は、利用明細を添えて利用月の翌月15日までにお客様あてにお届けします。</p>
キャンセル料	<p>契約締結後のキャンセル及び、決められた期日までに届け出の無かった外出時の食費、当日キャンセルの実費等は、状況に応じてキャンセル料いただくことがあります。</p>

利用料、その他の費用の支払い	<p>請求月の末日までに、下記のいずれかの方法によりお支払いいただけますが、原則として自動口座引き落とさせていただいております。口座振替依頼書により、お客様の指定口座からの自動振替で、毎月27日に引き落とされます。</p> <p>①自動口座引き落とし ②事業所での現金支払い ③指定口座への振り込み（手数料はお客様のご負担となります）</p> <p>【指定口座振り込みの場合】</p> <p>三井住友銀行 西野田支店 普通預金 口座番号 7232028 口座名義 社会福祉法人正福会 理事長 福田光正</p>
----------------	---

7 サービスの利用方法

サービスの利用開始	<p>まずは、お電話でお申込みください。正福会の職員がお伺いいたします。</p> <p>※居宅サービス計画（ケアプラン）の作成を依頼している場合は、事前に介護支援専門員とご相談ください。</p>
サービスの終了	<p>①お客様のご都合でサービスを終了する場合 退所を希望する日の30日前までにお申し出ください。</p> <p>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。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・お客様が他の介護保険施設に入所した場合 ・介護保険給付でサービスを受けていたお客様の要介護認定区分が、非該当（自立）もしくは要支援1と認定された場合 ・お客様が亡くなられた場合 <p>③その他</p> <ul style="list-style-type: none"> ・お客様及びご家族代理人やご家族等が、当事業所や事業所の職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、サービス契約終了の30日前に文書で通知し、退所いただく場合があります。 ・お客様が病院に入院し、明らかに1ヶ月以内に退院できる見込がない場合又は入院後1ヶ月経過しても退院できないことが明らかになった場合

8 利用にあたっての留意事項

（1）お客様の条件・責務

お客様のご利用条件	<p>①お客様の利用条件 以下の各項の全てに該当することが本事業所の利用条件となります。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・介護認定が要支援2、又は要介護1以上の方 ・認知症の診断を受けている方 公的な医療保険・公的な介護保険の両方に加入されている方 ・規定の利用料金の支払いが可能であり、入居金、申込金を預託できる方 ・本事業所の利用契約書に定められた内容をご承諾いただき円滑に共同生活が営める方 <p>②利用をお断りする場合</p> <ul style="list-style-type: none"> ・認知症に伴う著しい精神症状を伴う場合 ・認知症に伴う著しい異常行動がある場合 ・認知症の原因となる疾患が急性の状態にある場合 ・入院治療が必要と判断される病態の方、日常的に医療的処置が必要な方
-----------	--

<p>お客様のご利用条件</p>	<p>①お客様の利用条件</p> <p>以下の各項の全てに該当することが本事業所の利用条件となります。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・介護認定が要支援2、又は要介護1以上の方 ・認知症の診断を受けている方 ・公的な医療保険・公的な介護保険の両方に加入されている方 ・規定の利用料金の支払いが可能であり、入居金、申込金を預託できる方 ・本事業所の利用契約書に定められた内容をご承諾いただき円滑に共同生活が営める方 <p>②利用をお断りする場合</p> <ul style="list-style-type: none"> ・認知症に伴う著しい精神症状を伴う場合 ・認知症に伴う著しい異常行動がある場合 ・認知症の原因となる疾患が急性の状態にある場合 ・入院治療が必要と判断される病態の方、日常的に医療的処置が必要な方 ・暴力をふるう等、他のお客様あるいは本事業所の職員に害を及ぼす恐れのある方 ・伝染病・感染症等を有し他のお客様あるいは本事業所の職員に伝染させる恐れのある方（感染症予防法に基づく）
<p>お客様又は お客様の代理人の 条件、責務</p>	<p>①お客様の責務</p> <ul style="list-style-type: none"> ・本契約に定める事項の履行 ・入居生活に関わる諸問題の協議 ・お客様の通院・入院に係る諸手続 ・退居に係る諸手続 ・居室の造作・模様替えに係る退居時の原状回復 ・本事業所が定める規則の遵守 ・その他、お客様の生活に係る一切の事項 ・お客様又はお客様代理人は身元引受人を立てるものとします。それとは別に連帯保証人を1名定めていただきます。但し、特別な事情がある場合には、その限りではありません。 <p>②身元引受人の責務</p> <ul style="list-style-type: none"> ・死亡または退去時のお客様の身柄の引き取り ・残置財産の引き取り

（2）ご利用に当たっての留意事項

<p>来訪・面会</p>	<p>面会時間 午前9時～午後6時</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ご来訪に際しては、面会時間を守り、その都度職員にお知らせのうえ、来訪記録簿に必要事項をお書きください。 ・来訪者が宿泊される場合は、必ず許可を得て、宿泊記録簿に必要事項をお書きください。
<p>外出・外泊</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・外出の際には、必ず行き先と帰宅時間を職員に申し出てください。 ・外泊の際には、必ず行き先と外泊先の電話番号を申し出てください。
<p>喫煙</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・施設内は禁煙です。喫煙される方はご相談ください。

動物飼育	・ 事業所内へのペットのお持ち込み及び飼育はご遠慮ください。
宗教活動、政治活動	・ 事業所内で他のお客様に対する宗教活動、政治活動はご遠慮ください。
不測の事態	・ 本事業所は、関係法令に基づいた職員配置・設備を整え、マニュアル等に基づいて事故の防止に最善を尽くしておりますが、不測の事態につきましてはご了承をいただきますようお願いいたします

9 非常災害時の対策

非常災害時の対応方法	災害対応マニュアル参照
平常時の訓練等	<ul style="list-style-type: none"> ・ 防災管理者を専任する。 ・ 防災計画書を全職員に徹底する。 ・ 消防署へ定期的に消防訓練を依頼する。 ・ 防災用設備等の点検、避難施設の管理チェックを定期的実施 ・ 各職員の非常災害時における分担を決めた編成表、避難場所、避難誘導街路及び消防用設備配置場所を掲示し、常に把握しておく。
消防計画等	消防署への届け出日 令和 6 年 5 月 1 日 防火管理者 上田 明宏
防犯防火設備 避難設備等の概要	<ul style="list-style-type: none"> ・ スプリンクラー ・ 防火扉 ・ 消火器 ・ 誘導灯等の設置

10 緊急時の対応方法

事故発生時や利用者の体調悪化時の緊急時の対応方法		サービス提供中に容体の変化等があった場合は、事前の打ち合わせにより、主治医、救急隊、ご家族、介護支援専門員等へ連絡をいたします。
主治医	お客様の主治医	
	所属医療機関名	
	所在地 電話番号	
ご家族等	緊急連絡先のご家族等	
	住所 電話番号	

1.1 協力医療機関

協力医療機関	医療法人社団 鈴木クリニック
	所在地 神戸市垂水区本多聞2-12-20 電話 078-781-8720 診療科目 内科
協力歯科医療機関	ひらの歯科医院
	所在地 神戸市垂水区旭が丘1-3-35 電話 078-709-6608

1.2 医療を要する場合の対応

対応詳細	<ul style="list-style-type: none"> ・ 疾病・負傷などにより治療が必要となった場合には、お客様又はお客様代理人の意思を確認し、同意を得た上で、協力医療機関、近隣の診療所等の受診に協力します。(医療費はお客様のご負担になります。) ・ 入院治療を必要とする場合は、お客様又はお客様代理人の同意を得て、医師の判断・指示により、近隣病院への入院にご協力いたします。(医療費はお客様のご負担になります。) ・ 夜間・緊急時の対応については、本事業所利用開始時に書面で確認いたします。
------	---

1.3 損害賠償

お客様の生命・身体及び財産について	<p>社会福祉法人正福会は、お客様に対するサービス提供にあたって、正福会の責めに帰すべき事由によりお客様の生命・身体及び財産に損害を及ぼした場合には、相当範囲内においてその損害を賠償します。ただし、お客様に過失がある場合は、正福会は賠償責任を免除され、または賠償額を減額されることがあります。</p> <p>お客様又はお客様代理人は、お客様の責めに帰すべき事由により、本事業所の職員及び他のお客様の生命・身体及び財産に損害を及ぼした場合には、相当範囲内においてその損害賠償を請求される場合があります。</p>
本事業所または、設備、備品について	<p>お客様あるいはお客様代理人又はお客様のご家族が、本事業所、その設備、備品等を汚損または毀損、滅失、その他原状を変更した場合には、お客様又はお客様代理人により、直ちに自己の費用をもって、原状に復するか、又はその対価をもって損害を賠償することとします。</p>

1.4 秘密の保持

お客様及びそのご家族に関する秘密の保持について	<p>正福会及び正福会の職員は、サービス提供をするうえで知り得たお客様及びお客様代理人又はお客様のご家族に関する秘密を正当な利用なく、第三者に漏らしません。</p> <p>この秘密を保持する義務は、契約が終了した後も継続します。</p>
従業者に対する秘密の保持について	<p>就業規則にて職員は、サービス提供をするうえで知り得たお客様及びお客様代理人又はお客様のご家族に関する秘密を保持する義務を規定しています。</p> <p>また、その職を辞した後にも秘密の保持の義務があります。</p>

個人情報の保護について	<p>正福会は、お客様又はお客様代理人からあらかじめ文書で同意を得ない限り、お客様及びお客様代理人の個人情報を用いません。また、お客様及びお客様代理人のご家族の個人情報についても、あらかじめ文書で同意を得ない限り、お客様及びお客様代理人のご家族の個人情報を用いません。</p> <p>正福会は、お客様及びお客様代理人又はそのご家族に関する個人情報が含まれる記録物については、善良な管理者が注意をもって管理し、また処分の際にも第三者への漏洩を防止するものとします。</p>
-------------	---

1 5 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）計画

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）について	<p>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）サービスは、住み慣れた地域での生活を継続することができるよう、地域住民との交流や地域活動への参加を図りつつ、お客様お一人おひとりの人格を尊重し、お客様がそれぞれの役割を持って、家庭的な環境の下で日常生活を送ることができるよう配慮してサービスの提供に努めます。</p> <p>お客様の心身の状況、希望及びその置かれている環境を踏まえて、他の介護従事者と協議の上、援助の目標、当該目標を達成するための具体的なサービス内容等を記載した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）計画（サービス計画）を作成いたします。</p> <p>事業所の計画作成担当者は、お客様の状況に合わせて適切にサービスを提供するために、お客様又はお客様代理人と協議のうえでサービス計画を定め、また、その実施状況を把握し、常に評価を行い、必要に応じてサービス計画の変更見直しをいたします。</p> <p>サービス計画の内容及び評価結果等は書面に記載してお客様又はお客様代理人及びご家族に説明のうえ交付します。</p>
サービス提供に関する記録について	<p>サービス提供に関する記録はその完結の日から5年間保管します。また、お客様又はお客様代理人及びお客様のご家族はその記録の閲覧が可能です。</p> <p>複写の交付については、実費をご負担いただきます。</p> <p>1枚につき 20円</p>

1 6 身体的拘束及び解消等について

身体的拘束等の禁止	<p>正福会は、当該お客様又は他のお客様等の生命又は身体を保護するため緊急やむを得ない場合を除き、身体的拘束その他お客様の行動を制限する行為（以下「身体的拘束等」という。）を行いません。</p>
緊急やむを得ない場合の検討及び身体的拘束の解消	<p>緊急やむを得ない場合かは、以下の要件をすべて満たす状態であるかあるいは所長、管理者、計画作成担当者、看護職員、介護職員で構成する「身体的拘束適正化委員会」で検討します。個人では判断しません。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・当該お客様、又は他のお客様等の生命又は身体が危険にさらされる可能性が著しく高い場合。 ・身体的拘束等を行う以外に代替する介護方法がないこと。 ・身体的拘束等が一時的であること。 ・身体的拘束はできる限り速やかに解消するよう努めること。

家族への説明	緊急やむを得ない場合は、あらかじめお客様又はお客様代理人及びお客様のご家族に、身体的拘束等の内容、目的、理由、拘束等の時間帯、期間等を、詳細に説明し、同意を文書で得た場合のみ、その条件と期間内に限って行うものとします。
身体的拘束等の記録	身体的拘束等を行う場合には、その態様及び時間、その際のお客様の心身の状況並びに緊急やむを得ない理由を記録します。

1.7 苦情相談機関

事業所苦情相談窓口	苦情受付担当者 山本 律子 苦情解決責任者 小松 雅志 連絡先 くつろぎの家エルフ・神陵台 078-784-8902 受付時間 9:00～17:00
事業所外苦情相談窓口	神戸市福祉局 監査指導部 介護保険担当 連絡先 神戸市中央区加納町6-5-1 078-322-6326 受付時間 8:45～12:00、13:00～17:30（平日）
	養介護施設従事者等による高齢者虐待通報専用電話（監査指導部内） 連絡先 078-322-6774 受付時間 8:45～12:00、13:00～17:30（平日）
	兵庫県国民健康保険団体連合会 連絡先 神戸市中央区三宮町1-9-1-1801 078-332-5617 受付時間 8:45～17:15（平日）
	神戸市消費生活センター 連絡先 神戸市中央区橘通3-4-1 078-371-1221 受付時間 9:00～17:00（平日）

1.8 運営推進会議の概要

運営推進会議の目的	サービス提供に関して、提供回数等の活動状況を報告し、運営推進会議から評価、要望、助言を受け、サービスの質の確保及び適切な運営ができるよう設置します。
委員の構成	お客様代表 お客様の家族代表 自治会長 民生委員 地域包括支援センター職員 知見者
開催時期	おおむね2ヶ月に1回開催します。

この重要事項説明書の説明年月日	令和 年 月 日
-----------------	-------------------------

上記の内容について「指定地域密着型サービスの事業の人員、設備及び運営に関する基準」の規定にもとづき、お客様に説明を行いました。

本書交付を証するため、本書を3通作成し、正福会、お客様又はお客様代理人及び連帯保証人は記名の上各1通を保管するものとします。但し、身元引受人と連帯保証人が異なる場合は・本書4通作成し、各事保管するものとします。

①事業者、事業所

事業者所在地	大阪市鶴見区中茶屋1丁目1番10号
事業者法人名	社会福祉法人 正福会
法人代表者名	理事長 福田 光正
事業所所在地	神戸市垂水区西脇1丁目4-9-1
事業所名称	くつろぎの家エルフ・神陵台
説明者 氏名	

私は、本説明書にもとづいて、重要事項の説明を受け、その内容に同意します。

②お客様等

お客様	住 所	
	氏 名	
署名代行者	住 所	
	氏 名	
お客様との続柄		
		私は、本人の契約意思を確認し、署名代行いたします。
身元引受人	住 所	
	氏 名	
	連絡先	
お客様との続柄		
連帯保証人	住 所	
	氏 名	
	連絡先	
お客様との続柄		

上記署名代行者の方は、原則お客様代理人になっていただきます。