

社会福祉法人広島県リハビリテーション協会  
地域密着型特別養護老人ホームときわ 重要事項説明書

1 サービスを提供する事業者

(令和6年11月1日改定)

|           |                               |
|-----------|-------------------------------|
| 名称        | 社会福祉法人 広島県リハビリテーション協会         |
| 所在地       | 広島県東広島市八本松町原5946番地7           |
| 電話&FAX 番号 | ☎082-420-9200 FAX082-420-9202 |
| 代表者氏名     | 理事長 河内 昌彦                     |
| 法人の設立年月日  | 昭和47年8月15日                    |

2 利用事業所

|                |   |
|----------------|---|
| 指定日及び番号        | 平成27年7月1日 東広島市指定3492500230  |
| 事業所の名称とサービスの名称 | 地域密着型特別養護老人ホームときわ   |
| 主たる対象者         | 要介護認定者（原則要介護3以上）  |
| 施設の所在地と連絡先     | 広島県東広島市八本松町原5693番地3<br>☎082-420-9208 FAX082-429-0377  |
| 代表者名           | 施設長 萬行 隆晴   |
| 目的と運営方針        | 高齢者が住み慣れた地域での生活を継続しつつ、人間尊重の精神に則り、利用者の自立と社会経済活動への参加を促進するために、次の「四つの理念」<br>① より潤い豊かな心と生活を<br>② よい笑顔、よい言葉、よい心<br>③ 自立、共生そして創造<br>④ 地域に愛され、信頼され、共に歩む施設<br>のもと、利用者の心身の状況に適切に対応した日常生活上の支援を行い、利用者が健康で明るく生きがいのある生活を営むことができるよう努めます。 |
| 事業所の開設年月日      | 平成27年7月1日   |
| 定員             | ユニット対応 29名  |

### 3 施設の概要

#### (1) 構造等

構造：鉄骨造り 2階建

建築延面積：約 3, 515 m<sup>2</sup>

#### (2) 施設設備の概要

| 施設設備の種類    | 室数  | 面積   | 備考   |
|------------|-----|--|--|
| 機能訓練コーナー   | 1室  | 49.335 m <sup>2</sup>                      | 歩行訓練器具ほか   |
| 居室         | 29室 | 14.977 m <sup>2</sup>                      | 個室・除トイレ  |
| 浴室         | 4室  | 6.038 m <sup>2</sup>                       | 各ユニットに配置   |
| 機械浴室       | 1室  | 54.45 m <sup>2</sup>                       | 特殊浴槽 1台  |
| 脱衣室        | 4室  | 8.91 m <sup>2</sup>                        |  |
| 家族室        | 1室  | 34.65 m <sup>2</sup>                       | 2人部屋 (有料)  |
| 医務室        | 1室  | 27 m <sup>2</sup>                          |  |
| 歯科医務室      | 1室  | 11.7 m <sup>2</sup>                        |  |
| 理美容室       | 1室  | 8.91 m <sup>2</sup>                        |  |
| 事務室        | 1室  | 54 m <sup>2</sup>                          |  |
| 食堂 (共同生活室) | 4室  | 170.5 m <sup>2</sup> (合計)                  | 56.5 m <sup>2</sup> ×2室, 57.5 m <sup>2</sup> ×1室 |
| 厨房         | 1室  | 71.2 m <sup>2</sup>                        |  |
| ユニットキッチン   | 4室  | 7.8 m <sup>2</sup>                         |  |
| 談話室        | 2室  | 32.4 m <sup>2</sup> 及び 16.2 m <sup>2</sup> |  |
| 相談室        | 1室  | 18 m <sup>2</sup>                          |  |
| 応接室        | 1室  | 21.6 m <sup>2</sup>                        |  |
| 会議室        | 2室  | 18 m <sup>2</sup> 及び 27 m <sup>2</sup>     |  |

#### (3) 施設・設備ご利用上の注意事項

当事業所において、施設・設備をご利用いただくにあたって次の点にご注意ください。

|             |  |
|-------------|--|
| 来訪・面会       | 面会時間 8:30～17:30<br>面会者は、来場者の確認のため、面会簿に必要事項の記入と、感染予防のため、備付の消毒液で手洗いの励行をお願いします。   |
| 外出・外泊       | 外出・外泊の際は、必ず職員に行き先と帰所日時を申し出てください。   |
| 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従ってご利用ください。これに反したご利用により破損などが生じた場合は、弁償していただく場合があります。<br>なお、個人用の電気製品持ち込みに際しては、1日当たり 100 円/台の電気代のご負担をお願いいたします。 |

|                |   |
|----------------|---|
| 喫煙             | 居室内はもとより、安全対策のため全館禁煙としています。ご協力をお願いします。                                  |
| 飲酒             | 決められた場所と時間でお願いします。  |
| 迷惑行為等          | 騒音等、他の利用者の迷惑になるような行為はご遠慮ください。また、むやみに他の利用者の居室に立ち入らないでください。               |
| 所持金品管理         | 所持金品は、自己の責任で管理してください。<br>金銭の管理が困難な場合は、施設において有料で出納管理を行います。<br>(1,000円/月) |
| 預貯金通帳<br>入出金管理 | 預貯金の出し入れが困難な場合は、施設において有料で日常生活に必要な貯金の出し入れの代行を行います。(500円/1回)              |
| 宗教・政治活動        | 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。  |
| 動物飼育           | 施設内へのペットの持込及び飼育はお断りします。   |
| 消灯             | 消灯時間 23:00  |

#### 4 従業員の配置状況

従業員の配置については、厚生労働省の定める指定基準を遵守しています。

当事業所では、利用者に対して「生活介護」を提供する者として、次の職種の従業員を配置しています。

| 職 種     | 員数              |
|---------|-----------------|
| 施設長     | 1名（短期入所管理者と兼務）  |
| 介護支援専門員 | 1名              |
| 看護職員    | 3名（内2名は短期入所を兼務） |
| 介護職員    | 22名以上（パートを含む）   |
| 生活相談員   | 1名              |
| 機能訓練指導員 | 1名              |
| 医師      | 1名（嘱託）          |
| 管理栄養士   | 1名              |
| 事務員     | 1名              |

#### <その他、専門的な支援等に係る従業員の配置状況>

| 職 種                                    |   |
|--|---|
| 1. 介護職員等の直接サービス提供に関わる職員<br>(介護職員、看護職員) | ① 当事業所では、指定基準配置（3：1）を上回る介護職員で、より質の高いサービス提供に努めています。<br>② 当事業所では、「介護職員」として常勤で配置している職員のうち、6割以上が介護福祉士であり、専門的なサービス提供に努めています。 |

|           |   |
|-----------|---|
| 2. 理学療法士等 | ①当事業所では、理学療法士等により利用者ごとの希望や必要に応じて作成する計画に基づいた個別的なリハビリテーションを提供しています。 |
|-----------|---|

<主な職種の勤務体制>

| 職 種         | 勤務体制                               |
|-------------|------------------------------------|
| 施設長         | 通常の勤務時間帯 ( 8 : 3 0 ~ 1 7 : 3 0 )   |
| 介護支援専門員     | 通常の勤務時間帯 ( 8 : 3 0 ~ 1 7 : 3 0 )   |
| 看護職員        | 日勤の勤務時間帯 ( 9 : 0 0 ~ 1 8 : 0 0 )   |
| 介護職員        | 早出の勤務時間帯 ( 7 : 0 0 ~ 1 6 : 0 0 )   |
|             | 日勤の勤務時間帯 ( 8 : 3 0 ~ 1 7 : 3 0 )   |
|             | 遅出の勤務時間帯 ( 1 2 : 0 0 ~ 2 1 : 0 0 ) |
|             | 夜勤の勤務時間帯 ( 2 1 : 0 0 ~ 7 : 0 0 )   |
| 生活相談員       | 通常の勤務時間帯 ( 8 : 3 0 ~ 1 7 : 3 0 )   |
| 理学療法士・作業療法士 | 通常の勤務時間帯 ( 8 : 3 0 ~ 1 7 : 3 0 )   |
| 医師          | 週1回の診察日 ( 1 0 : 0 0 ~ 1 2 : 0 0 )  |
| 管理栄養士       | 通常の勤務時間帯 ( 8 : 3 0 ~ 1 7 : 3 0 )   |
| 事務員         | 通常の勤務時間帯 ( 8 : 3 0 ~ 1 7 : 3 0 )   |

5 当事業所が提供するサービス

すべてのサービスは、「地域密着型施設サービス計画」に基づいて行われます。この「地域密着型施設サービス計画」は、利用者の自立生活を支援し、さまざまな課題の解決を目的として本事業所の介護支援専門員が作成し、サービス担当者会議で確認された後、利用者の同意をいただくものです。

| 種類 | サービスの内容   |
|----|---|
| 食事 | <p>当事業所では、調理業務を委託しています。このため、調理業務委託先の管理栄養士が献立表を立て、当事業所の管理栄養士がそれを点検・確認し、栄養並びに利用者の身体の状況及び嗜好を考慮して、バラエティに富んだ食事を提供します。</p> <p>朝食時間 8 : 0 0 ~ 9 : 3 0<br/>         昼食時間 1 2 : 0 0 ~ 1 3 : 0 0<br/>         夕食時間 1 7 : 1 5 ~ 1 8 : 3 0</p> <p>なお、利用者の状況に応じて適切な食事介助を行うとともに、食事の自立についても適切な援助を行います。</p> |
| 入浴 | <p>週2回以上の入浴又は清拭を行います。</p> <p>一人ひとりの状態に合わせて、一般浴槽又は機械浴槽を利用し、適切に支援いたします。</p>   |

|                |   |
|----------------|---|
| 排泄             | 利用者の状況に応じて適切な排泄支援を行うと共に、自主排泄を目指した適切な支援を行います。  |
| 離床・着替え<br>・整容等 | 寝たきり防止のため、できる限り離床に配慮します。<br>生活のリズムを整え、毎朝夕の着替えを行うよう配慮します。<br>個人の尊厳に配慮し、適切な整容が行われるよう援助します。<br>シーツ交換は週1回行います。  |
| 機能訓練           | 機能訓練指導員等により、利用者の心身の状況に適した機能訓練を行い、身体機能の維持・回復・向上に努めます。  |
| 口腔ケア           | 食後に歯磨きやうがいなど、口腔ケアを行います。   |
| 健康管理<br>(要調整)  | 嘱託医師による診察日を設け、利用者の健康管理に努めます。<br>希望の医療機関へ受診される場合は、ご家族の付き添いをお願いします。   |
| お楽しみ活動         | 利用者の希望により、地域活動やレクリエーション、クラブ活動に参加できます。なお、活動に係る材料費等は、実費をご負担いただきます。<br>また、地域活動支援センター等との連携を図りつつ、様々な行事の機会を提供します。 |
| 相談及び援助         | 利用者や家族に対し、適切な相談、対応、助言、支援等を行い、常に連携を図ります。   |

## 6 サービス利用料金（1日あたり）

次に表示するサービスについては、居住費、食費及び個人利用の電気製品電気代等を除き、サービス利用料金全体のうち7割から9割が介護給付費の給付対象となりますが、利用者負担額減免を受けられている場合は、減免額に応じた自己負担額となります。事業者が介護給付費の給付を市町村から直接受け取る（代理受領する）場合、利用者は、利用者負担分として、サービス利用料金全体の1割から3割の額を事業者にお支払いいただきます。

なお、介護給付費が給付されるサービスの場合でも、代理受領を行わない場合（償還払い※の場合も含む）については、一旦全額を事業者にお支払い頂きます。

また、介護保険適用の場合でも、保険料の滞納等により、事業者へ直接介護保険給付が行われない場合がありますが、その際は厚生労働大臣が定める基準額の全額をお支払いいただくこととなります。利用料のお支払い後にサービス提供証明書と領収書を発行いたします。なお、サービス提供証明書及び領収書は、後に利用料の償還払いを受ける際に必要となります。

※償還払いとは、一旦、利用者がサービス利用料金全額を事業者に支払い、後に、支払額のうち7割から9割が市町村から返還されるものです。

### (1) 介護保険給付対象のサービス利用料金

【基本サービス費（一日あたり）】 ※1割負担の場合 (単位)

|         | 要介護1 | 要介護2 | 要介護3 | 要介護4 | 要介護5 |
|---------|------|------|------|------|------|
| ユニット型個室 | 682  | 753  | 828  | 901  | 971  |

【基本サービス費（一日当たり）】 ※2割負担の場合 (単位)

|         | 要介護1   | 要介護2   | 要介護3   | 要介護4   | 要介護5   |
|---------|--------|--------|--------|--------|--------|
| ユニット型個室 | 1, 364 | 1, 506 | 1, 656 | 1, 802 | 1, 942 |

基本サービス費（一日当たり）】 ※3割負担の場合 (単位)

|         | 要介護1   | 要介護2   | 要介護3   | 要介護4   | 要介護5   |
|---------|--------|--------|--------|--------|--------|
| ユニット型個室 | 2, 046 | 2, 259 | 2, 484 | 2, 703 | 2, 913 |

【加算（一日当たり）】

① 入所者全員 (単位；1割負担の場合)

| 加算措置名             | 自己負担額                       | 内容  |
|-------------------|-----------------------------|---|
| 看護体制加算（Ⅰ）イ        | 12                          | 常勤看護師1名以上の配置                              |
| 看護体制加算（Ⅱ）イ        | 23                          | 常勤看護師2名以上の配置<br>24時間体制                    |
| 初期加算              | 30                          | 入所日から30日間の措置                              |
| サービス提供体制強化加算（Ⅱ）   | 18                          | 介護職員の総数のうち、介護福祉士国家資格保持者が6割以上の施設           |
| 安全対策体制加算          | 20                          | 安全対策を実施する体制を整備<br>入所時に1回                  |
| 高齢者施設等感染対策向上加算（Ⅰ） | 10/月                        | 医療機関との連携、感染対策研修への参加                       |
| 高齢者施設等感染対策向上加算（Ⅱ） | 5/月                         | 医療機関から3年に1回の実地指導                          |
| 科学的介護推進体制加算（Ⅱ）    | 50                          | 簡易評価3か月毎（ADL、口腔、栄養・認知症）＋追加の簡易評価（服薬状況、既往歴） |
| 協力医療機関連携加算        | 50/月<br>令和7年3月31日までの間は100/月 | 医療機関との間で入所者の病歴等の情報を共有する会議を定期的に行う          |

② 利用者別 (単位；1割負担の場合)

| 加算措置名       | 自己負担額 | 内容              |
|-------------|-------|-----------------|
| 個別機能訓練加算（Ⅰ） | 12    | 理学療法士等による個別機能訓練 |

|               |                |  |
|---------------|----------------|--|
| 個別機能訓練加算(Ⅱ)   | 20/月           | 個別機能訓練加算(Ⅰ)の内容を厚生労働省に提出                                      |
| 認知症専門ケアⅠ      | 3              | 認知症入所者が5割以上の施設   |
| 栄養マネジメント強化加算  | 11             | 低栄養状態のリスクが高い入所者に対して食事の観察を週3回し食事の調整を実施                        |
| 療養食加算         | 6/1食           | 食事箋に基づいた病理食の提供等  |
| 褥瘡マネジメント加算(Ⅰ) | 3/月            | 3か月毎の評価、評価結果の厚労省への提出、褥瘡ケア計画の作成                               |
| 褥瘡マネジメント加算(Ⅱ) | 13/月           | 加算(Ⅰ)+褥瘡の治癒  |
| 排せつ支援加算(Ⅰ)    | 10/月           | 看護師による3か月毎の評価、支援計画作成   |
| 排せつ支援加算(Ⅱ)    | 15/月           | 加算(Ⅰ)+排泄状態の改善もしくはオムツの除去                                      |
| 排せつ支援加算(Ⅲ)    | 20/月           | 加算(Ⅰ)+排泄状態の改善かつオムツの除去  |
| 退所時情報提供加算     | 250/回          | 入院時等の医療機関への情報提供  |
| 退所時栄養情報連携加算   | 70/月<br>(1回限度) | 管理栄養士が退所先の医療機関等に対して入所者の栄養管理に関する情報を提供                         |
| 再入所時栄養連携加算    | 200/回          | 再入所時、特別食等を必要とする入所者に対して、医療機関の管理栄養士と連携して栄養計画を作成                |
| ADL維持加算(Ⅰ)    | 30/月           | 利得1以上 ADL維持  |
| ADL維持加算(Ⅱ)    | 60/月           | 利得3以上 ADL維持  |
| 新興感染症等施設療養費   | 240            | 入所者感染時、医療機関の確保、適切な感染対策の上、介護サービスを実施<br>1月に1回 連続5日まで           |
| 口腔衛生管理加算(Ⅱ)   | 110/月          | 口腔衛生管理加算(Ⅰ)+厚生労働省にデータ提出<br>※(Ⅰ)は歯科衛生士が介護職員に対し技術的助言及び指導を年2回実施 |

※東広島市は地域区分が7等級のため、1単位=10.14円となります。

### ③ 入院又は外泊時の費用(1割負担の場合)

外泊される場合は、要介護状態の区分にかかわらず、1日につき246単位が加算されま

す。ただし、一月につき7泊（6日分）を限度とし、月をまたがる場合は最大で連続13泊（12日分）を上限とします。

#### ④ 介護職員等処遇改善加算（I）

職員の賃金改善に向けた加算措置等で、総金額の14%が加算されます。

#### (2) 介護給付対象外のサービス利用料（自己負担）

##### ① 利用者負担段階別食事費・居住（滞在）費

|         | 第1段階 | 第2段階 | 第3段階-① | 第3段階-② | 第4段階   |
|---------|------|------|--------|--------|--------|
| 食事費     | 300円 | 390円 | 650円   | 1,360円 | 1,660円 |
| 居住（滞在）費 | 880円 | 880円 | 1,370円 | 1,370円 | 2,100円 |

##### ② その他の自己負担

| 種 類               | 自己負担額    | 内 容  |
|-------------------|----------|--|
| 家族室（1泊）           | 2,000円／人 | 食事は別途  |
| 個人持込電気製品電気代       | 100円／台・日 | 常時プラグインが想定される機器（TV・ラジオ・PC・ビデオデッキ・ウォシュレット、冷蔵庫等） |
| 金銭管理費（利用は任意）      | 1,000円／月 | 預金通帳・印鑑等の保管サービスの他、公共料金等の支払い代行                  |
| 預貯金通帳入出金管理（利用は任意） | 500円／回   | 預金通帳より預貯金の入出代行                                 |
| コピー代（白黒）          | 10円／枚    | 片面10円、両面20円                                    |
| コピー代（カラー）         | 20円／枚    | 片面20円、両面40円                                    |
| その他理美容・嗜好品・医療費等   | 実費       |  |
| 日常生活費             | 実費       |  |

#### 7 利用料金・費用のお支払い方法

前述（1）、（2）の料金・費用は、1ヵ月ごとに計算しご請求します。

##### 【お支払いまでの流れ】

当月ご利用 ⇒ 翌月10日前後に請求書送付 ⇒ 同月に銀行引き落とし



### 【引き落としについて】

ご利用翌月の20日に指定の銀行口座から引き落とします（手数料はかかりません）

※引き落とし日が土・日・祝日の場合は、翌営業日となります。

## 8 利用者の記録や情報の管理、開示について

事業者は、関係法令に基づいて、利用者の記録や情報を適切に管理し、利用者の求めに応じてその内容を開示します。（開示に際して必要な複写料などの諸費用は、利用者の負担となります。保存期間は、サービス提供完了日から5年間です。）

閲覧・複写ができる窓口業務時間は、9：00～17：00です。

個人情報保護法にもとづき、個人情報には次の取り扱いをいたします。

- 事業者及び従業者は、本契約によるサービスを提供するに当たって知り得た利用者やその家族等の秘密について、正当な理由がある場合を除き第三者に開示することはありません。
- 利用者の生活風景・作品展示等を広報誌及び事業所内で掲示するときは、本人の同意を得て掲載いたします。

## 9 事故発生時の対応及び損害賠償

事業者は、サービスの提供によって事故が生じた場合には、速やかに市及び利用者の家族等に連絡して必要な措置を講じます。また、事故状況及び処置について記録します。

事業者は、サービスを提供するに当たって、事業者の責任と認められる事由によって利用者に損害を与えた場合には、速やかに利用者の損害を賠償します。

## 10 身体拘束の禁止、並びに虐待の防止対策

事業所は、生活介護に係る障害福祉サービスの提供に当たっては、利用者又は他の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を除き、身体的拘束その他利用者の行動を制限する行為をしないものとします。

事業所は、高齢者等の人権の擁護、虐待の防止等のため、必要な体制の整備を行うとともに、従業者に対し、研修を実施する等の措置を講ずるものとします。

## 11 苦情の受付について

### (1) 当事業所における苦情の受付

当事業所における苦情やご相談は、次の専用窓口で受付けます。又、他に「苦情箱」を玄関に設置しております。

- 苦情受付窓口 生活相談員 河内 愛  
介護支援専門員 土井 京美

- 受付期間 毎週月曜日～金曜日 8時30分～17時30分  
電話 082-420-9208 FAX082-429-0377  
(受付時間外の電話は、転送・留守番電話等に対応します)

- 苦情解決責任者 施設長 萬行 隆晴

- 第三者委員 社会性や客観性を確保し、利用者の立場や特性に配慮した適切な対応を推進することを目的とします。

・<sup>たはらてるみ</sup>田原照美委員 住所 東広島市八本松町原5686  
 所属 民生児童委員  
 電話 082-429-0456

・<sup>よびかわのりこ</sup>呼川法利子委員 住所 東広島市黒瀬町南方1689-2  
 電話 0823-83-0487

## (2) 円滑かつ迅速に苦情処理を行うための処理体制・手順

- ① 管理者が、苦情に関する情報を一元管理します。
- ② 管理者は、対応に当たり事実関係の確認をおこない、福祉サービス事業者等と連携し、必要に応じて会議を開催します。
- ③ 具体的な対応策をお客様に（場合によってはご家族にも）説明し、対応策を実施します。
- ④ 対応策の実施状況を確認するとともに、お客様に満足度をお聞きします。
- ⑤ 苦情を受け付けてから終結までの一連のできごとを記録に残し、整備し、これを研修に使う等して従業者への周知徹底を図り、再発防止に努めます。
- ⑥ 記録は5年間保管します。

## (3) 行政機関その他の苦情受付機関

|                                 |  |
|---------------------------------|--|
| 東広島市健康福祉部介護保険課                  | 東広島市西条栄町8-29<br>電話番号：082-420-0937<br>受付日時：平日のみ 8：30～17：15<br>(但し、祝祭日，12/29～1/3を除く)             |
| 広島県福祉サービス運営適正化委員会               | 広島市南区比治山本町12-2<br>広島県社会福祉協議会内<br>電話番号：082-254-3419<br>受付日時：平日のみ 8：30～17：00<br>(但し、祝祭日，年末年始を除く) |
| 広島県国民健康保険団体連合会介護保険課<br>(苦情処理担当) | 広島市中区東白島町19-49<br>電話番号：082-554-0783<br>受付日時：平日のみ 8：30～17：15<br>(但し、祝祭日，12/29～1/3を除く)           |

## 1.2 非常災害時の対応

|                |  |
|----------------|--|
| 非常時の対応         | 別に定めた「消防計画」に基づき対応します。  |
| 避難訓練及び<br>防災設備 | 消防計画に基づき、年2回程度、火事、地震等の災害を想定した避難訓練を入所者も参加して行います。<br>(主要防火設備) スプリンクラー・防火扉・シャッター・避難階段・誘導灯<br>屋内外消火栓・消火器・自動火災報知機・ガス漏れ警報器 |

### 1 3 協力医療機関等

|      |              |  |
|------|--------------|--|
| 医療機関 | 病院名及び<br>所在地 | 医療法人若葉会 西条中央病院<br>東広島市西条昭和町1 2 番 4 0 号   |
|      | 電話番号         | 0 8 2 - 4 2 3 - 3 0 5 0                  |
|      | 診療科          | 内科                                       |
|      | 入院設備         | 有  |
| 歯科   | 病院名及び<br>所在地 | 医療法人社団 光誠会 早志歯科診療所<br>東広島市西条昭和町1 3 - 3 7 |
|      | 電話番号         | 0 8 2 - 4 2 3 - 9 1 9 5                  |
|      |              |  |

### 1 4 第三者による評価の実施状況

|               |      |        |           |
|---------------|------|--------|-----------|
| 第三者による評価の実施状況 | 1 あり | 実施日    |           |
|               |      | 評価機関名称 |           |
|               |      | 結果の開示  | 1 あり 2 なし |
|               | 2 なし |        |           |

令和 年 月 日

介護保険に係る指定及び地域密着型特別養護老人ホームときわの施設利用の開始に際し、本書面に基づき重要事項の説明を行いました。

法人名 社会福祉法人広島県リハビリテーション協会  
事業所名 地域密着型特別老人ホームときわ  
説明者職名 ㊟

私は、本書面に基づいて事業者から重要事項の説明を受け、地域密着型特別養護老人ホームときわに係るサービスの提供及び利用の開始に同意しました。

利用者 住所  
氏名 ㊟

代理人 (選任した場合)  
住所  
氏名 ㊟  
(契約者との続柄\_\_\_\_\_)

家族等  
住所  
氏名 ㊟  
(契約者との続柄\_\_\_\_\_)