

## 「小規模多機能型居宅介護ガレリア・ルナ」重要事項説明書

当事業所は介護保険の指定を受けています。  
南さつま市指定 第4691100095号

当事業所はご契約者に対して指定小規模多機能型居宅介護サービスを提供します。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とおり説明します。

※当サービスの利用は、原則として要介護認定の結果「要支援」「要介護」と認定された方が対象となります。申請が終えてあれば、要介護認定をまだ受けていない方でもサービスの利用が可能な場合もあります。

### ◆◆目次◆◆

|                         |    |
|-------------------------|----|
| 1. 事業者                  | 1  |
| 2. 事業所の概要               | 2  |
| 3. 事業実施地域及び営業時間         | 3  |
| 4. 職員の配置状況              | 3  |
| 5. 当事業所が提供するサービスと利用料金   | 4  |
| 6. 苦情の受付について(契約書第18条参照) | 10 |
| 7. 第三者評価の実施状況           | 11 |
| 8. 運営推進会議の設置            | 11 |
| 9. 協力医療機関、バックアップ施設      | 11 |
| 10. 非常火災時の対応            | 12 |
| 11. 事故発生時の対応            | 12 |
| 12. サービス利用にあたっての留意事項    | 12 |

### 1. 事業者

- |           |                         |
|-----------|-------------------------|
| (1) 法人名   | 社会福祉法人野の花会              |
| (2) 法人所在地 | 鹿児島県南さつま市加世田武田 13877 番地 |
| (3) 電話番号  | 0993-52-8715            |
| (4) 代表者氏名 | 理事長 吉井満寛                |
| (5) 設立年月  | 昭和62年7月24日              |

## 2. 事業所の概要

- (1) 事業所の種類 小規模多機能型居宅介護事業  
平成23年9月1日指定 事業所番号 4691100095号
- (2) 事業所の目的 住み慣れた地域で生活するために、介護保険法令に従い利用者が自宅で可能な限り暮らし続けられるような生活の支援を目的として、通いサービス、訪問サービス、宿泊サービスを柔軟に組み合わせてサービスを提供します。
- (3) 事業所の名称 小規模多機能型居宅介護事業 ガレリア・ルナ
- (4) 事業所の所在地 鹿児島県南さつま市東本町8-10
- (5) 電話番号 0993-78-3313
- (6) 管理者氏名 寺園 正一
- (7) 当事業所の運営方針 利用者一人ひとりの人格を尊重し、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、利用者の心身の状況、希望及びその置かれている環境を踏まえて、通いサービス、訪問サービス及び宿泊サービスを柔軟に組み合わせることにより、地域での暮らしを支援します。
- (8) 開設年月 平成23年9月1日
- (9) 登録定員 29人  
(通いサービス定員18人、宿泊サービス定員9人)
- (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。宿泊サービスの際にご利用される居室は個室ですが、心身の状況により、就寝場所等個別の相談が必要な場合は、その旨お申し出ください。(ただし、ご契約者の心身の状況や居室の空き状況によりご希望に添えない場合もあります)

| 居室・設備の種類    |     | 室数        | 備考                     |
|-------------|-----|-----------|------------------------|
| 宿<br>泊<br>室 | 個室① | 7室        | ベッド、タンス、トイレ、洗面台、エアコン完備 |
|             | 個室② | 2室        | ベット、タンス、エアコン           |
|             | 合計  | 9室        |                        |
| 居間・食堂       |     | 1室        |                        |
| 台所          |     | 1室        |                        |
| 浴室          |     | 1室        | 一人槽2台                  |
| 消防設備        |     | スプリンクラー設備 |                        |
| その他         |     |           |                        |

※ 上記は、厚生労働省が定める基準により、指定小規模多機能型居宅介護事業所に

必置が義務付けられている施設・設備です。

### 3. 事業実施地域及び営業時間

(1) 通常の事業の実施地域 南さつま市区域

※上記以外の地域の方は原則として当事業所のサービスを利用できません。

(2) 営業日及び営業時間

|        |                           |
|--------|---------------------------|
| 営業日    | 365日（年中無休）                |
| 通いサービス | 9時30分～16時30分（希望により時間延長可能） |
| 訪問サービス | 24時間（随時）                  |
| 宿泊サービス | 16時30分～翌9時30分             |

※受付・相談については、通いサービスの営業時間と同様です。

### 4. 職員の配置状況

当事業所では、ご契約者に対して指定小規模多機能型居宅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。

〈主な職員の配置状況〉※職員の配置については、指定基準を遵守しています。

| 従業者の職種    | 常勤 | 非常勤 | 常勤換算  | 指定基準 | 職務の内容        |
|-----------|----|-----|-------|------|--------------|
| 1.管理者     | 1人 | 人   |       | 1人   | 事業内容調整       |
| 2.介護支援専門員 | 1人 | 人   | 人     | 1人   | サービスの調整・相談業務 |
| 3.介護職員    | 9人 | 3人  | 10.3人 | 10人  | 日常生活の介護・相談業務 |
| 4.看護職員    | 人  | 2人  | 1.6人  | 1人   | 健康チェック等の医務業務 |

※常勤換算：職員それぞれの週あたりの勤務延時間数の総数を当事業所における常勤職員の所定勤務時間数（週40時間）で除した数です。

〈主な職種の勤務体制〉

| 職種        | 勤務体制                                                                  |
|-----------|-----------------------------------------------------------------------|
| 1.管理者     | 勤務時間：9：00～18：00                                                       |
| 2.介護支援専門員 | 勤務時間：9：00～18：00                                                       |
| 3.介護職員    | 主な勤務時間：9：00～18：00<br>夜間の勤務時間：22：00～8：00<br>その他、利用者の状況に対応した勤務時間を設定します。 |
| 4.看護職員    | 勤務時間：9：00～17：00                                                       |

## 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、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<br>(介護保険の給付の対象となるサービス) |
|-----------------------------------------------|

|                                                   |
|---------------------------------------------------|
| (2) 利用料金の全額をご契約者に負担いただく場合<br>(介護保険の給付対象とならないサービス) |
|---------------------------------------------------|

### (1) 介護保険の給付の対象となるサービス (契約書第4条参照)

以下のサービスについては、利用料金の9割が介護保険から給付され、利用者の自己負担は費用全体の1割の金額となります (\*平成27年8月1日以降、2割負担の方は、利用料金の8割が介護保険から給付され、利用者の自己負担は費用全体の2割の金額となります。又平成30年8月1日以降、3割負担の方も追加され、利用料金の7割が介護保険から給付され、利用者の自己負担は費用全体の3割の金額となります)。ア～ウのサービスを具体的にそれぞれどのような頻度、内容で行うかについては、ご契約者と協議の上、小規模多機能型居宅介護計画に定めます。

#### 〈サービスの概要〉

##### ア 通いサービス

事業所のサービス拠点において、食事や入浴、排せつ等の日常生活上の世話や機能訓練を提供します。

##### ① 食事

- ・ 食事の提供及び食事の介助をします。
- ・ 調理場で利用者が調理することができます。
- ・ 食事サービスの利用は任意です。

##### ② 入浴

- ・ 入浴または清拭を行います。
- ・ 衣服の着脱、身体の清拭、洗髪、洗身の介助を行います。
- ・ 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排せつの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

- ・利用者の状況に適した機能訓練を行い、身体機能の低下を防止するよう努めます。

#### ⑤健康チェック

- ・血圧測定等利用者の全身状態の把握を行います。

#### ⑥送迎サービス

- ・ご契約者の希望により、ご自宅と事業所間の送迎サービスを行います。

#### イ 訪問サービス

- ・利用者の自宅にお伺いし食事や入浴、排せつ等の日常生活上の世話や機能訓練を提供します。
- ・訪問サービス実施のための必要な備品等（水道・ガス、電気を含む）は無償で使用させていただきます。
- ・訪問サービスの提供にあたって、次に該当する行為はいたしません。

##### ①医療行為

②ご契約者もしくはその家族等からの金銭または高価な物品の授受

③飲酒及びご契約者もしくはその家族等の同意なしに行う喫煙

④ご契約者もしくはその家族等に対して行う宗教活動、政治活動、営利活動

⑤その他契約者もしくはその家族等に行う迷惑行為

#### ウ 宿泊サービス

- ・事業所に宿泊していただき、食事、入浴、排せつ等の日常生活上の世話や機能訓練を提供します。

#### 〈サービス利用料金〉（契約書第5条参照）

ア 通い・訪問・宿泊（介護費用分）すべてを含んだ一月単位の包括費用の額  
利用料金は1か月ごとの包括費用（定額）です。

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から介護保険給付費を除いた金額（自己負担額）をお支払いください（サービスの利用料金は、ご契約者の要介護度に応じて異なります）。

小規模多機能型居宅介護費（1月につき）

※同一建物に居住する者以外の者に対して行う場合

| 1.ご契約者の要介護度とサービス利用料金  | 要支援1    |         | 要支援2    |         | 要介護1    |         | 要介護2    |         | 要介護3 |  | 要介護4 |  | 要介護5 |  |
|-----------------------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|------|--|------|--|------|--|
|                       | 1割      | 34,500  | 69,720  | 104,580 | 153,700 | 223,590 | 246,770 | 272,090 |      |  |      |  |      |  |
| 2割                    | 69,000  | 139,440 | 209,160 | 307,400 | 447,180 | 493,540 | 544,180 |         |      |  |      |  |      |  |
| 3割                    | 103,500 | 209,160 | 313,740 | 461,100 | 670,770 | 740,310 | 816,270 |         |      |  |      |  |      |  |
| 2.うち、介護保険から給付される金額    | 1割      | 31,050  | 62,748  | 94,122  | 138,330 | 201,231 | 222,093 | 244,881 |      |  |      |  |      |  |
|                       | 2割      | 62,100  | 125,496 | 188,244 | 276,660 | 402,462 | 444,186 | 489,762 |      |  |      |  |      |  |
|                       | 3割      | 93,150  | 188,244 | 282,366 | 414,990 | 603,693 | 666,279 | 732,159 |      |  |      |  |      |  |
| 3.サービス利用に係る自己負担額（1－2） | 1割      | 3,450   | 6,972   | 10,458  | 15,370  | 22,359  | 24,677  | 27,209  |      |  |      |  |      |  |
|                       | 2割      | 6,900   | 13,944  | 20,916  | 30,740  | 44,718  | 49,354  | 54,418  |      |  |      |  |      |  |
|                       | 3割      | 10,350  | 20,916  | 31,374  | 46,110  | 67,077  | 74,031  | 81,627  |      |  |      |  |      |  |

※同一建物に居住する者に対して行う場合

| 1.ご契約者の要介護度とサービス利用料金  | 要支援1   |         | 要支援2    |         | 要介護1    |         | 要介護2    |         | 要介護3 |  | 要介護4 |  | 要介護5 |  |
|-----------------------|--------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|------|--|------|--|------|--|
|                       | 1割     | 31,090  | 62,810  | 94,230  | 138,490 | 201,440 | 222,330 | 245,160 |      |  |      |  |      |  |
| 2割                    | 62,180 | 125,620 | 188,460 | 276,980 | 402,880 | 444,660 | 490,320 |         |      |  |      |  |      |  |
| 3割                    | 93,270 | 188,430 | 282,690 | 415,470 | 604,320 | 666,990 | 735,480 |         |      |  |      |  |      |  |
| 2.うち、介護保険から給付される金額    | 1割     | 27,981  | 56,529  | 84,807  | 124,641 | 181,296 | 200,097 | 220,544 |      |  |      |  |      |  |
|                       | 2割     | 55,962  | 113,058 | 169,614 | 249,282 | 362,592 | 400,194 | 441,088 |      |  |      |  |      |  |
|                       | 3割     | 83,943  | 169,587 | 254,421 | 373,923 | 543,888 | 600,291 | 661,632 |      |  |      |  |      |  |
| 3.サービス利用に係る自己負担額（1－2） | 1割     | 3,109   | 6,281   | 9,423   | 13,849  | 20,144  | 22,233  | 24,516  |      |  |      |  |      |  |
|                       | 2割     | 6,218   | 12,562  | 18,846  | 27,698  | 40,288  | 44,466  | 49,032  |      |  |      |  |      |  |
|                       | 3割     | 9,327   | 18,843  | 28,269  | 41,547  | 60,432  | 66,699  | 73,548  |      |  |      |  |      |  |

☆ 月ごとの包括料金ですので、契約者の体調不良や状態の変化等により小規模多機能型居宅介護計画に定めた期日より利用が少なかった場合、または小規模多機能型居宅介護計画に定めた期日より多かった場合であっても、日割りでの割引または増額はいたしません。

☆ 月途中から登録した場合または月途中から登録を終了した場合には、登録した期間に応じて日割りした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、通い、訪問、宿泊  
のいずれかの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

☆ ご契約者がまだ要介護認定を受けていない場合には、サービス利用料金の全額をいったんお支払いいただきます。要介護の認定を受けた後、自己負担額を除く金額が介護保険から払い戻されます（償還払い）。償還払いとなる場合、ご契約者が保険給付の申請を行うために必要となる事項を記載した「サービス提供証明書」を交付します。

☆ ご契約者に提供する食事及び宿泊に係る費用は別途いただきます（下記（２）ア及びイ参照）

☆ 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、ご契約者の負担額を変更します。

## イ 加算について

### ○初期加算（１日につき 30 単位：30 日間のみ加算）

小規模多機能型居宅介護事業所に登録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 1 日につき 30 単位が加算されます。30 日を超える入院をされた後に再び利用を開始した場合も同様です。

### ○認知症加算（Ⅲ）（1 月につき 760 単位）

主治医意見書における認知症日常生活自立度のランクⅢ、Ⅳ、又は M に該当する認知症の方が算定対象となります。

### ○認知症加算（Ⅳ）（1 月につき 460 単位）

要介護状態区分が要介護 2 である方であって、主治医意見書における認知症日常生活自立

度ランクⅡに該当する認知症の方が算定対象となります。

○介護職員処遇改善加算Ⅱ（1月につき所定単位数の14.6%を加算）

介護職員の処遇改善の取り組みとして、平成21年10月から実施されていた介護職員処遇改善交付金制度が、平成27年度介護報酬改定において、介護報酬に組み込まれ介護職員処遇改善加算として加算されます。

○看護職員配置加算

厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして市町村長に届け出た指定小規模多機能型居宅介護事業所については、当該施設基準に掲げる区分に従い、1月につきそれぞれ次に掲げる所定単位数を加算します。

- (Ⅰ) 専ら当該指定小規模多機能型居宅介護事業所の職務に従事する常勤の看護師を1名以上配置していること。(900単位)
- (Ⅱ) 専ら当該指定小規模多機能型居宅介護事業所の職務に従事する常勤の准看護師を1名以上配置していること。(700単位)
- (Ⅲ) 専ら当該指定小規模多機能型居宅介護事業所の職務に従事する看護職員を常勤換算方法で1名以上配置していること。(480単位)

○総合マネジメント体制強化加算Ⅱ（1月につき800単位）

次に掲げる基準のいずれにも適合することで加算されます。

- (Ⅰ) 個別サービス計画について、利用者の心身の状況や家族を取り巻く環境の変化を踏まえ、介護職員や看護職員等の多職種協働により、随時適切に見直しを行っていること。
- (Ⅱ) 日常的に地域住民等との交流を図り、地域の行事や活動等に積極的に参加していること。

○科学的介護推進体制加算（1月につき40単位）

以下の要件をいずれも満たすことで算定されます。

- ①入所者・利用者ごとの、ADL値、栄養状態、口腔機能、認知症の状況、その他の入居者の心身の状況等の基本的な情報を厚生労働省へ提出する（3カ月に1回）。
- ②必要に応じて介護計画書を見直すなど、サービス提供に当たって、上記の情報その他のサービスを適切かつ有効に提供するために必要な情報を活用する。

(2) 介護保険の給付対象とならないサービス

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。

〈サービスの概要と利用料金〉

ア 食事の提供（食事代）

ご契約者に提供する食事に要する費用です。

料金：朝食304円 昼食504円 夕食504円 おやつ代100円

イ 宿泊に要する費用

ご契約者に提供する宿泊サービスの宿泊に要する費用です。

居室代① 1泊 2,000円 (光熱水費別途)

居室代② 1泊 1,000円

ウ 通常の事業の実施地域以外のご契約者に対する送迎費及び交通費

通常の事業の実施地域以外のご契約者に対する送迎費及び交通費です。

実費相当額

エ オムツ代

当事業所のオムツを使用した場合・・・実費相当額

オ レクリエーション、クラブ活動

ご契約者の希望によりレクリエーションやクラブ活動に参加していただくことができます。

利用料金：材料代等の実費をいただきます。

カ 複写物の交付

ご契約者は、サービス提供についての記録をいつでも閲覧できますが、複写物を必要とする場合には実費をご負担いただきます。

1枚につき 10円

- ☆ 経済状況の著しい変化その他やむを得ない事由がある場合、相当な額に変更することがあります。その場合事前に変更の内容と変更する事由について、変更を行う2か月前までにご説明します。

(3) 利用料金のお支払い方法 (契約書第5条参照)

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25日までにお支払いください。

- ① 銀行口座振替か振込み
- ② 受付けにて現金

(4) 利用の中止、変更、追加 (契約書第6条参照)

- ☆ 小規模多機能型居宅介護サービスは、小規模多機能型居宅介護計画に定められた内容を基本としつつ、契約者の日々の様態、希望等を勘案し、適時適切に通いサービス、訪問サービスまたは宿泊サービスを組み合わせて介護を提供するものです。

- ☆ 利用予定日の前に、ご契約者の都合により、小規模多機能型居宅介護サービスの利用を中止または変更、もしくは新たなサービスの利用を追加することができます。

この場合には原則としてサービスの実施日の前日までに事業者申し出てください。

- ☆ 5.(1)の介護保険の対象となるサービスについては、利用料金は1ヵ月ごとの包括費用(定額)のため、サービスの利用回数等を変更された場合も1ヶ月の利用料は変更さ

れません。ただし、5.(2)の介護保険の対象外のサービスについては、利用予定日の前日までに申し出がなく、当日になって利用の中止の申し出をされた場合、取消料として下記の料金をお支払いいただく場合があります。ただしご契約者の体調不良等正当な事由がある場合は、この限りではありません。

|                       |         |
|-----------------------|---------|
| 利用予定日の前日までに申し出があった場合  | 無 料     |
| 利用予定日の前日までに申し出がなかった場合 | 当日の利用料金 |

☆ サービス利用の変更・追加の申し出に対して、事業所の稼働状況により契約者の希望する日時にサービスの提供ができない場合、他の利用可能日時を契約者に提示して協議します。

#### (5) 小規模多機能型居宅介護計画について

小規模多機能型居宅介護サービスは、利用者一人ひとりの人格を尊重し、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、利用者の心身の状況、希望及びその置かれている環境を踏まえて、通いサービス、訪問サービス及び宿泊サービスを柔軟に組み合わせることにより、地域での暮らしを支援するものです。

事業者は、ご契約者の状況に合わせて適切にサービスを提供するために、ご契約者と協議の上で小規模多機能型居宅介護計画を定め、またその実施状況を評価します。計画の内容及び評価結果等は書面に記載してご契約者に説明の上交付します。

## 6. 苦情の受付について（契約書第18条参照）

### (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以下の専用窓口で受け付けます。

○苦情受付窓口（担当者）

【管理者兼介護支援専門員】 寺園 正一

○受付時間 9時00分～18時00分

また、苦情受付ボックスを玄関に設置しています。

社会福祉法人 野の花会 第三者委員

委員 久木田 敏 電話 0993-72-9406

委員 賦句 辰治 電話 0996-22-0452

### (2) 行政機関その他苦情受付機関

|                        |                                                                                         |
|------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------|
| 南さつま市市役所<br>介護支援課介護給付係 | 所在地 南さつま市加世田川畑 2648<br>電話番号 0993-53-2111 F A X 0993-52-0113<br>受付時間 8 : 3 0 ~ 1 7 : 0 0 |
|------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------|

|                                           |                                                                                        |
|-------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------|
| 国民健康保険団体連合会<br>介護保険課介護相談室                 | 所在地 鹿児島市鴨池新町6番6号鴨池南国ビル7階<br>電話番号 099-213-5122 F A X 099-213-0817<br>受付時間 9:00～17:00    |
| 長寿社会推進部福祉サービス運営適正化委員会<br>(鹿児島県社会福祉協議会事務局) | 所在地 鹿児島市鴨池新町1番7号県社会福祉センター5階<br>電話番号 099-286-2200 F A X 099-257-5707<br>受付時間 9:00～16:00 |
| 鹿児島県<br>くらし保健福祉部<br>高齢者生き生き推進課            | 所在地 鹿児島市鴨池新町10番1号<br>電話番号 099-286-2703 F A X 099-286-5554<br>受付時間 9:00～17:00           |

## 7. 第三者評価の実施状況

第三者評価実績なし。

## 8. 運営推進会議の設置

当事業所では、小規模多機能型居宅介護の提供にあたり、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、地域住民の代表者、市町村職員、地域包括支援センター職員、小規模多機能型居宅介護について知見を有する者等 |
| 開 催：     | 隔月で開催                                                          |
| 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。                               |

## 9. 協力医療機関、バックアップ施設

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以下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。

|                  |                                        |
|------------------|----------------------------------------|
| ＜協力医療機関・施設＞      |                                        |
| アルテンハイムリハクリニック本町 | 所在地 南さつま市加世田本町37-2<br>TEL 0993-53-3211 |
| 中村歯科             | 所在地 南さつま市加世田小湊445<br>TEL 0993-53-3246  |

## 10. 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、契約者も参加して行います。

消防署への届出日：平成25年 9月25日

防火管理者：寺園 正一

<消防用設備>

- |          |         |          |
|----------|---------|----------|
| ・自動火災報知機 | ・非常通報装置 | ・スプリンクラー |
| ・非常用照明   | ・誘導灯    | ・消火器     |

## 11. 事故発生時の対応

サービス提供により事故が発生した場合には、ご家族、市、関係機関等への連絡行うなど必要な処置を講じ、事故の状況や事故に際して取った処置について記録し、賠償すべき事故の場合には、損害賠償を速やかに行います。

## 12. 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ください。
- 事業所内の設備や器具は本来の用法にしたが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。
- 他の利用者の迷惑になる行為はご遠慮ください。
- 所持金品は、自己の責任で管理してください。
- 事業所内での他の利用者に対する執拗な宗教活動及び政治活動はご遠慮ください。

指定小規模多機能型居宅介護サービスの提供の開始に際し、本書面に基づき重要事項の説明を行いました。

小規模多機能型居宅介護事業所    ガレリア・ルナ  
説明者職名 介護支援専門員    氏名 寺園 正一    印

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、指定小規模多機能型居宅介護サービスの提供開始に同意しました。

令和 年 月 日

契約者 住 所 \_\_\_\_\_

氏 名 \_\_\_\_\_ 印

家 族 住 所 \_\_\_\_\_

氏 名 \_\_\_\_\_ 印

代理人 (関係 \_\_\_\_\_ )

住 所 \_\_\_\_\_

氏 名 \_\_\_\_\_ 印

※ この重要事項説明書は、厚生労働省令第34号(平成18年3月14日)第88条により準用する第9条の規定に基づき、利用申込者またはその家族への重要事項説明のために作成したものです。