

指定短期入所生活介護・介護予防短期入所生活介護事業所

ショートステイ『松 寿 苑』

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。

(秋田県指定 第 0570217703 号)

株式会社 松寿苑

◆◆ 目 次 ◆◆

《重要事項説明書》

1. 事業者	10. 非常災害時対策
2. 事業所の概要	11. 衛生管理等
3. 利用定員について	12. 業務継続計画の策定等
4. 利用料金及び支払い方法	13. 身体的拘束等について
5. 提供するサービス内容	14. 虐待防止のための措置に関する事項
6. 送迎実施地域	15. 秘密保持と個人情報の取り扱い
7. サービス利用にあたっての留意事項	16. 協力機関
8. 施設利用に関する留意事項	17. サービス利用に関する相談・苦情
9. 緊急時・事故発生時の対応方法	18. その他、運営に関する重要事項

当事業所は、契約者に対して短期入所生活介護・介護予防短期入所生活介護サービスを提供します。契約を締結する前に知っておいていただきたい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。

1 事業者

事業者名(法人名)	株式会社 松 寿 苑	
法 人 所 在 地	〒016-0862 秋田県能代市字寿域長根 4 番地 8	
事業者の連絡先	電 話 番 号	0 1 8 5 - 8 9 - 1 5 2 2
	F A X 番 号	0 1 8 5 - 8 9 - 1 5 3 3
代 表 者 氏 名	代表取締役 玉山 智之	
設 立 年 月 日	平成 2 1 年 3 月 1 2 日	

2 事業所の概要

事業所の種類	短期入所生活介護事業 (単独型 従来型個室) 介護予防短期入所生活介護事業 (単独型 従来型個室)	
事業所の目的	要支援・要介護状態になった場合においても、その利用者が可能な限りその居宅において、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および機能訓練をおこなうことにより、利用者の心身の機能の維持並びに利用者の家族の身体的及び精神的負担の軽減を図っていくものとします。	
事業所の名称	ショートステイ「松寿苑」	
事業所の所在地	〒016-0862 秋田県能代市字寿域長根 4 番地 8	
介護保険事業者 指定番号	秋田県指定 0 5 7 0 2 1 7 7 0 3	
サービス開始年月日	平成 2 1 年 5 月 1 5 日	
事業所の連絡先	電 話 番 号	0 1 8 5 - 8 9 - 1 5 2 2
	F A X 番 号	0 1 8 5 - 8 9 - 1 5 3 3
	E メールアドレス	ss-shojuen@angel.ocn.ne.jp

運営方針	① 常に「基本理念」を旨にサービスに努める。 ② 利用者、ご家族との絆を大切にし、「在宅復帰」を念頭において、ご家族と共に条件整備に努める。 ③ 柔軟かつ多様なサービスを展開するために、常に施設機能の改善・向上にと努め、より家庭的な環境づくりを目指す。 ④ 職員の資質と専門性の向上をはかり、選ばれる施設を目指す。
事業所の管理者	氏名 大山 政信

2) 設備の概要

居 室 (全個室)	居室面積 12.76 m ²	1 室	居室面積 12.60 m ²	2 室
	居室面積 12.15 m ²	5 室	居室面積 10.94 m ²	2 室
	居室面積 12.00 m ²	9 室	居室面積 10.80 m ²	1 室
食堂リビング・機能訓練室		1 か所		
医務・静養室		1 か所		
浴室（特別浴室・普通浴室）		1 か所		
相談室		1 か所		
事務室		1 か所		

3) 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。

従業員の職種	常勤	非常勤	うち兼務	職務内容・備考
管理者	1 名		1 名	管理業務（看護職員と兼務）
生活相談員	2 名		2 名	相談業務（介護員と兼務）
看護職員	2 名	1 名	2 名	健康チェック等の看護業務 機能訓練指導
機能訓練指導員	1 名		1 名	機能訓練指導 （看護職員と兼務）
介護職員	10 名		2 名	日常生活の介護業務全般 （相談員と兼務）
栄養士		1 名	1 名	献立作成等 調理業務
調理員	2 名	2 名	1 名	調理業務

3. 利用定員について

ショートステイ「松寿苑」は、その利用可能ベッド数を20床とします。

4. 利用料金及び支払い方法（別紙）

1) 当事業所が提供するサービスの利用料金につきましては、①利用料金が介護保険から給付される場合、②利用料金の全額を利用者にご負担いただく場合があります。

＊別紙をご参照ください。

2) サービス利用料金の支払い方法は、1ヶ月ごとに利用料金を計算し、翌月10日頃にご請求いたしますので、翌月末日までに以下の方法により支払うものとします。

ア) 事業者指定口座への振り込み

イ) 口座振替

・毎月20日振替（銀行休業日の場合は翌営業日）

・利用可能金融機関： 秋田銀行 北都銀行

＊事前手続きがありますので、事業所までお申し込みください。

3) お支払いを確認後、領収書を発行いたしますので、大切に保管をお願いします。

5. 提供するサービス内容・サービス提供の記録

1) サービス提供に先立って、『介護保険被保険者証』、『介護保険負担割合証』、『介護保険負担限度額認定証』のご提示をお願いいたします。

記載内容に変更がありましたら、速やかに当事業所までお知らせください。

2) 利用者に係る居宅介護支援事業者が作成する「居宅サービス計画（ケアプラン）」に基づき、利用者及び家族の意向を踏まえて、「（介護予防）短期入所生活介護計画」を作成します。なお、作成した「（介護予防）短期入所生活介護計画」は、利用者又は家族にその内容を説明しますので、ご確認いただくようお願いします。

3) サービス提供は「（介護予防）短期入所生活介護計画」に基づいて行います。なお、利用者等の心身の状況や意向などの変化により、必要に応じて内容を変更することができます。

4) 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通常9割（一定以上所得のある方は8割または7割）が介護保険から給付されます。

① 食事援助	朝食	8：00	～	9：00
	昼食	12：00	～	13：00
	夕食	17：00	～	18：00

(原則、食堂にて食事となります)

- | | |
|------------|---|
| ② 入浴介助 | 原則として、週 2 回以上 |
| | 状態に応じて特殊浴槽の使用または清拭となる場合があります。 |
| ③ 介 護 | ご希望や状態に応じ、適切な介護サービスを提供します。 |
| | <ul style="list-style-type: none"> ・ 着替え介助 ・ おむつ交換 ・ 体位交換 ・ 排泄介助 ・ 施設内の移動の付き添い ・ シーツ交換 など |
| ④ 機能回復訓練 | 利用者の心身状況等を踏まえて、必要に応じて、日常生活を送る上で必要な生活機能の改善又は維持のための機能訓練をおこないます。 |
| ⑤ 生活相談 | 利用中の相談、利用後の相談等もお聞きいたします。 |
| ⑥ レクリエーション | |

集団レクリエーションなど、詳しくは担当にお聞きください。

- 5) (介護予防) 短期入所生活介護を提供した際には、提供した具体的なサービス内容等の記録を行うこととし、その記録はサービスを提供した日から5年間保存します。利用者は、事業所に対してサービス提供記録の閲覧及び複写物の交付を請求することができます。

6. 送迎実施地域

送迎可能な地域：能代市・山本郡全域

ご利用になる方の身体状況により、送迎状況が異なります。ご相談下さい。

7. サービス利用にあたっての留意事項

1) サービスの利用申し込み

ご利用をご希望される場合は、まずは、お電話でお申し込みください。

ご利用期間決定後、契約書を締結いたします。

※ 居宅サービス計画の作成を依頼している場合は、事前に介護支援専門員
とご相談下さい。

2) サービスの利用契約の終了

① 利用者のご都合でサービス利用契約を終了する場合

実際に短期入所生活介護をご利用中でなければ、いつでも解約できます。この場合、その後の予約は無効になります。

② 以下の場合には双方の通知がなくても、自動的に契約を終了し、予約は無効となります。

- ・利用者が介護施設に入所した場合
- ・利用者が死亡した場合
- ・介護保険給付で、サービスを受けている利用者の要介護認定区分が、非該当（自立）と認定された場合

※ この場合に限り、予約を有効にしたまま、契約条件を変更して再度契約することができます。

3) 短期入所生活介護（介護予防短期入所生活介護）のご利用中止

① 利用開始予定日以前の中止

利用前に利用者またはご家族の都合でサービスを中止する場合は、キャンセル料を頂くことがあります。

② 以下の事由に該当する場合は、利用期間中でもサービスを中止し、退所して頂く場合があります。

- ・ 利用者が中途退所を希望した場合
- ・ 利用日の健康チェックの結果、体調が悪かった場合
- ・ 利用中に体調が悪くなった場合
- ・ 他の利用者または、職員の生命、健康に重大な影響を与える行為があった場合、またはその危害の切迫したおそれがあり、かつ施設における通常の接遇方法等では、これを防止することができない行為があった場合

※上記の場合で必要時は、ご家族または緊急連絡先へ連絡するとともに、速やかに主治医又は連携医療機関・担当の介護支援専門員に連絡をするなど必要な措置を講じます。

8. 施設利用に関する留意事項

貴重品の取り扱い	当施設では、貴金属や現金などの高額な持ち物については施設が管理を致します。但し、金額に換えることができない思い出のお品につきましては、自己責任でお願いいただくか、ご家族が保管していただくようお願いします。
面会について	当施設では、ご家族・ご友人の面会を歓迎いたします。面会時は、その都度職員に届け出てください。 ◎ 面会時間 午前：9時～11時、午後：2時～4時 ※ 上記以外の時間については、事前にご相談ください。
外出	外出の際には、必ず行き先、付き添い人氏名、当施設に戻る予定日時を届出書に記入の上、管理者の承認を得てください。
施設設備の利用	居室や設備、器具は本来の用途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、弁償していただくことがあります。
喫煙について	施設内での喫煙は、原則としてご遠慮いただきます。
食べ物の持ち込み	健康管理及び食中毒防止のため、生ものや賞味期限が記載されていないものはお断りいたします。判断に困るものであれば、職員にご相談ください。持ち込まれる際は、職員にお声かけください。

迷惑行為など	騒音など、他の利用者の迷惑になる行為はご遠慮願います。また、むやみに他の利用者の居室などに立ち入らないようお願いいたします。
宗教活動・政治活動について	施設内での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。
動物の飼育など	施設内へのペットの持ち込み・飼育はお断りしています。

9. 緊急時および事故発生時の対応方法

1) 緊急時の対応方法

サービス提供中に、利用者に病状の急変その他必要な場合には、速やかに利用者の主治医及び家族へ連絡を行うとともに必要な措置を講じます。主治医との連絡及び指示が得られなかった場合には、あらかじめ事業所が定めた協力医療機関へ連絡するとともに受診等の適切な処置を講じます。

2) 事故発生時の対応方法

当事業所が利用者に対するサービスの提供により、事故が発生した場合は、速やかに利用者の家族・市町村等に連絡を行うとともに、必要な措置を講じます。

また、利用者に対するサービスの提供により、賠償すべき事故が発生した場合には、加入している損害補償保険により損害賠償を速やかに行います。

事故については、事業所として事故の状況・経過を記録し、生じた原因を解明し、再発防止のための対策を講じます。

10. 非常災害時対策

1) 事業所のサービス提供中に非常災害に備えて、消防計画、風水害、地震等の災害に対処するための計画を作成し、防火管理者を置き、非常災害対策に関する取り組みを行います。

2) 管理者は日常的に非常災害に関する具体的計画を立て、具体的な対処方法、避難経路及び協力機関等との連携方法を確認し、災害時には避難等の指揮をとります。連携体制を整備し、それらを定期的に従業員へ周知します。

3) 非常災害に備え、年2回以上（春／秋 夜間想定含）の避難、救出その他必要な訓練を行います。

訓練の実施にあたっては、地域住民の参加が得られるように連携に努めます。

4) 防火管理者（災害対策に関する担当者） 白山 誠

11. 衛生管理等

1) サービス提供の際に使用する事業所、食器その他備品等又は飲用に供する水について、衛生的な管理に努め、又は衛生上必要な措置を講じます。

2) 必要に応じて、保健所の助言、指導を求めるとともに、常に密接な連携に努め

ます。

3) 事業所において感染症が発生し、又はまん延しないように次に掲げる措置を講じます。

- ①事業所における感染症の予防及びまん延防止のための対策を検討する委員会をおおむね6月に1回以上開催するとともに、その結果について、従業員に周知徹底しています。
- ②事業所における感染症の予防及びまん延のための指針を整備しています。
- ③従業員に対し、感染症及びまん延防止のための研修及び訓練を定期的実施します。

1 2. 業務継続計画の策定等

- 1) 感染症や非常災害の発生時において、利用者に対する（介護予防）短期入所生活介護の提供を継続的に実施するための、及び非常時の体制で早期の業務再開を図るための計画（以下、「業務継続計画」という）を策定し、当該業務継続計画に従い必要な措置を講じます。
- 2) 事業所は、従業員に対し、業務継続計画について周知するとともに、必要な研修及び訓練を定期的実施します。
- 3) 事業所は、定期的に業務継続計画に見直しを行い、必要に応じて業務継続計画の変更を行います。

1 3. 身体的拘束等について

- 1) 施設は、指定（介護予防）短期入所生活介護サービスの提供に当たって、原則として利用者に対しての身体拘束等を行いません。ただし、自傷他害等のおそれがある場合など、利用者本人又は他人の生命・身体に対して危険が及ぶことが考えられるときは、利用者に対して説明し同意を得た上で、次に掲げることに留意して、必要最小限の範囲内で行うことがあります。その場合は、身体拘束を行った日時、理由及び態様、検討内容等についての記録を行います。
 - ①緊急性 — 当該利用者又は他の利用者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。
 - ②非代替性 — 身体的拘束等を行う以外に代替する介護方法がない場合。
 - ③一時性 — 身体的拘束等が一時的である場合。危険が及ぶことがなくなった場合は、直ちに身体的拘束を解きます。
- 2) 施設は、身体的拘束等をなくしていくため、適正化のための取り組みを積極的に行います。
 - ①身体的拘束等の適正化のための対策を検討する委員会を定期的開催し、報告された事例及び分析結果を従業員に周知徹底します。（3月に1回以上）
 - ②身体的拘束等の適正化のための指針を整備します。
 - ③身体的拘束等の適正化のための研修を実施します。（年2回以上）

1 4. 虐待防止のための措置に関する事項

高齢者虐待防止等のための取り組みとして、事業者は利用者等の人権の擁護・虐待の防止等のために、次に掲げるとおり必要な措置を講じます。

- 1) 研修等を通じて、従業員の人権意識の向上や知識や技術の向上に努めます。
- 2) 個別支援計画の作成など適切な支援の実施に努めます。
- 3) 従業員が支援にあたっての悩みや苦労を相談できる体制を整えるほか、従業員が利用者等の権利擁護に取り組める環境の整備に努めます。また、適切に実施するための担当者をおきます。(担当者：管理者 大山 政信)
- 4) 虐待の防止のための対策を検討する委員会を定期的に開催するとともに、その結果について、従業員に周知徹底を行います。
- 5) 虐待防止の指針を整備し、必要に応じ見直しを行います。

1 5. 秘密保持と個人情報の取り扱い

- 1) 施設及び同職員は、サービスを提供する上で知り得た利用者・代理人及びその他のご家族に関する情報を、正当な理由なく第三者に漏らしません。この守秘義務は、契約終了後も継続します。
- 2) 施設及び同職員は、利用者に医療上、緊急の必要がある場合には医療機関等に利用者に関する心身等の情報を提供するものとします。また、他の介護事業者等との連携を図るなど正当な理由がある場合には、事前に同意を得た上で、サービスを提供する上で知り得た利用者及びその家族に関する情報を用いることができるものとします。

1 6. 協力機関

【 医療連携・嘱託医師・協力医療機関 】

病 院 名	診 療 科	連 絡 先
能代厚生医療センター	総合診療科	0185-52-3111
白坂内科胃腸科医院（嘱託医）	内科・胃腸科・代謝内科	0185-54-6624
地域医療機能推進機構 秋田病院	総合診療科	0185-52-3271
鈴木歯科医院	歯科診療全般	0185-54-6630
まもる歯科クリニック	歯科、矯正歯科、歯科口腔外科	0185-88-8989
みなみ歯科	歯科	0185-52-8117

17. サービス利用に関する相談・苦情

事業所苦情 相談窓口	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。 受付担当者：管理者 大山 政信 電話番号 0185-89-1522 FAX 0185-89-1533 受付時間 8:30～17:30 また、苦情受付箱を事業所受付に設置しています。
公的機関苦情 相談窓口	・秋田県健康福祉部長寿社会課 018-860-1363 ・秋田県国民健康保険団体連合会 018-862-3850 ・能代市役所長寿いきがい課 0185-89-2157 ・三種町役場福祉課 0185-85-2247 ・八峰町役場福祉保健課 0185-76-4608 ＊お住まいの市町村の介護保険担当が相談窓口になります。 ・秋田県運営適正化委員会（苦情解決委員会） 「秋田県福祉サービス推奨支援センター」に苦情・相談ができます。 TEL：018-862-2726／FAX：018-864-2742
第三者委員 相談窓口	・受付担当者： 安部 美恵子

18. その他、運営に関する重要事項

1) サービスの第三者評価の実施状況

1 あり	実施した直近の年月日	
	第三者評価機関名	
	評価結果の開示状況	
2 なし		

2) 重要事項説明書等の交付、同意等の方法

- ①重要事項説明書等の交付、説明、同意、承諾、締結その他これらに類するもの（以下、「交付等」という）について、書面での交付等に代えて、電磁的方法によることができるものとします。
- ②電磁的方法での交付等は、事前に利用者等の承諾を得た上で行います。

利用料金表

※サービス利用料金のうち本人支払額は、『介護保険負担割合証』の利用者負担割合に応じて、異なります。(通常は1割～3割)

(1) 基本利用料 (個室)

(1日あたり)

要介護度	サービス 基本料金	利用者負担額		
		(1割)	(2割)	(3割)
要支援1	4,790円	479円	958円	1,437円
要支援2	5,960円	596円	1,192円	1,788円
要介護1	6,450円	645円	1,290円	1,935円
要介護2	7,150円	715円	1,430円	2,145円
要介護3	7,870円	787円	1,574円	2,361円
要介護4	8,560円	856円	1,712円	2,568円
要介護5	9,260円	926円	1,852円	2,778円

61日以上入所の場合

(1) 基本利用料 (個室)

(1日あたり)

要介護度	サービス 基本料金	利用者負担額		
		(1割)	(2割)	(3割)
要支援1	4,420円	442円	884円	1,326円
要支援2	5,480円	548円	1,096円	1,644円
要介護1	5,890円	589円	1,178円	1,767円
要介護2	6,590円	659円	1,318円	1,977円
要介護3	7,320円	732円	1,464円	2,196円
要介護4	8,020円	802円	1,604円	2,406円
要介護5	8,710円	871円	1,742円	2,613円

※要支援1、2の場合は、31日以降から上記金額になります。

(2) 加算・減算費用等 (共通)

(1日あたり、(※)は1回あたり)

項 目	自己負担額			説 明
	(1割)	(2割)	(3割)	
夜勤職員配置加算 (I) 130 円	1 3 円	2 6 円	3 9 円	夜勤を行う介護職員・看護職員を 1 人以上配置している場合 (介護予防を除く)
サービス提供体制強化 加算 (Ⅲ) 60 円	6 円	1 2 円	1 8 円	常勤職員が 7 5 %以上配置している場合
看護体制加算 (Ⅳ) イ 230 円	2 3 円	4 6 円	6 9 円	看護職員を常勤換算数で 1 人以上配置しており、2 4 時間常時連絡できる体制を整備しており、かつ、利用者数のうち介護度 3～5 の割合が 70%以上の場合 (介護予防を除く)
送迎加算 (片道 1 回につき) 1,840 円	1 8 4 円	3 6 8 円	5 5 2 円	利用者の状態や家族の事情からみて送迎が必要な利用者に対して、その居宅の送迎を行う場合
長期利用者に対する短期 入所生活介護提供減算 -300 円	- 3 0 円	- 6 0 円	- 9 0 円	同一事業所に入所している期間が、連続して 3 1 日以上～6 0 日入所している場合 ※連続 6 1 日以上の場合は算定しません (介護予防除く)
療養食加算 (1 日 3 回を限度) 80 円	8 円	1 6 円	2 4 円	食事の提供が栄養士により管理され、適切な栄養量及び内容の食事を提供した場合 (入所時、医師の食事指導箋を出した方のみ)
若年性認知症利用者 受入加算 1,200 円	1 2 0 円	2 4 0 円	3 6 0 円	受け入れた若年性認知症利用者毎に個別の担当者を定めている場合
緊急短期入所受入加算 900 円	9 0 円	1 8 0 円	2 7 0 円	利用者の状態や家族等の事情により、介護支援専門員が緊急に利用を必要と認めた者に対し、居宅サービス計画に位置付けられていない短期入所生活介護を緊急に行った場合、行った日から起算して 7 日を限度として加算されます。
介護職員等処遇改善 加算 (Ⅱ)	1 割	2 割	3 割	利用合計単位の 13.6%相当額加算されます。

※介護職員等処遇改善加算

介護現場で働く方の処遇改善を行い人材確保に努め、良質なサービス提供を続けることができるようにするための取り組みです。各算定要件を満たしている場合に算定されます。

滞在費・食費

*介護保険負担限度額認定証をお持ちの場合は、認定証に記載されている金額になります。
(入所の際に、事業所にご提示ください)

区 分	滞 在 費	食 費	対 象
第4段階	1,270円	1,500円	利用者負担第1段階～第3段階以外の人
第1段階	380円	300円	世帯全員が市町村民税非課税 生活保護受給者、老齢福祉年金受給者等
第2段階	480円	600円	世帯全員が市町村民税非課税 年金収入等※80万円以下
第3段階①	880円	1,000円	世帯全員が市町村民税非課税 年金収入等※80万円超 120万円以下
第3段階②	880円	1,300円	世帯全員が市町村民税非課税 年金収入等※120万円超

※年金収入等＝公的年金等収入金額（非課税年金を含みます）＋その他の合計所得

その他の費用（介護保険の給付とならないサービス）*全額ご利用者の負担となります

介護保険給付の支給限度額を超えるサービス	超過している分のサービス利用料金（介護給付対象部分）の全額が自己負担となります。	
使用する居室料	1日あたり 1,270円（料金表参照）	
食事の提供	1日あたり 1,500円（料金表参照） （朝食360円、・昼食600円、・夕食540円） 第4段階のご利用者は、提供した食費の負担となります。 ※予定していた食事を急にキャンセルした場合は、食事代を頂きます。	
理美容代金	2,000円～ ／回	ご利用者又はご家族の希望によりおこないます。 ※理美容業者に直接支払う場合は税込です。
電気代	30円／日	テレビなどを使用する場合、電気代をご負担いただきます。（2台目～ 20円）
送迎にかかる費用	実費	通常の送迎実施地域を越える場合は、実費（高速料金等）をご負担いただきます。
C S（入所）セット	286円／日	ご希望により、入所中に必要な日用品類（タオル類、日用品）をレンタルでご利用ができます。 （当社契約の事業者と直接契約となります）
上記に掲げるもののほか、提供されるサービスのうち、ご希望により、その利用者が負担することが適当と認められる費用につき、実費をご請求いたします。		

- * ご利用者が要支援、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。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) また、居宅サービス（ケアプラン）、介護予防ケアプランが作成されていない場合も償還払いとなります。償還払いとなる場合、お客様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。
- * 介護保険からの給付額に変更があった場合は、変更額にあわせて、ご利用者の負担額を変更いたします。
- * ご利用者に介護保険料の未納がある場合、自己負担額については料金表と異なることがあります。
- * 介護保険給付の支給限度額を超えてサービスを利用される場合は、超えた分のサービス利用料金は全額が自己負担となります。
- * ご利用者が負担限度額認定証をお持ちの場合でも、自費が発生するご利用につきましては、サービス利用料金、その他の加算及び食費・滞在費は負担限度額認定証記載の金額によらず全額をお支払いいただきます。

< 関連事業所 >

ショウホウエン

『株式会社 松 峰 園』

TEL0185-88-8244 (代表)

秋田県山本郡八峰町峰浜水沢字下カッチキ台 41 番地 58 TEL0185-70-3200

指定認知症対応型共同生活介護事業所

グループホーム松峰園

指定認知症対応型通所介護事業所

グループホーム松峰園 (共用型)

秋田県能代市字鳥小屋 33 番地 2 TEL0185-89-1177

指定短期入所生活介護事業所 (介護予防含)

ショートステイ「松峰園」

秋田県能代市落合字上前田 149 番地 1 TEL0185-88-8200

指定特定施設入居者生活介護 (介護予防含)

サンビレッジ^{セイフウ}清風のしろ

秋田県能代市落合字上前田 149 番地 1 TEL0185-89-1733

指定通所介護事業所 (通所型サービス含)

デイサービスセンター清風のしろ

秋田県能代市落合字上前田 149 番地 1 TEL0185-88-8228

指定居宅介護支援 / 指定介護予防支援

ケアビレッジ燦々介護支援センター

秋田県能代落合字落合 72 番地 1 TEL0185-88-8411

指定小規模多機能型居宅介護事業所 (介護予防含)

小規模多機能型居宅介護事業所「松峰園」

秋田県能代落合字落合 72 番地 1 TEL0185-88-8416

有料老人ホーム (住宅型)

高齢者ハウス「松峰園」

緊急時連絡票

ふ り が な		
利 用 者 氏 名	様 （ 男 ・ 女 ）	
◆ 家族等のご連絡先（記入上位者を優先して連絡します）		
①	氏 名	様 （続柄 ）
	住 所 電話番号	
②	氏 名	様 （続柄 ）
	住 所 電話番号	
③	氏 名	様 （続柄 ）
	住 所 電話番号	
居宅介護支援事業所	事業所名 : _____ 電話番号 : _____ (担当)	
かかりつけ医 (主治医)	病院・医院名 : _____ 電話番号 : _____ (主治医) 病院・医院名 : _____ 電話番号 : _____ (主治医)	
緊急時搬送希望先	病院名 : _____ 電話番号 : _____	
特 記		

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

上記内容について、指定短期入所生活介護及び介護予防短期入所生活介護サービスの提供開始に際し、利用者及び代理人に対して契約書及び本書面に基づき、重要事項の説明を行いました。

< 事業者 >

所在地 〒016-0862 秋田県能代市字寿域長根 4 番地 8
 事業者名 株式会社 松寿苑
 代表者名 代表取締役 玉山 智之 ㊞

< 事業所 >

所在地 〒016-0862 秋田県能代市字寿域長根 4 番地 8
 事業所名 ショートステイ「松 寿 苑」
 管理者名 大山 政信
 説明者名 _____

私は、契約書及び本書面により、事業者から重要事項の説明を受け、短期入所生活介護及び介護予防短期入所生活介護サービスの利用開始に同意しました。

令和 年 月 日

< 利用者 > 氏 名 _____

(署名または押印)

< 代理人 > 氏 名 _____ 続 柄 _____

(署名または押印)

以上この証として、契約当事者は本書 2 通を作成し、記名の上、各 1 通保有するものとします。