

重要事項説明書 兼 契約書

(指定地域密着型通所介護)

(介護予防通所サービス)

事業者 : 運動リハビリステーションAQUA 高上店

指定地域密着型通所介護・介護予防通所サービス 重要事項説明書

1 事業者の概要

名 称	株式会社 Y's 予備校
法 人 所 在 地	愛知県名古屋市西区名駅二丁目 34-17-1101
電 話 番 号	052-508-9249
代 表 者 氏 名	代表取締役 吉野 貴文
設 立 日	2013 年 10 月
事 業 内 容	指定地域密着型通所介護・豊田市介護予防通所サービス 運動リハビリステーション AQUA 高上店（令和 4 年 9 月 1 日指定） 運動リハビリステーション AQUA 美里店（令和 4 年 9 月 1 日指定） 運動リハビリステーション AQUA 宮上店（令和 4 年 9 月 1 日指定）

2 事業所の概要

事業所の名称	運動リハビリステーション AQUA 高上店	
事業所の種類	指定地域密着型通所介護 豊田市介護予防通所サービス	
管理者の氏名	石川 裕貴	
事業所の所在地	愛知県豊田市高上二丁目 2 番地 7	
事業所の電話番号	0565-47-5031	
サービス提供地域	豊田市内の一部（高橋地区、松平地区一部、猿投地区一部 石野地区一部、挙母地区一部、藤岡地区一部）	
サービス提供曜日・時間	営 業 日	月曜日から金曜日まで
	定 休 日	土曜日、日曜日及び 12 月 31 日～1 月 3 日
	営 業 時 間	8：30～17：30
	サ ー ビ ス 提 供 時 間	1 単位目： 9：00～12：10 2 単位目： 13：30～16：40
事業所番号	2393000787（令和 4 年 9 月 1 日指定）	
第三者評価	実施実績なし	
事業所の目的	機能訓練（リハビリ）に特化した活動プログラムにより、介護度の軽減や日常生活動作の向上を図り、健康感を高めます。さらにコミュニケーションの場としていきいきとした生活をもたらすことを目的とします。	
運 営 方 針	1. ご契約者様に外出の機会を提供して社会的孤立感の解消を図ります。 2. ご家族の介護負担の軽減を図ります。 3. 機能訓練や日常生活訓練を重視し、個別の機能訓練プログラムを作成します。	

3 事業所の職員体制

当事業所では、ご契約者様に対して指定地域密着型通所介護及び豊田市介護予防通所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

職種	資格	専従	兼務	兼務職種	業務内容
管理者	介護福祉士		1名	生活相談員	従業者および業務の管理
生活相談員	介護福祉士	1名	1名	管理者	利用者の相談・援助等
機能訓練指導員	理学療法士他	1名	4名	看護職員	機能訓練の実施、指導等
看護職員	看護師他		4名	機能訓練指導員	利用者の体調管理、指導等
介護職員	介護福祉士 他	5名			介護サービスの提供

4 主たる対象者・利用定員

主たる対象者	要介護認定者、要支援認定者、事業対象者
利用定員	午前 18名 ・ 午後 18名 (指定地域密着型通所介護、豊田市介護予防通所サービス)

5 当事業所が提供するサービスと利用料金

(1) 利用料金について

ご利用するサービスの種類や実施日、実施内容等については、居宅サービス計画に沿い、事業所とご契約者様で協議したうえで通所介護計画に定めます。

<サービス利用料金（1割負担参考）>

要介護度と利用料金 (ご利用者様負担額)	事業対象者・要支援1・2 1,921円/月(週1回程度)		要支援2 3,868円/月(週2回程度)		
要介護度と利用料金 (ご利用者様負担額)	要介護1 504円/回	要介護2 571円/回	要介護3 637円/回	要介護4 701円/回	要介護5 768円/回

<サービス利用料金（2割負担参考）>

要介護度と利用料金 (ご利用者様負担額)	事業対象者・要支援1・2 3,841円/月(週1回程度)		要支援2 7,735円/月(週2回程度)		
要介護度と利用料金 (ご利用者様負担額)	要介護1 1,008円/回	要介護2 1,141円/回	要介護3 1,273円/回	要介護4 1,402円/回	要介護5 1,536円/回

<サービス利用料金（3割負担参考）>

要介護度と利用料金 (ご利用者様負担額)	事業対象者・要支援1・2 5,761円/月(週1回程度)		要支援2 11,602円/月(週2回程度)		
要介護度と利用料金 (ご利用者様負担額)	要介護1 1,512円/回	要介護2 1,711円/回	要介護3 1,910円/回	要介護4 2,102円/回	要介護5 2,304円/回

加算料金等について

	単位	ご利用者様負担 (1 割負担参考)	ご利用者様負 (2 割負担参考)
個別機能訓練加算 (I) イ (介護)	56 単位/回	59 円/回	118 円/回
介護職員処遇改善加算Ⅲ 通所型独自サービス処遇改善加算Ⅲ	所定単位数の 80/1000		

※サービス利用料金(参考)には処遇改善加算は含んでおりません。(個別機能訓練加算 (I) は含んでいます)

※介護職員処遇改善加算、通所型独自サービス処遇改善加算算定の対象事業所となっております。

※前述の料金表の事業対象者及び要支援認定者は 1 ヶ月あたりの利用料、要介護認定者は 1 回あたりの利用料をわかりやすく表にしたものです。要介護認定者は月のご利用回数等の計算により 1 ヶ月分の利用料を計算いたしますので、多少の金額の差異が出ますのでご注意ください。介護保険からの給付額に変更があった場合、変更された額に合せてご契約者様の負担額を変更いたします。

(2) 利用料金のお支払方法

前記 (1) の料金・費用は、1 ヶ月毎に計算し、当該月翌月の 10 日以降の通所日にご請求します。利用料金のお支払いは原則口座引き落としとなります。(1 ヶ月に満たない期間のサービスに関する利用料金は、利用日数に基づいて計算した金額とします。)

(3) 利用の中止、変更、追加

利用予定日の前にご契約者様の都合により、地域密着型通所介護、介護予防通所サービスの利用を中止、変更、又は新たなサービスの利用を追加する事が出来ます。この場合にはサービスの実施日の前日までに事業者申し出て下さい。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ご契約者様のご希望する期間にサービスの提供ができない場合、他の利用可能日時をご契約者様にご提示して協議します。また、ご契約者様の都合による欠席が 2 カ月間に及ぶ場合は、事業所の稼働状況により、他の利用可能日時へ変更する場合があります。ご契約者様の都合による欠席が 3 ヶ月に及ぶ場合は、契約解除の対象となりますのでご了承ください。

6 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以下の専用窓口で受け付けます。

担 当 者	管理者 石川 裕貴		
電 話 番 号	0565-47-5031	F A X 番 号	0565-47-5032
受 付 時 間	8:30~17:30 (月曜日~金曜日 (12月31日から1月3日は除く))		

苦情は、直接お電話・FAX・書面にて受け付けます。

豊田市の相談・苦情窓口等でも受け付けています。

担 当 部 署	豊田市 福祉部 介護保険課
電 話 番 号	0565-34-6634
受 付 時 間	8：45～17：15（月曜日～金曜日（祝日・年末年始は除く））

愛知県国民健康保険団体連合会も区市町村や県と連携しながら苦情対応を行っています。

担 当 部 署	愛知県国民健康保険団体連合会 介護福祉課内 苦情相談室
電 話 番 号	052-971-4165
受 付 時 間	9：00～17：00（月曜日～金曜日（祝日・年末年始は除く））

（２）お申し立て頂いた苦情に関しましては、苦情対応委員会を開催し改善策を協議いたしまして、直接又は書面にてご回答させていただきます。

7 事故発生時の対応

- （１）当事業所は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には、応急処置、医療機関への搬送等の措置を講じ、速やかに市町村及び利用者の家族等に連絡するとともに、顛末記録、再発防止対策に努めその対応について協議します。
- （２）当事業所は、重大事故等が発生した場合には、直ちに所定の「事故等発生状況報告書」の書式により、関係者の状況、事故等の内容、対応等を記録し、監督官庁に報告をします。
- （３）当事業所は、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、損害賠償を速やかに行うこととします。ただし、事業者及び従業員の責に帰すべからざる事由による場合はこの限りではありません。

8. 送迎について

- （１）送迎は原則として、玄関先までのお迎えお送りをいたします。身体的・環境的等の諸事情がある場合は、ご契約者様、ご家族様とお話し合いを行い提供できる範囲の送迎サービスを提供させていただきます。
- （２）送迎時間につきましては、交通事情等で、10 分以上到着が遅れる場合がございます。その際は、事業所より電話連絡をいたします。
- （３）ご契約者様の体調不良等を除き準備等が出来ていない場合、他のご利用者様にご迷惑をおかけしてしまいますので長時間待機することはできません。ご契約者様、ご家族様のご協力をお願いいたします。
- （４）送迎中は、安全のため全席シートベルトの着用をお願いしております。
- （５）送迎中は、やむを得ず急停止する場合がございます。ご理解ご了承をお願いいたします。
- （６）送迎サービスは自宅以外の場所での降車、他店舗等への立ち寄りはありませんのでご理解をお願いいたします。
- （７）送迎車両は、普通乗用車（シエンタ・タント等）を用い、ご利用者様の身体状況や体調、送迎順を考慮し配車や配席をさせていただきます。送迎状況によりシエンタ3列目

シートへの乗車をお願いする場合がございます。ご理解ご了承をお願いいたします。

9. 当事業者のサービス利用に際し留意いただきたい事項

- (1) 利用者又はその家族は、体調の変化があった際には事業所にご一報ください。
- (2) 当日の健康状態の確認の結果、体調が悪い場合や利用中に体調が悪くなった場合は、サービス内容の変更またはサービスを中止することがあります。その場合、家族に連絡した上で適切に対応します。また、必要に応じて速やかに主治医などに連絡を取る等、必要な措置を講じます。
- (3) 利用者は事業所内の機械及び器具を利用される際、必ず職員に声をかけてください。
- (4) 事業所業所内での金銭及び食物等のやり取りはご遠慮ください。

10. 虐待の防止のための措置に関する事項

- (1) 虐待の防止のための対策を検討する委員会を年2回定期的に開催し、その結果について従業者に周知徹底を図ります。
- (2) 虐待の防止のための指針を整備します。
- (3) 従業者に対し、虐待の防止のための研修を年1回定期的に実施します。
- (4) 上記(1)から(3)までを適切に実施するための担当者を置きます。

「指定地域密着型通所介護・介護予防通所サービス」利用契約書

利用者 _____（以下、「利用者」という。）と事業者 令和4年9月1日指定の運動リハビリステーションAQUA 高上店（以下、「事業者」という。）は、指定地域密着型通所介護、豊田市介護予防通所サービスの利用に関して次の通り契約を結びます。

第1条（指定地域密着型通所介護・介護予防通所サービスの目的）

- 1 事業者は介護保険法等の関係法令及びこの契約書に従い、利用者がその有する能力に応じて可能な限り自立した日常生活を営むことができるよう指定地域密着型通所介護、豊田市介護予防通所サービス提供し、利用者の社会的孤立感の解消及び心身機能の維持並びに利用者の家族の身体的、精神的負担の軽減を図ります。
- 2 事業者は指定地域密着型通所介護、豊田市介護予防通所サービスの提供にあたっては、利用者の要介護状態区分及び利用者の被保険者証に記載された認定審査会の意見に従います。

第2条（契約期間と更新）

- 1 この契約書の契約期間は、契約締結日から利用者の要介護（要支援、事業対象者）認定の有効期間満了日までとします。但し、上記の契約期間満了日前に、利用者が事業対象者状態区分の変更または要介護状態区分の変更の認定を受け、要介護（要支援、事業対象者）認定有効期間の満了日が更新された場合には、変更後の要介護（要支援、事業対象者）認定有効期間の満了日までとします。
- 2 前項の契約期間の満了日の7日前までに利用者から更新拒絶の意思表示がない場合は、この契約は同一の内容で自動更新されるものとし、その後もこれに準じて更新されるものとし、
- 3 本契約が自動更新された場合、更新後の契約期間は、更新前の契約期間の満了日の翌日から更新後の要介護（要支援、事業対象者）認定有効期間の満了日までとします。

第3条（総合実施計画書の作成・変更）

- 1 事業者は利用者の心身の状況、その置かれている環境及び希望を踏まえて、総合実施計画を作成し、総合実施計画作成後も当該計画の実施状況の把握に努めます。
- 2 総合実施計画には、機能訓練等の目標や目標達成のための具体的なサービス内容等を記載します。
- 3 総合実施計画書は居宅サービス計画（ケアプラン）が作成されている場合には、その内容に沿って作成します。
- 4 事業者は次のいずれかに該当する場合には、第1条に規定する指定地域密着型通所介護、豊田市介護予防通所サービスの目的に従い、総合実施計画の変更を行います。

- (1) 利用者の心身の状況、その置かれている環境等の変化により、当該総合実施計画を変更する必要がある場合
- (2) 利用者が指定地域密着型通所介護、豊田市介護予防通所サービスの内容や提供方法等の変更を希望する場合

5、前項の変更に際して居宅サービス計画の変更が必要となる場合は、速やかに利用者の居宅介護支援事業者に連絡するなど必要な援助を行います。

6、事業者は総合実施計画を作成又は変更した際には、これを利用者及びその利用者の家族に説明し、その同意を得るものとします。

第4条（指定地域密着型通所介護・介護予防通所サービス内容）

1 事業者は総合実施計画に沿って、重要事項説明書に記載した内容の指定地域密着型通所介護、豊田市介護予防通所サービスを提供します。

2 事業者は利用者に対して指定地域密着型通所介護、豊田市介護予防通所サービスを提供するごとに、当該サービスの提供日及び内容、介護保険から支払われる報酬等の必要事項を、利用者が依頼する居宅介護支援事業者が作成する所定の書面に記載し、利用者の確認を受けることとします。

3 事業者は利用者の指定地域密着型通所介護、豊田市介護予防通所サービスの実施状況等に関する記録を整備し、その完結の日から5年間保存しなければなりません。

4 利用者及びその利用者の家族は必要がある場合には、事業者に対し前項の記録の閲覧及び自費による謄写を求めることができます。ただし、この閲覧及び謄写は事業者の業務に支障のない時間に行うこととします。

第5条（居宅介護支援事業者等との連携）

事業者は利用者に対して指定地域密着型通所介護、豊田市介護予防通所サービスを提供するにあたり、利用者が依頼する居宅介護支援事業者又はその他保健・医療・福祉サービスを提供する者との密接な連携に努めます。

第6条（協力義務）

利用者は事業者が利用者のため指定地域密着型通所介護、豊田市介護予防通所サービスを提供するにあたり、可能な限り事業者に協力しなければなりません。

第7条（苦情対応）

1 事業者は苦情対応の責任者及びその連絡先を明らかにし、事業者が提供した指定地域密着型通所介護、豊田市介護予防通所サービスについて利用者、利用者の家族から苦情の申し立てがある場合は、迅速かつ誠実に必要な対応を行います。

2 事業者は利用者及び利用者の家族が苦情申し立て等を行ったことを理由として、利用者に対し不利益な取り扱いをすることはできません。

第8条（緊急時の対応）

事業者は指定地域密着型通所介護、豊田市介護予防通所サービスの提供を行っているときに利用者に容態の急変が生じた場合、その他必要な場合は速やかに利用者の主治医に連絡を取るなど必要な対応を講じます。

第9条（費用）

1 事業者が提供する指定地域密着型通所介護、豊田市介護予防通所サービスの利用単位毎の利用料その他の費用は別紙重要事項説明書に記載したとおりです。

2 事業者は利用者が支払うべき利用料について、利用者が市町村から受ける額（以下、「介護保険限度額」という。）の限度において、利用者に代わって市町村から支払いを受けます。

3 利用者は要介護度に応じてサービスを受け、重要事項説明書に定める所定の料金体系に基づいたサービス利用料金から介護保険給付額を差し引いた差額分（介護保険負担割合証に記載された利用者負担の割合に準じた額）を事業者に支払うものとします。但し、利用者が要介護（要支援、事業対象者）認定を受けていない場合及び居宅サービス計画が作成されていない場合には、サービス利用料金を全額支払うものとし、要介護（要支援、事業対象者）認定後又は居宅サービス計画作成後、自己負担分を除く額が介護保険から払い戻されます（償還払い）。

4 事業者は提供する指定地域密着型通所介護、豊田市介護予防通所サービスのうち、介護保険の適用を受けないものがある場合には、特にそのサービスの内容及び利用料金を説明し、利用者の同意を得ます。

5 事業者は前三項に定める費用のほか、次の各号に掲げる費用の支払いを利用者に請求することができます。

- (1) 事業者の通常の事業の実施地域以外にある利用者の居宅から、利用者を送迎する場合に要する費用
- (2) 利用者の要望により通常要する時間を超えて提供された指定地域密着型通所介護、豊田市介護予防通所サービスの費用から通常提供される指定地域密着型通所介護、豊田市介護予防通所サービスの費用を差し引いた額
- (3) 指定地域密着型通所介護、豊田市介護予防通所サービスの中で提供される便宜のうち、日常生活においても通常必要となるものに係る費用であって、利用者に負担させることが適当と認められる費用

5 事業者は前項に定める費用の額にかかるサービスの提供にあたっては、あらかじめ利用者に対し当該サービスの内容及び費用について説明を行い、利用者の同意を得なければなりません。

6 事業者は指定地域密着型通所介護、豊田市介護予防通所サービスの利用単位毎の利用料及びその他の費用の額を変更しようとする場合は、1カ月前までに利用者に対し変更の申し出を行います。

第10条（利用者負担額の滞納）

1 利用者が正当な理由なく利用者負担額を支払わない場合には契約を解除する旨の催告をすることができます。

2 前項の催告をしたときは、事業者は利用者の居宅サービス計画を作成した居宅介護支援事業者と利用者の日常生活を維持する見地から居宅サービス計画の変更、介護保険外の公的サービスの利用について必要な協議を行うものとします。

3 事業者は、前項に定める協議を行いかつ利用者が滞納額の支払いをしなかったときは、この契約を文書により解除することができます。

4 事業者は、前項の規定により解除に至るまでは滞納を理由として指定地域密着型通所介護、豊田市介護予防通所サービスの提供を拒むことはできません。

第11条（秘密の保持）

1 事業者は正当な理由がない限り、その業務上知り得た利用者及びその家族の秘密を漏らしません。

2 事業者及びその従業員はサービス担当者会議等において、利用者及びその家族に関する個人情報を用いる必要がある場合、利用者及びその家族に使用目的等を説明し同意を得なければ、使用することができません。

3 事業者は利用者に医療上緊急の必要性がある場合には、医療機関等に利用者に関する心身等の情報を提供できるものとします。

第12条（利用者の解除権）

利用者は7日間以上の予告期間をもって、いつでもこの契約を解除することができます。

第13条（事業者の解除権）

1 事業者は利用者が法令違反又はサービス提供を阻害する行為をなし、事業者の再三の申し入れにもかかわらず改善の見込みがなく、このサービス利用契約の目的を達することが困難になったときは、30日間以上の予告期間をもってこの契約を解除することができます。

2 事業者は前項によりこの契約を解除しようとする場合は、前もって利用者の居宅サービス計画を作成した居宅介護支援事業者や公的機関等と協議し、必要な援助を行います。

第14条（契約の終了）

1、次に掲げるいずれかの事由が発生した場合は、この契約は終了するものとします。

- (1) 利用者が、要介護（要支援、事業対象者）認定を受けられなかったとき
- (2) 第2条1項及び2項により、契約期間満了日の7日前までに利用者から更新拒絶の申し出があり、かつ契約期間が満了したとき
- (3) 第12条に基づき、利用者が契約を解除したとき
- (4) 第10条3項又は第13条に基づき、事業者が契約を解除したとき
- (5) 利用者が介護保険施設や医療施設等へ入所又は入院等をしたとき
- (6) 利用者が死亡したとき

第15条（損害賠償）

1 事業者は指定地域密着型通所介護、豊田市介護予防通所サービスの提供にあたって事故が発生した場合には、速やかに利用者の家族に連絡を行うとともに必要な措置を講じます。

2 前項において事故により利用者に損害が発生した場合は、事業者は速やかにその損害を賠償します。ただし、事業者に故意、過失がない場合はこの限りではありません。

3 事業者は自己の責に帰すべき事由がない限り、損害賠償責任を負いません。とりわけ以下の各号に該当する場合には、事業者の損害賠償責任を免れます。

- (1)利用者がその心身の状況及び病歴等の重要事項について、故意にこれを告げず、又は不実の告知を行ったことに起因して損害が発生した場合
- (2)利用者がサービス実施にあたって必要な事項に関する聴取、確認に対して故意にこれを告げず、又は不実の告知を行ったことに起因して損害が発生した場合
- (3)利用者の急激な体調の変化等、事業者の実施したサービスを原因としない事由に起因して損害が発生した場合
- (4)利用者が事業者もしくは従業員の指示や指導、依頼に反して行った行為に起因して損害が発生した場合

第16条（施設利用上の注意義務等）

1 利用者は事業所の施設、設備、敷地等をその本来の用途に従って利用するものとします。

2 利用者は事業所の施設、設備等について故意又は重大な過失により滅失、破損、汚損もしくは変更した場合には、自己の費用により原状回復するか、又は相当の代価を支払うものとします。

第17条（利用者代理人）

利用者は代理人を選任してこの契約を締結させることができ、また契約に定める権利の行使と義務の履行を代理して行わせることができます。

第18条（合意管轄）

この契約に起因する紛争に関して訴訟の必要が生じたときは、名古屋地方裁判所を管轄裁判所とすることに合意します。

第19条（協議事項）

本契約に定められていない事項について問題が生じた場合には、事業者は介護保険法等の関係法令に従い、利用者と誠意をもって協議するものとします。

個人情報の使用に関わる同意書

利用者及びその代理人は、令和4年9月1日指定の運動リハビリステーション AQUA 高上店が、利用者及び身元引受人、家族等の個人情報（文章および写真・磁気テープ・電子保存媒体など）を以下に定める条件のとおり、下記の利用目的の必要最低限の範囲内で使用、提供または収集することに同意します。

1 利用期間

介護サービス提供に必要な期間および契約期間に準じます。

2 利用目的

- (1) 介護保険における要介護認定の申請及び更新、変更のため。
- (2) 利用者に関わる総合実施計画（ケアプラン）を立案し、円滑にサービスが提供されるために実施するサービス担当者会議での情報提供のため。
- (3) 医療機関、福祉事業者、介護支援専門員、介護サービス事業者、保険者（自治体）、その他社会福祉団体等の連絡調整のため。
- (4) 利用者が医療サービスの利用を希望している場合、および主治医等の意見を求める必要がある場合。
- (5) 利用者の利用する介護事業所内の介護会議のため。
- (6) 行政の開催する評価会議、サービス担当者会議。
- (7) その他、サービス提供で必要な場合。
- (8) 福祉事業やサービス向上に資するために行われる研究のため。
- (9) 実習生やボランティアなど人材育成のため。
- (10) 上記各号に関わらず、緊急を要するときの連絡等の場合。

3 利用目的2

- (11) 事業所が作成する活動資料中の個人を特定できない各種データ利用。
- (12) 事業所が作成する WEB サイト上での活動記録および写真。
- (13) 事業所が作成する介護支援専門員への報告資料上での活動記録および写真。

4 使用条件

- (14) 個人情報の提供は必要最低限とし、サービス提供に関わる目的以外、決して利用しない。
- (15) 個人情報を使用した会議の内容や相手方などについて経過を記録し、請求があれば開示する。
- (16) 11項において、契約者は事業所の発展の為、これに協力するものとする。
- (17) 12項に関する項目のうち、WEB サイト上での写真に関しては、契約者からの削除依頼があった場合には速やかに削除する。

以上のとおり、契約が成立したことを証するために本契約書を2通作成し、甲及び乙は記名押印の上、各自1通ずつ保有することとします。

事業者

事業者名 株式会社Y's 予備校
住所 愛知県名古屋市西区名駅二丁目 34-17-1101
代表取締役 吉野 貴文 印

事業所

施設名 運動リハビリステーション AQUA 高上店
住所 愛知県豊田市高上二丁目2番地7

私は、本書面に基づいて事業者からの契約書、重要事項、個人情報の使用に関わる同意書の説明を受け、指定地域密着型通所介護、豊田市介護予防通所サービスの提供開始に同意しました。

令和 年 月 日

利用者

住所： _____

氏名： _____ 印

利用者代理人（選任する場合のみ）

住所： _____

氏名： _____ 印

（利用者との続柄 _____）

私は、契約者及び家族の個人情報の使用に関わる同意書の説明を受け、同意しました。

令和 年 月 日

利用者家族代表者等

住所： _____

氏名： _____ 印

（利用者との続柄 _____）