

指定認知症対応型通所介護・指定介護予防認知症対応型通所介護

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。
(茨城県指定 第0874000201号)

当事業所はご利用者に対して指定認知症対応型通所介護・指定介護予防認知症対応型通所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・要支援認定の結果「要介護・要支援」と認定された方が対象となります。要介護・要支援認定をまだ受けていない方でもサービスの利用は可能です。

デイサービスセンターどんぐり村集会所

〒300-2302 茨城県つくばみらい市狸穴1072-46

TEL 0297-47-2011

FAX 0297-58-5603

2021年4月版

1. 事業者

- (1) 法人名 社会福祉法人 青洲会
- (2) 法人所在地 茨城県土浦市神立町字前原443-4
- (3) 電話番号 029-832-3550
- (4) 代表者氏名 理事長 平塚 進
- (5) 設立年月 平成11年3月

2. 事業所の概要

- (1) 事業所の種類 単独型指定認知症対応型通所介護事業所
平成16年5月23日指定
・指定更新日 平成28年5月24日
単独型指定介護予防認知症対応型通所介護事業所
平成18年4月1日指定
・指定更新日 平成28年5月24日
茨城県0874000201号
- (2) 事業所の目的 「デイサービスセンターどんぐり村集会所」は介護保険法令に従い、ご利用者がその有する能力に応じ、可能な限り自立した日常生活を営むことができるように支援することを目的として、ご利用者に必要なサービスを提供します。
- (3) 事業所の名称 デイサービスセンターどんぐり村集会所
- (4) 事業所の所在地 茨城県つくばみらい市狸穴1072-46
- (5) 電話番号 0297-47-2011
- (6) ホームページ <http://www.inanosato.com/>
- (7) 事業所長（管理者）氏名 安達 裕一
- (8) 当事業所の運営方針 在宅介護の負担軽減及び認知症対応型通所介護・介護予防認知症対応型通所介護計画に基づき、その方個人に合わせた、個別介護サービスの提供により認知症の進行を防ぐ。
- (9) 開設年月 平成16年6月1日
- (10) 通常の事業の実施地域 つくばみらい市
- (11) 営業日及び営業時間

営業日	月～土曜日	休日	日曜日、1月1日～3日
サービス提供時間	9:00 ～ 16:30 (うち7時間) 但し、ご利用者の状況によってこの限りではありません		
営業時間	8:00 ～ 18:00		

- (12) 利用定員 12人 ・2ユニット

3. 職員の配置状況

ご利用者に対してサービスを提供する職員として、以下の職員を配置しています。

〈主な職員の配置状況〉

職 種	指定基準
1. 事業所長(管理者)	1 名
2. 介護職員	4名以上
3. 生活相談員	2 名
4. 機能訓練指導員	2 名

4. 当事業所が提供するサービスと利用料金

ご利用者に対して以下のサービスを提供します。提供する利用料金について、介護保険の給付の対象になるサービスと全額をご負担いただくサービスがあります。

(1) 介護保険の給付の対象になるサービス

以下のサービスについては食費・その他費用を除き、9割若しくは8割又は7割が介護保険から支給されます。

※平成27年8月より、一定以上の所得者として、同一世帯の第1号被保険者の年金収入+その他の収入の合計所得金額が単身280万、2人以上世帯で346万以上の方は2割負担となります。

※平成30年8月より、一定以上の所得者として、同一世帯の第1号被保険者の年金収入+その他の収入の合計所得金額が単身340万、2人以上世帯で463万以上の方は3割負担となります。

〈サービスの概要〉

① 食事

- ・ 栄養士(管理栄養士)の立てる献立により提供しています。ご利用者の心身等の状況及び嗜好を考慮した食事を提供します。
- ・ 利用者の自立支援のため離床して食堂(フロア)にて食事を取っていただきます。

② 入浴

- ・ 浴槽は身体の状態に合わせて入浴できるように配慮します。入浴が出来ない場合は、清拭や部分浴を行います。

③ 排泄

- ・ ご利用者の状態に合わせた排泄の介助、自立支援を行います。

④ 送迎

- ・ 送迎が必要な場合は、自宅と事業所間の送迎を行います。送迎時間につきましては、おおよその時間の約束はできますが、ご利用者の状態や道路事情によって多少の前後がありますのでご了承下さい。

⑤ 機能訓練

- ・ 機能訓練指導員により、ご利用者の心身等の状況に応じて、日常生活を送るのに必要な機能の回復またはその減退を防止するための訓練を実施します。

⑥ その他

- ・ 認知症対応型通所介護・介護予防認知症対応型通所介護計画に基づき、必要な日常生活上の支援等を行います。

下記の料金表によって、ご利用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額を除いた金額（自己負担額）をお支払ください。

※以下表示の介護保険利用料は1割負担における料金になります。（ご利用者の介護保険負担割合に準ずる額）

〈介護サービス利用料金（1回あたり）〉

【7時間以上8時間未満】

要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
992単位	1,100単位	1,208単位	1,316単位	1,424単位

【8時間以上9時間未満】

要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
1,024単位	1,135単位	1,246単位	1,359単位	1,469単位

〈介護予防サービス利用料金（1回あたり）〉

【7時間以上8時間未満】

要支援1	要支援2
859単位	959単位

【8時間以上9時間未満】

要支援1	要支援2
886単位	989単位

※ご利用者が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）。また、居宅サービス計画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、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・介護予防】

入浴介助加算	(Ⅰ)40 単位／日	入浴介助を適切に行うことができる人員及び設備を有して、入浴介助を行う
	(Ⅱ)55 単位／日	<p>入浴介助を適切に行うことができる人員及び設備を有して、入浴介助を行うこと</p> <p>医師等が利用者の居宅を訪問し、浴室における当該利用者の動作及び浴室の環境を評価していること。この際、当該居宅の浴室が、当該利用者自身又は家族等の介助により入浴を行うことが難しい環境にある場合は、訪問した医師等が、介護支援専門員・福祉用具専門相談員と連携し、福祉用具の貸与・購入・住宅改修等の浴室の環境整備に係る助言を行うこと</p> <p>当該事業所の機能訓練指導員等が共同して、利用者の居宅を訪問した医師等と連携の下で、当該利用者の身体の状態や訪問により把握した当該居宅の浴室の環境等を踏まえた個別の入浴計画を作成すること</p> <p>上記の入浴計画に基づき、個浴その他の利用者の居宅の状況に近い環境にて、入浴介助を行うこと</p>
個別機能訓練加算	(Ⅰ)27 単位／日	<p>介護を行う時間帯に1日120分以上、専ら機能訓練指導員の勤務に従業する理学療法士等を1名以上配置している場合</p> <p>機能訓練指導員等その他の職種の者が利用者毎に個別機能訓練計画を作成し、当該計画に基づき計画的に機能訓練を行っていること</p>
	(Ⅱ)20 単位／月	個別機能訓練加算(Ⅰ)を算定している利用者について計画の内容等の情報を厚生労働省に提出し、機能訓練の実施に当たって、当該情報その他機能訓練の適切かつ有効な実施のために必要な情報を活用した場合
生活機能向上連携加算	(Ⅰ) 100 単位／月	<p>訪問・通所リハビリテーションを実施している事業所又はリハビリテーションを実施している医療提供施設(許可病床数200床未満のもの、または当該病院を中心とした半径4キロメートル以内に診療所が存在しないものに限る)の理学療法士等や医師からの助言(アセスメント・カンファレンス)を受けられる体制を構築し、助言を受けた上で、機能訓練指導員等が生活機能の向上を目的とした個別機能訓練計画を作成等すること</p> <p>理学療法士等や医師は、通所リハビリテーション等のサービス提供の場又はICTを活用した動画等により、利用者の状態を把握した上で、助言を行うこと</p>
	(Ⅱ) 200 単位／月 個別機能訓練加算を算定している場合 100 単位／月	訪問・通所リハビリテーションの理学療法士・作業療法士・言語聴覚士が利用者宅を訪問して行う場合、またはリハビリテーションを実施している医療提供施設(許可病床数200床未満のもの、または当該病院を中心とした半径4キロメートル以内に診療所が存在しないものに限る)の理学療法士・作業療法士・言語聴覚士・医師が訪問して行う場合に算定

ADL維持等加算	(I) 30 単位/月	<p>①利用者(評価対象利用期間が6月を超える者)の総数が10人以上であること</p> <p>②利用者全員について、利用開始月と、当該月の翌月から起算して6月目(6月目にサービスの利用がない場合はサービスの利用があった最終月)において、Barthel Indexを適切に評価できる者がADL値を測定し、測定した日が属する月ごとに厚生労働省に提出していること</p> <p>③利用開始月の翌月から起算して6月目の月に測定したADL値から利用開始月に測定したADL値を控除し、初月のADL値や要介護認定の状況等に応じた値を加えて得た値(調整済ADL利得)について、利用者等から調整済ADL利得の上位及び下位それぞれ1割の者を除いた者を評価対象利用者等とし、評価対象利用者等の調整済ADL利得を平均して得た値が1以上であること</p>
	(II) 60 単位/月	ADL維持等加算(I)の①と②の要件を満たすこと。 評価対象利用者等の調整済ADL利得を平均して得た値が2以上であること
科学的介護推進体制加算	40 単位/月	<p>以下のいずれの要件も満たすことを求める</p> <p>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所者の心身の状況等の基本的な情報を、厚生労働省に提出する</p> <p>②必要に応じてサービス計画を見直すなど、サービスの提供に当たって、上記の情報その他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</p>
若年性認知症利用者受入加算	60 単位/日	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
サービス提供体制強化加算	(I)22 単位/回	以下のいずれかに該当すること 介護福祉士の占める割合が70%以上 勤続10年以上介護福祉士25%以上
	(II)18 単位/回	介護福祉士の占める割合が50%以上の場合
	(III)6 単位/回	以下のいずれかに該当すること 介護福祉士の占める割合が40%以上 勤続7年以上30%以上
口腔・栄養スクリーニング加算	(I)20 単位/回	利用開始時及び利用中6ヶ月ごとに栄養状態の確認を行い、栄養状態に係る情報を介護支援専門員に提供していること
	(II)5 単位/回	栄養改善加算や航空機能向上加算を算定している場合に、口腔の健康状態と栄養状態のいずれかの確認を行い、当該情報を介護支援専門員に提供していること

<p>口腔機能向上加算</p>	<p>(Ⅰ) 介護 150 単位／ 回 予防 150 単位／ 月</p>	<p>口腔機能が低下している利用者又はそのおそれのある利用者に対し、言語聴覚士、歯科衛生士又は、看護職員を1名以上配置し、共同して口腔機能向上サービスを行っていること</p>
	<p>(Ⅱ) 介護 160 単位／ 回 予防 160 単位／ 月</p>	<p>口腔機能向上加算（Ⅰ）の取組に加え、口腔機能改善管理指導計画等の情報を厚生労働省に提出し、口腔機能向上サービスの実施にあたって当該情報、そのほか口腔衛生の管理の適切かつ有効な実施のために必要な情報を活用していること</p>
<p>栄養アセスメント加算</p>	<p>50 単位／月</p>	<p>当該事業所の従業者として、または外部（他の介護事業所、医療機関、介護保険施設、日本栄養士会や都道府県栄養士会が設置・運営する栄養ケア・ステーション）との連携により管理栄養士を1名以上配置していること</p> <p>利用者ごとに、管理栄養士、看護職員、介護職員、生活相談員その他の職種の者が共同して栄養アセスメントを実施し、当該利用者又はその家族に対してその結果を説明し、相談等に必要に応じ対応すること</p> <p>利用者ごとの栄養状態等の情報を厚生労働省に提出し、栄養管理の実施に当たって、当該情報その他栄養管理の適切かつ有効な実施のために必要な情報を活用していること</p>
<p>介護職員処遇改善加算</p>	<p>(Ⅰ) 所定単位数 ×10.4% (Ⅱ) 所定単位数 ×7.6% (Ⅲ) 所定単位数 ×4.2% (Ⅳ) (Ⅲ)の90% ※ (Ⅴ) (Ⅲ)の80% ※ ※令和4年3月31 日まで算定可能</p>	<p>①賃金改善に要する費用の見込み額が、介護職員処遇改善加算の算定見込み額を上回る賃金改善に関する計画を策定し、当該計画に基づき適切な措置を講じていること</p> <p>②介護職員処遇改善加算の算定額に相当する賃金改善を実施すること</p> <p>③①の賃金改善に関する計画、当該計画に係る実施期間及び実施方法その他介護職員に処遇改善の計画等を記載した介護職員処遇計画書を作成し全ての介護職員に周知し都道府県知事に届け出ていること</p> <p>④事業年度ごとに介護職員の処遇に関する実績を都道府県に報告すること</p> <p>⑤算定日が属する月の前12月間において、労働基準法、労働者災害補償保険法、最低賃金法、労働安全衛生法、雇用保険法その他の労働に関する法令に違反し、罰金異常の刑に処せられていないこと</p> <p>⑥労働保険料の納付が適正に行われていること</p> <p>⑦以下の基準にいずれにも適合すること</p> <p>(a) 介護職員の任用における職責又は、職務内容等の要件を定めていること</p> <p>(b) (a)の要件について書面をもって作成し、全ての介護職員に周知していること</p> <p>(c) 介護職員の資格の向上の支援に関する計画を策定し、当該計画に係る研修の実施又は研修の機会を確保していること</p>

		<p>(d) (c)について、全ての介護職員に周知していること</p> <p>(e) 職員の経験もしくは資格等に応じて、昇給する仕組み又は、一定の基準に基づき定期的に昇給を判定する仕組みを設けている場合</p> <p>⑧平成27年4月から②の届出の日の属する月の前月までに実施した介護職員の処遇改善の内容及び当該介護職員の処遇に要した費用を全ての介護職員に周知していること</p>
<p>介護職員等特定処遇改善加算</p> <p>(小数点以下四捨五入)</p> <p>右記の要件を満たした場合算定</p>	<p>(Ⅰ)利用したサービスにかかった料金×3.1%</p>	<p>①現行の介護職員処遇改善加算(Ⅰ)～(Ⅲ)のいずれかを算定している場合。</p> <p>②職場環境等要件について、「資質の向上」、「労働環境・処遇の改善」、「その他」の区分で、それぞれ1つ以上取り組んでいる場合。</p> <p>③介護職員処遇改善加算に基づく取組について、ホームページへの掲載等を通じた見える化を行っている場合。</p> <p>④サービス提供体制強化加算(Ⅰ)を算定している場合。</p>
	<p>(Ⅱ)利用したサービスにかかった料金×2.4%</p>	<p>①現行の介護職員処遇改善加算(Ⅰ)～(Ⅲ)のいずれかを算定している場合。</p> <p>②職場環境等要件について、「資質の向上」、「労働環境・処遇の改善」、「その他」の区分で、それぞれ1つ以上取り組んでいる場合。</p> <p>③介護職員処遇改善加算に基づく取組について、ホームページへの掲載等を通じた見える化を行っている場合。</p>
<p>【減算】</p> <p>事業所が送迎を行わない場合</p>	<p>所定単位数から片道につき47単位を減算</p>	<p>利用者に対して、その居宅と事業所との間の送迎を行わない場合</p>
<p>【減算】</p> <p>2時間以上3時間未満の認知症対応型通所介護を行う場合</p>	<p>所定単位数×63%</p>	<p>所要時間を2時間以上3時間未満の指定(介護予防)認知症対応型通所介護を行う場合</p>
<p>【減算】</p> <p>事業所と同一の建物に居住する者又は同一建物から利用する者に認知症対応型通所介護を行う場合</p>	<p>所定単位数から1日につき94単位を減算 (同一建物に対する減算)</p>	<p>認知症対応型通所介護事業所と同一建物に居住する者又は同一建物から当該事業所に通所系サービスを利用する者であること。</p> <p>傷病等により、一時的に送迎が必要な利用者、その他やむを得ず送迎が必要であると認められる利用者に対して送迎を行う場合は、減算を行わないこと</p>

【延長加算】

9 時間以上 10 時間未満の場合	50 単位/回	・所定時間 8 時間以上 9 時間未満の指定通所介護の前後に日常生活上の世話をを行った場合 ・指定通所介護の所要時間と指定通所介護の前後に行った日常生活上の世話の所要時間を通算した時間が 9 時間以上となる場合
10 時間以上 11 時間未満の場合	100 単位/回	
11 時間以上 12 時間未満の場合	150 単位/回	
12 時間以上 13 時間未満の場合	200 単位/回	
13 時間以上 14 時間未満の場合	250 単位/回	

○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利用者の負担額を変更します。

※地域区分 7 級地により、一部負担額×10.17円×10%が自己負担となります。

(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利用者の負担となります。

〈サービスの概要と利用料金〉

① デイサービスセット 300円

(連絡ノート・連絡袋・名札等、初回時のみ。再発行時、各100円がかかります。)

② 食事の提供に要する費用について (食材・調理費含)

料金：朝 食 (1食あたり) 500円

昼 食 (1食あたり) 700円 (おやつ代含)

夕 食 (1食あたり) 500円

おやつのみ提供の場合 100円

③ 利用時間延長料金

ご利用者やご家族の都合により利用時間延長が必要とする場合サービスを提供します。

④ 手工芸・園芸等のクラブ活動費及び材料費

ご利用者の希望により手工芸・園芸活動等に参加していただくことができます。費用等は実費のご負担となります。

⑤ 行事参加費

施設外行事交通費・入場料等実費のご負担となります。

⑥ 日常生活用品費

日常生活品についてはお持ち込み可能です。ご契約者からの希望により利用した場合については、次のとおりその費用をご負担となります。

1) 口腔ケアにかかる用品費

i. 歯磨きセット 50円/回

ii. 入れ歯洗浄剤等 30円/回

2) 髭剃り (T字髭剃り・電気シェーバー等) 使用料

i. T字髭剃り 50円/回

ii. 電気シェーバー 50円/回 (ネット・替え刃等含む)

3) 日常消耗品 (リンス、シャンプー、ボディソープ、洗顔石鹸、その他必要な消耗品・物品などを含む) は施設でご用意させて頂いているもの以外をご希望の場合は、別途実費負担となります。

⑦ 理髪代

理髪店等の出張による理髪サービス（移動美容室：実費）

⑧ 文書発行・手続代行等手数料

法令上、施設が義務化されているもの以外の各種文書発行、各種行政手続等代行手数料、又は領収証の再発行：1件1,000円

⑨ 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。

複写料金：20円/枚

⑩ オムツ代

尿取りパット 100円

紙おむつ 150円

紙パンツ 150円

⑪ 宿泊を必要とする場合の費用

ご利用者やご契約者の都合により宿泊が必要とする場合サービスを提供します。

宿泊に必要相当な額（食費等）のご負担となります。

（3）利用料金のお支払方法

前記（1）、（2）の料金・費用は、1ヶ月ごとに計算いたします。以下のいずれかの方法でお支払い下さい。

ア. ゆうちょ銀行（郵便局）による自動振替（毎月25日引落し）

イ. 上記以外の金融機関による自動振替（毎月27日引落し）

ウ. 下記指定口座への振り込み

常陽銀行 伊奈支店 普通預金 1257638

☆サービス料金の支払いが2ヶ月以上遅延し、相当期間定めた催告にもかかわらずお支払いがされなかった時、契約を解除させて頂く場合があります。

☆引落としの手続きにはお時間がかかる場合が御座います。お手続き完了までは、振込にてお支払い下さい。

（4）利用の中止、変更、追加

- サービス利用予定日の前にご利用者の都合により、サービス利用を中止又は変更、利用追加をすることができます。この場合にはサービスの実施日の前日までに事業所に申し出てください。
- 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。但しご利用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	当日の利用料金の10% (自己負担相当額)

- 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利用者の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利用者に提示して協議します。

5. 緊急時等の対応について

サービス提供時にご利用者の状態の変化、その他緊急事態が生じた場合、速やかにご契約者・主治の医師等に連絡するなどの措置を講じます。

6. 非常災害対策

非常災害、その他緊急の事態に備え必要な設備を備えます。関係機関と連絡を密にし、とるべき措置についてあらかじめ防災計画を作成し、少なくとも年2回以上必要な訓練を行います。

7. 虐待防止に関する事項

- ご利用者の人権の擁護・虐待等防止のため、次の各号に掲げる措置を講じます。
 - 虐待の防止のための研修の実施
 - ご利用者及びその家族からの苦情体制の整備
 - その他虐待防止のために必要な措置
- サービス提供中に、事業所職員又は養護者（ご利用者の家族等高齢者を現に養護する者）による虐待を受けたと思われるご利用者を発見した場合は、速やかにこれを市町村に通報するものとします。

8. 個人情報の保護

- 利用者の個人情報について「個人情報の保護に関する法律」及び厚生労働省が策定した「医療・介護関係事業者における個人情報の適切な取扱いのためのガイダンス」を遵守し適切な取扱いに努めるものとします。
- 利用者の個人情報については、介護サービスの提供以外の目的では、原則的に使用しないものとし、外部への情報提供については必要に応じてご利用者又は、その契約者の了解を得るものとします。

9. 苦情処理

提供したサービスに関するご利用者からの苦情に対して、迅速かつ適切に対応するため、受付窓口の設置、担当者の配置、事実関係の調査の実施、改善措置、ご利用者またはご契約者に対する説明、記録の整備その他必要措置を講じます。

10. 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窓口で受け付けます。

- 苦情受付窓口（担当者） 安達 裕一

電話番号：0297-47-2011

- 受付時間 月曜日～土曜日 9:00～17:00

(2) 行政機関その他苦情受付機関

つくばみらい市役所 介護福祉課	所在地：つくばみらい市福田195 電話番号：0297-58-2111
茨城県国民健康保険団体 連合会	所在地：水戸市笠原町978番地26 電話番号：029-301-1550
茨城県社会福祉協議会	所在地：水戸市千波町1918番地 電話番号：029-241-1133

11. 介護サービス情報の公表

介護保険は「利用者本位」「高齢者の自立支援」「利用者による選択（自己決定）」を基本理念としております。介護サービス情報の公表は、こうした介護保険の基本理念を現実のサービス利用場面において実現することを支援するしくみです。

- ・ 地域にあるすべての事業所について、同じ項目を比較・検討できます。
- ・ 公表される情報はすべて、いつでも誰でも自由に入手することができます。
- ・ 家族をはじめ、介護支援専門員や介護相談員などと同じ情報を共有でき、サービス利用における相談がしやすくなります。
- ・ 事業所が公表している情報と、実際のサービス利用場面で行なわれる事実比較ができるので、利用しているサービスの状況がいつでも確認できます。
- ・ 中立性・公平性、調査の均質性を確保するため、都道府県（またはその指定機関等）が実施主体となります。
- ・ 情報公表アクセス先

<http://www.kaigokensaku.jp/08/index.php>

12. サービスの第三者評価の実施状況について

事業所で提供しているサービスの内容や課題等について、第三者の観点から評価を行っています。

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		

年 月 日

認知症対応型通所介護・介護予防認知症対応型通所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。

デイサービスセンターどんぐり村集会所

説明者氏名 _____ 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、認知症対応型通所介護・介護予防認知症対応型通所介護サービスの提供開始に同意しました。

ご利用者住所 _____

氏 名 _____ 印

ご家族住所 _____

氏 名 _____ 印

※この重要事項説明書は、厚生労働省令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。

