

『指定介護老人福祉施設』

特別養護老人ホーム 樽前慈生園

重要事項説明書

当施設は介護保険の指定を受けています。
北海道指定 第0173602939号

あなたに対する指定介護老人福祉施設のサービス提供開始にあたり、施設の概要や提供されるサービスの内容、ご契約上ご注意頂きたい事を次のとおりご説明します。

※当施設への入所は、原則として苫小牧市に住所地があり、要介護認定の結果「要介護3～5」と認定された方が対象となります。
但し、要介護1、2と認定されている場合で特例入所要件に該当する場合は対象となります。(平成27年4月以降)

◇ ◆ ◇ 目 次 ◇ ◆ ◇

1. 施設経営法人	2
2. ご利用施設	2
3. 居室の概要	2～3
4. 職員の配置状況	3～4
5. 当施設が提供するサービスと利用料金	4～9
6. 施設を退所して頂く場合（契約の終了について）	10～11
7. 身元引受人	12
8. 事故報告及び連絡先氏名、住所	12
9. 苦情の受付について	13
10. 個人情報の取り扱いについて	14
説明と同意	15
預貯金の受け払い等に関する委任状について	16
契約終了及び解約申込書	17

1. 施設経営法人

- | | |
|-----------|-------------------------------------|
| ① 法人名 | 社会福祉法人 苫小牧慈光会 |
| ② 法人所在地 | 北海道苫小牧市字樽前 2 1 6 番地 5 |
| ③ 連絡先 | TEL. 0144-67-6308 FAX. 0144-67-4332 |
| ④ 代表者氏名 | 松神 繁俊 |
| ⑤ 法人設立年月日 | 昭和 5 4 年 6 月 2 6 日 |

2. ご利用施設

- | | |
|------------|---|
| ① 施設の種類 | 指定介護老人福祉施設（北海道知事指定 第 0173602939 号） |
| ② 施設の目的 | <ul style="list-style-type: none">・指定介護老人福祉施設は、介護保険法令に従い、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事ができる様に支援する事を目的とします。・利用者に日常生活を営む為に必要な居室及び共用施設等をご利用頂き、介護福祉施設サービスを提供します。・この施設は、身体上又は精神上に著しい障害がある為、常時介護を必要とし、且つ居宅に於いて介護を受ける事が困難な方がご利用頂けます。 |
| ③ 施設の名称 | 特別養護老人ホーム 樽前慈生園 |
| ④ 施設の所在地 | 北海道苫小牧市美原町 3 丁目 9 番 1 号 |
| ⑤ 連絡先 | TEL. 0144-67-5601 FAX. 0144-67-5602 |
| ⑥ 施設長（管理者） | 郡司 靖治 |
| ⑦ 当施設の運営方針 | 当施設は、慈しみを持って利用者にサービスを提供し、利用者が日々心豊かに送る為、クラブ活動、レクリエーション活動等を行い、心身のリフレッシュを図る。 |
| ⑧ 開設年月日 | 令和 3 年 4 月 1 日 |
| ⑨ 入所定員 | 8 0 名 |

3. 居室の概要

- ・当施設では、全室個室をご用意しています。
お部屋については、空き状況及び利用者の身体、精神的状況を考慮して決めさせて頂きます。

設備と内訳

設備の種類	設 備 数
共同生活室	各ユニットに1室
機能訓練スペース	1室
浴室（一般浴・機械浴）	各階2室
医務室	1室

※施設、設備の利用にあたって、ご負担して頂く費用はございません。

※利用者、ご契約者から居室の変更希望の申し出があった場合、居室の空き状況により施設にて、その可否を判断させていただきます。又、利用者の心身状況により、居室を変更する場合がありますのでご了承下さい。

4. 職員の配置状況

①介護福祉施設サービスを提供する職員として、以下の職種を配置しています。

令和7年4月1日現在

職 種	常勤換算	指定基準
施設長（管理者）	1. 0	1. 0
介護支援専門員	1. 0	1. 0
生活相談員	1. 0	1. 0
看護職員	4. 7 4	3. 0
機能訓練指導員	1. 4 8	1. 0
介護職員	3 7. 0 7	2 4. 0
栄養士	2. 0	1. 0
医 師	—	必要数

※常勤換算とは、直接処遇職員（看護職員、介護職員）に対して、週あたりの勤務延時間数（36.25h）で除した値です。

②主な職種の勤務体制

職 種	勤務体制	勤務時間	配置人数
介護職員	早番	06:30～15:00	4名
	日勤	09:00～17:30	若干名
	遅番	10:00～18:30 12:00～20:30	8名
	夜間	17:00～10:00	4名
看護職員	日勤	09:00～17:30	1～2名
	遅番	10:00～18:30	1名

機能訓練指導員	日勤	09:00～17:30	1 名
医 師	木曜日	10:00～12:00	1 名

5. 当施設が提供するサービスと利用料金

(1) サービスの概要

① 食 事

- ・当施設では、選任の栄養士が立てる献立により、栄養並びに利用者の身体状況及び嗜好を考慮した食事を提供します。
- ・自立支援の為、離床して共同生活室にて食事を摂って頂きますが、心身の状況によっては、お部屋で摂って頂く事もあります。

◇食事時間・・・朝食（7時30分～）、昼食（12時00分～）、夕食（17時30分～）

② 入 浴

- ・入浴又は、清拭を週2回行い、身体の保清に努めます。
- ・入浴設備として個浴と機械浴槽（2種類）があります。

③ 排 泄

- ・利用者の身体状況に応じて適切な排泄介助を行うと共に、排泄の自立についても適切な支援を行います。

④ 機能訓練（生活機能訓練）

- ・利用者の身体状況に合わせて訓練を行い、身体機能の維持並びに機能低下防止に努めます。尚、訓練は機能訓練指導員が実施します。

⑤ 健康管理

- ・協力医療機関の医師や看護職員が健康管理を行います。
- ・協力病院以外への受診を望まれる場合は、ご家族での対応または、ご家族の付き添いが必要となる場合があります。
- ・緊急時等の必要な場合には、主治医あるいは協力医療機関に責任を持って引き継ぎます。

⑥ 科学的介護情報システム（LIFE）

- ・厚生労働省が提唱する、科学的介護を実践するための LIFE ヘアセスメント情報を登録し全国から提供されたデータと比較されフィードバックされたものを元にケアの質の向上を目指します。

⑦ その他の自立支援

- ・寝たきり防止の為、心身の状況等を勘案し、できる限り離床に努めます。
- ・生活のリズムを考え、毎朝晩の着替えを行うように配慮します。
- ・清潔で快適な生活を送れるよう、適切な整容を支援します。

(2) サービスの利用料金（契約書 第6条 参照）

- ・下記の利用料金表によって、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の額を除いた金額（自己負担額）と食事・居住費に係わる標準自己負担額の合計金額をお支払い頂きます。
- ・平成27年8月から負担能力のある一定以上の所得の方については、自己負担が2割・3割となります。（下表参照）

尚、当施設は、社会福祉法人による利用者負担の軽減施設です。制度の利用にあたっては、ご利用者から住所地の介護保険担当窓口へご相談申請願います。

但し、要介護認定を受けている第2号被保険者の方は一律1割負担となります。

◇利用者負担割合の要件

	本人の 合計所得金額	年金収入+その他の合計所得金額の合計金額	負担割合
要介護認定 を受けてい る第1号被 保険者（65 歳以上）	220万円以上	単身世帯で340万円以上 または2人以上世帯で463万円以上	3割負担
		単身世帯で280万円～340万円未満 または2人以上世帯で346万円～463万円未満	2割負担
	160万円以上 220万円未満	単身世帯で280万円以上 または2人以上世帯で346万円以上	2割負担
	220万円以上	単身世帯で280万円未満 または2人以上世帯で346万円未満	1割負担
	160万円以上 220万円未満		
	160万円未満		1割負担

※第2号被保険者（40歳以上65歳未満の方）、市区町村民税非課税の方、生活保護受給者は上記にかかわらず1割負担

◇1日当たりの介護保険一部自己負担額（1割）

令和6年4月施行

項 目		要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
基本 料金	ユニット型 個室	670円	720円	815円	886円	955円

◇ 1 日当たりの介護保険一部自己負担額（2 割）

令和 6 年 4 月施行

項 目		要介護 1	要介護 2	要介護 3	要介護 4	要介護 5
基本 料金	ユニット型 個室	1,340 円	1,480 円	1,630 円	1,772 円	1,910 円

◇ 1 日当たりの介護保険一部自己負担額（3 割）

令和 6 年 4 月施行

項 目		要介護 1	要介護 2	要介護 3	要介護 4	要介護 5
基本 料金	ユニット型 個室	2,010 円	2,220 円	2,445 円	2,658 円	2,865 円

◇ 1 日単位の加算利用料金（各要介護度の共通項目）

自己負担額 令和 6 年 4 月施行

加算項目		1 割負担	2割負担	3 割負担
日常生活継続支援加算Ⅱ	算定基準を満たした場合にどちらかを算定する。	46 円	92 円	138 円
サービス提供体制強化加算Ⅱ		18 円	36 円	54 円
看護体制加算Ⅰ		4 円	8 円	12 円
看護体制加算Ⅱ		8 円	16 円	24 円
個別機能訓練加算		12 円	24 円	36 円
栄養マネジメント強化加算		11 円	22 円	33 円
夜勤職員配置加算Ⅱ		18 円	36 円	54 円
安全対策体制加算（入所初日のみ）		20 円	40 円	60 円
入院加算・外泊加算 （入院の日及び外泊の日を除いて 6 日間ですが、月をまたいだ場合最大 1 2 日間）		246 円	492 円	738 円
居住費 （室料・光熱水費として入院の日及び外泊の日を除いて 6 日間、月をまたいだ場合最大 1 2 日間）		下表 居住費		
初期加算 （入所した日から又は、30 日を超えて入院し、退院した日から 30 日間）		30 円	60 円	90 円

◇ 1 食単位の加算利用料金 利用者負担割合に準ずる。

療養食加算：6 円

※低栄養状態等、療養食での対応が必要となった場合に個別に算定します。

◇ 1 ヶ月単位の加算料金 利用者負担割合に準ずる。

令和 6 年 4 月施行

科学的介護推進体制加算：40 円

高齢者施設等感染対策向上加算：5 円

◇ 1 ヶ月単位の加算利用料金（各要介護度別） 自己負担額（1割）

介護職員処遇改善加算Ⅰ：単位数合計の14%

令和7年4月施行

項 目		要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
基本 料金	ユニット型 個室	3,281 円	3,575 円	3,890 円	4,188 円	4,478 円

※利用日数及び他加算状況等により変動します。

◇ 1 ヶ月単位の加算利用料金（各要介護度別） 自己負担額（2割）

介護職員処遇改善加算Ⅰ：単位数合計の14%

令和7年4月施行

項 目		要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
基本 料金	ユニット型 個室	6,562 円	7,150 円	7,780 円	8,377 円	8,956 円

※利用日数及び他加算状況等により変動します。

◇ 1 ヶ月単位の加算利用料金（各要介護度別） 自己負担額（3割）

介護職員処遇改善加算Ⅰ：単位数合計の14%

令和7年4月施行

項 目		要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
基本 料金	ユニット型 個室	9,843 円	10,725 円	11,670 円	12,565 円	13,434 円

※利用日数及び他加算状況等により変動します。

◇感染者を施設内療養実施料金 利用者負担割合に準ずる。 令和6年4月施行

新興感染症等施設療養費：240円（ひと月に1回、連続する5日間）

◇退所に伴う料金 利用者負担割合に準ずる。

令和6年4月施行

退所時情報提供加算：250円

退所時栄養情報連携加算：70円

- ① 利用者が要介護認定を受けていない場合は、サービス利用料金の全額を一旦お支払い頂きます。
- ② 要介護認定を受けた後、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)
- ③ 償還払いとなった場合、利用者が保険給付の申請を行う為に必要となる「サービス提供証明書」を交付致します。
- ④ 介護保険の給付変更があった場合、変更された額に合わせて、ご契約者の負担額も変更になります。

(3) 介護保険の給付対象とならないサービス

下記のサービスは、利用料金の全額が利用者負担となります。

◇介護保険負担限度額について

平成17年10月から施設サービスでの居住費・食費が全額自己負担になりました。
このため、所得の低い方の負担が重くなり過ぎないように、負担限度額が設けられました。
限度額は下表の通りとなっております。

① 食事代・・・食事の提供に要する費用（食事材料費及び調理費）

② 居住費・・・居住の提供に要する費用（光熱水費及び室料）

令和6年8月施行

項 目	第1段階	第2段階	第3段階		第4段階
食事代	300 円	390 円	650 円	1,360 円	1,445 円
居住費（ユニット型個室）	880 円	880 円	1,370 円		2,066 円

※介護保険負担限度額認定証に記載された金額となっております。

③ 特別な食事サービス・・・利用者が選定する特別な食事に要する費用。

（外食、出前、酒類等の特別な食事を提供した場合）

④ 理容・美容サービス

・理容サービス…1ヶ月に1回、理容師の出張による理容サービス。（実費別紙1）

⑤ 貴重品の管理サービス

契約者及び利用者の希望により、貴重品の管理サービスを利用頂けます。

・管理する金銭の保管方法

施設指定の苫小牧信用金庫 錦岡支店へ預け入れする。

（利用者の預貯金通帳作成、キャッシュカードは作成せず。）

・管理物品：上記の預貯金通帳と印鑑、年金証書等。

（宝石類、有価証券等は、ご遠慮して頂く場合があります。）

・管理責任者：特別養護老人ホーム樽前慈生園 施設長

・出納方法：手続きの概要については、当法人の預り金管理規定に基づきます。

・管理サービス費：月額 1,800 円

⑥ サービスに係わる記録等の複写物の交付

契約者又は利用者は、サービス提供記録をいつでも閲覧することが出来ますが、複写物を必要とする場合は、実費を負担して頂きます。（1枚につき10円）

⑦ 教養娯楽の提供、外出行事での諸費用

レクリエーション等に係わる諸費用で、利用者に負担して頂く事が適当である物については、実費負担して頂きます。

- ⑧ 契約者及び利用者が希望された飲料水、おやつの提供
利用者が専ら個人で飲食される嗜好性の高い飲料水、おやつ類の費用については実費負担して頂きます。(トロミ剤や補助食品を含む)
- ⑨ 洗濯物の外部業者委託
利用者の外出着等、当施設の設備で洗濯する事が不可能な衣類等のクリーニング代については実費負担して頂きます。
- ⑩ 居室のテレビ電気代
テレビ電気代 別紙 1
- ⑪ 各種予防接種等
利用者の健康上、必要と認められ、契約者及び利用者の希望により実施する予防接種等については実費負担して頂きます。
- ⑫ 入院及び外泊時等の居室管理費
介護保険給付対象日以降、居室管理費（最大 30 日）をいただく事もあります。
- ⑬ 日用品費
当園で準備した日用品の使用を希望される方は、別紙 1 の料金をご請求いたします。

(4) 利用料金の支払い方法（契約書 第 6 条 参照）

前記の利用料金及び費用は、1 ヶ月毎に計算し、翌月の 25 日頃に口座振替を行いますので、翌月の 10 日頃までにお振込みをお願い致します。

尚、1 ヶ月に満たない期間のサービス利用料金は、利用日数に基づいて計算した金額をお支払い頂きます。

(5) 入所中の医療提供について

利用者が医療を必要とする場合、利用者の希望により下記協力医療機関において診療や入院治療を受ける事が出来ます。

但し、下記医療機関での優先的な診療、入院治療を保障するものではありません。

又、下記医療機関での診療、入院治療を義務付けるものではありません。

◇協力医療機関及び歯科医院等

医療機関名	診療科	所在地
苫小牧澄川病院	内科	苫小牧市澄川町 7 丁目 9 番 18 号
さくら苫小牧歯科クリニック	歯科	苫小牧市木場町 1 丁目 4 番 13 号

6. 施設を退所して頂く場合（契約の終了について）

当施設との契約では、契約が終了する期日を定めておりません。但し、以下の事項に該当した場合には、当施設との契約が終了し、退所して頂く事がありますので、ご了承下さい。 ◇契約書 第15条 参照

- ① 利用者が死亡された場合。（契約の自動終了）
- ② 要介護認定により、自立又は要支援と判定された場合。（契約の自動終了）
- ③ 要介護認定により、要介護1又は要介護2と判定された場合。

但し、以下の「やむを得ない事由」に該当する場合には、協議の上で入所継続の適否を判断させていただきます。

- ・認知症により日常生活に支障をきたすような症状や行動、意思疎通の困難さが頻繁に見られる場合。
- ・知的障害・精神障害等を伴い、日常生活に支障をきたすような症状や行動、意思疎通の困難さが頻繁に見られる場合。
- ・家族等による深刻な虐待が疑われること等により、心身の安全・安心の確保が困難な状態である場合。
- ・単身世帯である、同居家族が高齢又は病弱である等により家族等による支援が期待できず、かつ、地域での介護サービスや生活支援の供給が不十分である場合。

尚、利用者が平成27年3月31日以前にホームに入所している場合、本号は、適用されません。

- ④ 事業所が解散や破産した場合又は、やむを得ない事由により施設を閉鎖した場合。
- ⑤ 施設の滅失や重大な毀損により、利用者へのサービス提供が不可能になった場合。
- ⑥ 当施設が介護保険の指定を取り消された場合。又は、指定を辞退した場合。
- ⑦ 契約者から退所の申し出があった場合（詳細は以下を参照下さい）

（1）契約者からの退所の申し出（中途解約・契約解除）（契約書第16条、17条参照）

契約有効期間であっても、契約者から退所を申し出る事ができます。その場合には、退所を希望する日の7日前までに解約届出書を提出して下さい。

但し、以下の場合には、即時に解約し退所することができます。

- ① 介護保険給付対象外サービスの利用料金変更に同意できない場合。
- ② 施設の運営規程変更同意できない場合。
- ③ 利用者が3ヶ月以上の入院治療を要する場合。
- ④ 事業者及びサービス従事者が守秘義務に違反した場合。
- ⑤ 事業者及びサービス従事者が正当な理由なく、本契約に定める介護福祉施設サービスを実施しない場合。
- ⑥ 事業者及びサービス従事者が故意又は、過失により利用者の身体、財物、信用等を傷つけ、著しい不信行為や本契約を継続しがたい重大な事柄が認められた場合。
- ⑦ 他利用者が利用者の身体、財物、信用等を傷つける恐れがある場合に於いて事業者が適切な対応を取らない場合。

(2) 事業者からの退所の申し出（契約解除）（契約書 第18条 参照）

以下の事項に該当する場合には、当施設から退所して頂く事があります。

- ① 契約者が利用者の心身状態及び病歴等の重要事項について、故意に告知せず又は、不実の告知を行い、本契約を契約しがたい重大な事柄を生じさせた場合。
- ② 契約者がサービス利用料金の支払いを2ヶ月以上延滞し、2ヶ月以上の督促にも係わらず支払われない場合（最大3ヶ月未納の場合）。
- ③ 利用者が故意又は重大な過失により事業者、サービス従事者及び他利用者等の生命、身体、財物、信用等を傷つけ、著しい不信行為や本契約を継続し難い重大な事柄が認められた場合。
- ④ 利用者が連続して3ヶ月以上、病院等に入院すると見込まれる場合及び入院した場合。
- ⑤ 利用者が介護老人保健施設に入所及び介護療養型医療施設に入院した場合。
- ⑥ 利用者が重大な自傷行為を繰り返して行う等、回復の見込みがない場合。

(3) 入院（検査入院、一時入院）の場合

- ① 利用者が治療及び検査入院時、入院日から3ヶ月（90日）までは、いつでも戻れるようにベッドを確保しておきますが、居室管理費として1日2,066円（負担限度額申請書が交付されている方は記載の金額）最大30日ご負担いただくことがあります。但し、3ヶ月（90日）以上の入院治療が主治医の診断で必要となった場合、契約を解除する場合があります。
- ② 上記の場合、入院日を除いて6日間については、入院加算（1日：2460円）の担割合の額を負担して頂きます。又、外泊の場合も同様です。（最大12日間）
- ③ 特定入所者介護サービス費としての居住費（室料、光熱水費）については、入院及び外泊等が発生した翌日より6日間、基準費用額及び負担限度額認定を受けている場合は、その額を負担して頂きます。（月をまたぐ場合最大12日間）
- ④ 3ヶ月を超えて、施設利用が可能となった場合には、再び当施設へ優先的に入所出来る様に努めます。

(4) 円滑な退所の為の援助（契約書 第19条 参照）

利用者が当施設を退所するにあたり、契約者並びに利用者の希望により事業者は、利用者の心身状況や置かれている環境等を勘案し、円滑な退所の為に必要な下記援助を契約者に行います。

- ① 適切な病院及び診療所又は、介護老人保健施設等の紹介。
- ② 居宅介護支援事業所の紹介。
- ③ その他、保険医療サービス又は、福祉サービス提供者の紹介。

7. 身元引受人

- ・ 契約締結に当たり、身元引受人をお願いする事はありません。
- ・ 取れない場合に備えて「残置物引取人」を定めて頂きます。(契約書 第22条 参照)
- ・ 当施設は、「残置物引取人」に連絡の上、残置物を引取って頂きます。
- ・ 引渡しに係る費用は、契約者及び残置物引取人に負担して頂きます。

※入所契約締結時に残置物引取人が定められていない場合であっても、入所契約を締結する事は可能です。

8. 事故報告及び連絡先氏名、住所

- ・ 利用者が利用中に生じた事故については、保険者である市町村及び道へ報告すると共に、契約者にも速やかに状況報告を行う。
- ・ 利用者の年齢を鑑み、容態急変及び入院等が生じた場合、契約者に連絡を取り状況報告等を行う。(契約書 第24条 参照)

緊急連絡先①

氏 名		続 柄	
住 所			
自宅電話			
携帯電話			
勤務先		電 話	

緊急連絡先②

氏 名		続 柄	
住 所			
自宅電話			
携帯電話			
勤務先		電 話	

9. 苦情の受付について（契約書 第26条 参照）

（1）当施設に於ける苦情の受付

当事業所に於ける苦情や相談については、以下の専用窓口で受け付けます。

◇苦情受付窓口及び氏名

担 当	職 名	氏 名	電話番号
苦情解決責任者	副施設長	齊藤 利幸	0144-67-5601
苦情受付責任者	生活相談員	大橋 春香	0144-67-5601

※受付時間：月曜日～土曜日（9：00～17：30）

※苦情受付BOXや電話での相談にも応じられる様になっております。

◇福祉サービス相談委員（第三者委員）

所 属	氏 名	電話番号
無 所 属	田原 雄平	0144-67-0511
苫小牧市民生児童委員協議会	山谷 壽郎	0144-72-8248

（2）苦情の受付、解決方法

- ① 福祉サービス利用者及び家族からの苦情・相談は、面接、電話、書面等により苦情受付担当者が随時、受け付けています。
- ② 受け付けた苦情は、苦情解決責任者と苦情対応委員会に報告致します。
- ③ 福祉サービス利用者及び家族の希望により、福祉サービス相談委員会の助言、立会い等の必要な場合は、福祉サービス相談委員会に苦情の内容及び報告を行い、福祉サービス利用者及び家族に対して、福祉サービス委員会が報告を受けた旨を通知致します。
- ④ 苦情解決責任者は、福祉サービス利用者及び家族と誠意を持って話し合い、解決に努めます。その際、福祉サービス利用者及び家族又は苦情解決責任者は、福祉サービス相談委員会の助言や立会いを求めることが出来ます。尚、福祉サービス相談委員会の立会いによる話し合いは、苦情内容の確認、助言、話し合い、解決案の調整の結果や改善事項等の確認を行います。

（3）行政機関、その他の苦情受付

苦情受付	所在地
苫小牧市介護福祉課	苫小牧市旭町4丁目5番6号 0144-32-6111
北海道福祉サービス運営適正化委員会	札幌市中央区北2条西7丁目 011-204-6311
国保連合会介護サービス苦情相談窓口	札幌市中央区北2条西14丁目 011-231-5175

10. 個人情報の取り扱いについて

(1) 使用目的

- ① 介護保険に於ける要介護認定の申請、更新及び変更に関する手続き。
- ② 利用者の施設サービス計画（ケアプラン）を立案し、円滑にサービスが提供される為
に実施するサービス担当学会議での情報提供。
- 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、社会福祉団
体等との連絡調整。
- ④ 利用者が医療サービスの利用を希望している場合や主治医の意見を求める必要があ
る場合。
- ⑤ 利用者が利用する介護事業所内の介護会議での情報提供。
- ⑥ 行政の開催する評価会議、サービス担当学会議。
- 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の向上に資する為に行われる研究。
- ⑨ 実習生やボランティア等の人材育成。
- ⑩ 上記に関わらず、緊急を要する時の連絡等。

(2) 使用条件

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に決して使用は致し
ません。又、利用者とのサービス利用に関わる締結前からサービス終了後に於いても第
三者に漏らしません。

(3) 写真画像使用の同意

- ① 私及び契約者（代理人）、家族は、広報誌、施設内掲示、ホームページ等において写
真画像の使用、掲載について了承します。

・ 同意します（ ）

・ 同意しません（ ）

- ② 家族（代表者）は、社会福祉法人 苦小牧慈光会 特別養護老人ホーム樽前慈生園が、
家族の個人情報を上記に定める使用目的、使用条件で使用、提供又は収集する事に同
意します。

ご家族 (代表者)	住 所			
	氏 名	印	続柄	

令和 年 月 日

- ・指定介護老人福祉施設サービスの提供開始に際し、本書面に基づき重要事項の説明を行いました。

説明者	社会福祉法人 苫小牧慈光会 特別養護老人ホーム樽前慈生園			
	職 名		氏 名	印

契約者 (利用者)	住 所			
	氏 名	印	続柄	

- ☐ 私は、介護保険サービスを受けるにあたり、下記の者を私の代理人として選任し、契約の締結及び、付随事項等の一切を委任します。(第三者契約)

委任者 (利用者)	住 所			
	氏 名	印		
代理人 (契約者)	住 所			
	氏 名	印	続柄	

- ☐ 私及び契約者（代理人）は、本書面に基づいて事業者から重要事項の説明を受け、指定介護老人福祉施設サービスの提供開始に同意しました。
- ☐ 私及び契約者（代理人）は、社会福祉法人 苫小牧慈光会 特別養護老人ホーム樽前慈生園が、私及び契約者（代理人）の個人情報を上記に定める使用目的、使用条件で使用、提供又は収集する事に同意します。
- ☐ 私及び契約者（代理人）は、上記のとおり、入所中の日常生活用品についての利用を申し込みします。利用した日常生活用品は、実費にて支払を行います。
- ☐ 私は、退所に際し、施設に慰留金品（残置物）を責任持って引取る事を誓約致します。

残置物 引取人	住所			
	氏名	印	続柄	

※契約者と異なる際にご記入下さい。

※空欄の場合は契約者が残置物引取人とさせていただきます。

預貯金の受け払い等に関する委任状について

私は、下記利用者_____氏の預貯金管理サービスを申し込みます。

又、口座開設・解約申請、介護保険対象外サービス費の自己負担金等について、預り金よりその都度受け払いする事務一切を特別養護老人ホーム樽前慈生園に委任します。

社会福祉法人 苫小牧慈光会
特別養護老人ホーム樽前慈生園
理事長 松神 繁俊 様

令和 年 月 日

契約者 (利用者)	住 所			
	氏 名	印	続柄	

私は、次の者を代理人と定め上記の申請、届出、受領に関する権限を委任します。

【第三者契約】

委任者 (利用者)	住 所			
	氏 名	印		
代理人 (契約者)	住 所			
	氏 名	印	続柄	

契約終了及び解約申込書

私は、介護老人福祉施設 樽前慈生園 契約書 第16条(契約者からの中途解約等)、17条(契約者からの契約解除)、18条(事業者からの契約解除)に基づき、介護老人福祉施設 樽前慈生園と締結している、介護老人福祉施設サービスの契約を終了及び解約致します。

社会福祉法人 苫小牧慈光会
特別養護老人ホーム樽前慈生園
理事長 松神 繁俊 様

令和 年 月 日

契約者 (利用者)	住 所			
	氏 名	印	続柄	

私は、次の者を代理人と定め上記の申請、届出、受領に関する権限を委任します。

【第三者契約】

委任者 (利用者)	住 所			
	氏 名	印		
代理人 (契約者)	住 所			
	氏 名	印	続柄	