

宇和島市社会福祉協議会 宇和島介護保険事業所

# 利用契約書・重要事項説明書

## 個人情報に関する同意書

当事業所は介護保険の指定を受けています

愛媛県指定事業所番号 3870300815

介護予防・日常生活支援総合事業（第1号事業）  
介護予防通所介護相当サービス

# 利用契約書

\_\_\_\_様（以下「利用者」という。）と社会福祉法人宇和島市社会福祉協議会（以下、「事業者」という。）は、事業者が利用者に提供するサービスについて、次のとおり契約（以下、「本契約」という。）を締結します。

（サービスの目的及び内容）

第1条 介護保険法（平成9年法律第123号）その他関係法令及び本契約に従い、利用者に対し可能な限り居宅においてその有する能力に応じて自立した日常生活を営むことができるよう、第一号訪問事業【介護予防通所介護相当サービス】のサービスを提供します。

2 サービス内容の詳細は、「重要事項説明書」に記載のとおりです。

（契約期間）

第2条 期間は、契約締結日から第10条に掲げる終了の条件に該当するときまでとします。

（個別サービス計画等）

第3条 事業者は、利用者の日常生活の状況、心身の状況及び希望を踏まえ、利用者の介護予防サービス計画または介護予防ケアマネジメントケアプラン（以下「介護予防ケアプラン」という。）の内容に沿って、サービスの目標及び目標を達成するための具体的サービス内容等を記載した個別サービス計画を作成します。個別サービス計画の作成に当たっては、事業者はその内容を利用者に説明して同意を得て、交付します。

2 事業者は、計画実施状況の把握を適切に行い、一定期間ごとに、目標達成の状況等を記載した記録を作成し、利用者に説明の上、交付します。

（提供するサービスの内容及びその変更）

第4条 事業者が提供するサービスのうち、利用者が利用するサービスの内容、利用回数、利用料は、「重要事項説明書」のとおりです。

2 利用者は、いつでもサービスの内容を変更するよう申し出ることができます。この申し出があった場合、当該変更が介護予防ケアプランの範囲内で可能であり、第1条に規定する契約の目的に反するなど変更を拒む正当な理由がない限り、速やかにサービスの内容を変更します。

3 事業者は、利用者が介護予防ケアプランの変更を希望する場合は、速やかに地域包括支援センター等に連絡するなど必要な援助を行います。

4 事業者は、提供するサービスのうち、介護保険の適用を受けないものがある場合には、そのサービスの内容及び利用料を具体的に説明し、利用者の同意を得ます。

（利用料等の支払い）

第5条 利用者は、事業者からサービスの提供を受けたときは、「重要事項説明書」の

記載に従い、事業者に対し、利用者負担金を支払います。

2 利用料の請求や支払方法は、「重要事項説明書」のとおりです。

(利用料の変更)

第6条 事業者は、介護保険法その他関係法令の改正により、利用料の利用者負担金に変更が生じた場合は、利用者に対し速やかに変更の時期及び変更後の金額を説明の上、変更後の利用者負担金を請求することができるものとします。ただし、利用者は、この変更に同意することができない場合には、本契約を解約することができます。

(利用料の滞納)

第7条 利用者が正当な理由なく事業者を支払うべき利用者負担金を2ヶ月分以上滞納した場合は、事業者は、利用者に対し、1ヶ月以上の猶予期間を設けた上で支払い期限を定め、当該期限までに滞納額の全額の支払いがないときは本契約を解約する旨の催告をすることができます。

2 事業者は、前項の催告をした場合には、地域包括支援センター等及び宇和島市と連絡を取り、解約後も利用者の健康や生命に支障のないよう、必要な措置を講じます。

3 事業者は、前項の措置を講じた上で、利用者が第1項の期間内に滞納額の支払いをしなかったときは、文書をもって本契約を解約することができます。

(利用者の解約権)

第8条 利用者は、7日以上予告期間を設けることにより、事業者に対し、いつでも本契約の解約を申し出ることができます。この場合、予告期間満了日に解約されます。

2 利用者は、次の各号のいずれかに該当する場合は、前項の規定にかかわらず、予告期間を設けることなく直ちに本契約を解約できます。

(1) 事業者が、正当な理由なく本契約に定めるサービスを提供せず、利用者の請求にもかかわらず、これを提供しようとししない場合

(2) 事業者が、第12条に定める守秘義務に違反した場合

(3) 事業者が、利用者の身体・財産・名誉等を傷つけ、または著しい不信行為を行うなど、本契約を継続しがたい重大な事由が認められる場合

(事業者の解約権)

第9条 事業者は、次の各号のいずれかに該当する場合は、文書で通知することにより、2週間以上の予告期間をもって、本契約を解約することができます。

(1) 利用者又はその身元引受人ないし家族、その他関係者が故意に法令違反その他著しく常識を逸脱する行為をなし、事業者の事前の申し入れにもかかわらず改善の見込みがなく、本契約の目的を達することが著しく困難となった場合

(2) 利用者が事業者の通常の事業の実施地域外に転居し、事業者においてサービスの提供の継続が困難であると見込まれる場合

- 2 事業者は、前項により本契約を解約する場合には、宇和島市地域包括支援センター等及び必要に応じて宇和島市に連絡を取り、解約後も利用者の健康や生命に支障のないよう、必要な措置を講じます。

(契約の終了)

第10条 次の各号のいずれかに該当する場合は、本契約は終了します。

- (1) 第8条第1項に基づき、利用者から解約の意思表示がなされ、予告期間が満了した場合
- (2) 第6条もしくは第8条第2項に基づき、利用者から解約の意思表示がなされた場合
- (3) 第7条に基づき、事業者から解約の意思表示がなされた場合
- (4) 第9条に基づき、事業者から解約の意思表示がなされ、予告期間が満了した場合
- (5) 利用者が介護保険施設へ1年以上入所した場合
- (6) 利用者が医療施設へ1年以上入院した場合
- (7) 利用者の要介護状態区分が要介護となった場合
- (8) 利用者が基本チェックリスト該当者とならなくなった場合
- (9) 利用者が死亡した場合

(損害賠償)

第11条 事業者は、サービスの提供にあたり、利用者又は利用者の家族の生命・身体・財産に損害が発生した場合は、速やかに利用者又は利用者の家族に対して損害を賠償します。ただし、当該損害について事業者の責任を問えない場合はこの限りではありません。

- 2 前項の義務履行を確保するため、事業者は損害賠償保険に加入します。
- 3 利用者又は利用者の家族に重大な過失がある場合、賠償額を減額することができます。

(守秘義務)

第12条 事業者及び事業者の従業者は、サービスの提供にあたって知り得た利用者又は利用者の家族の秘密及び個人情報について、正当な理由がない限り、契約中及び契約終了後においても、第三者には漏らしません。

- 2 事業者は、事業者の従業員が退職後、在職中に知り得た利用者又は利用者の家族の秘密及び個人情報を漏らすことがないよう必要な処置を講じます。
- 3 事業者は、利用者及び利用者の家族の個人情報について、利用者の介護予防ケアプラン立案のためのサービス担当者会議並びに地域包括支援センター及び介護予防サービス事業者等との連絡調整において必要な場合に限り、必要最小限の範囲内で使用します。
- 4 事業者は、前項に定める個人情報の使用について、契約書とは別に個人情報の同意書を作成し、利用者及び利用者の家族の同意を得るものとします。
- 5 第1項の規定にかかわらず、事業者は、高齢者虐待の防止、高齢者の養護者に対

する支援等に関する法律（平成１７年法律１２４号）に定める通報ができるものとし、その場合、事業者は秘密保持義務違反の責任を負わないものとします。

（苦情処理）

第 13 条 利用者又は利用者の家族は、提供されたサービスに苦情がある場合は、「重要事項説明書」に記載された事業者の相談窓口及び関係機関に対して、いつでも苦情を申し立てることができます。

2 事業者は、提供したサービスについて、利用者又は利用者の家族から苦情の申し出があった場合は、迅速かつ適切に対処し、サービスの向上及び改善に努めます。

3 事業者は、利用者が苦情申立を行った場合、これを理由としていかなる不利益な扱いもいたしません。

（サービス内容等の記録の作成及び保存）

第 14 条 事業者は、サービスの提供に関する記録を整備し、完結の日から５年間保存します。

2 利用者及び利用者の後見人（必要に応じ利用者の家族を含む）は、事業者に対し、いつでも前項の記録の閲覧及び複写を求めることができます。ただし、複写に際しては、事業者は利用者に対して、実費相当額を請求できるものとします。

3 事業者は、本契約の終了にあたって必要があると認められる場合は、利用者の同意を得た上で、利用者の指定する他の居宅介護支援事業者等へ、第１項の記録の写しを交付することができるものとします。

（契約外条項）

第 15 条 本契約に定めのない事項については、介護保険法その他関係法令の定めるところを尊重し、利用者及び事業者の協議により定めます。

## 重要事項説明書

当事業所は、契約者に対して、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

|       |                                    |
|-------|------------------------------------|
| 法人名   | 社会福祉法人宇和島市社会福祉協議会                  |
| 法人所在地 | 愛媛県宇和島市住吉町一丁目6番16号<br>宇和島市総合福祉センター |
| 電話番号  | 0895-23-3711                       |
| 代表者氏名 | 会長 廣瀬 孝子                           |
| 設立年月日 | 平成17年8月1日                          |

### 2. 事業所の概要

|          |                                                                                                                                                    |
|----------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 事業の種類    | 介護予防通所介護相当サービス                                                                                                                                     |
| 事業の目的    | 要支援状態等である利用者が、その有する能力に応じ可能な限り居宅において自立した日常生活を営むことができるよう、生活の質の確保及び向上を図るとともに、安心して日常生活を過ごすことができるよう、介護予防通所介護相当サービスを提供することを目的とする。                        |
| 運営の方針    | 事業者は、利用者の心身の状況や家庭環境等を踏まえ、介護保険法その他関係法令及び本契約の定めに基づき、関係する市町や事業者、地域の保健・医療・福祉サービス等と綿密な連携を図りながら、利用者の要支援状態等の軽減や悪化の防止、もしくは要介護状態となることの予防のため、適切なサービスの提供に努める。 |
| 事業所の名称   | 宇和島市社会福祉協議会 宇和島介護保険事業所<br>平成19年4月1日指定 愛媛県 第3870300815号                                                                                             |
| 事業所所在地   | 愛媛県宇和島市住吉町一丁目6番16号<br>宇和島市総合福祉センター3階                                                                                                               |
| 電話番号     | 0895-23-3180                                                                                                                                       |
| F A X 番号 | 0895-24-7889                                                                                                                                       |
| 管理者      |                                                                                                                                                    |
| 利用定員     | 30名                                                                                                                                                |

### 3. 事業実施地域及び営業時間等

#### (1) 通常の事業実施地域

宇和島市全域（ただし、離島を除く。）

## (2) 営業日及び営業時間

|          |                                        |
|----------|----------------------------------------|
| 営業日      | 月曜日から金曜日<br>ただし、祝日及び12月29日から1月3日までを除く。 |
| 営業時間     | 午前8時15分～午後5時00分                        |
| サービス提供時間 | 午前9時00分～午後4時00分                        |

## 4. 職員の体制

当事業所では、利用者に対してサービスを提供する職員として、以下の職種の職員を配置しています。

※職員の配置については、指定基準を遵守しています。

| 職種      | 人員   | 職務の内容                                          |
|---------|------|------------------------------------------------|
| 管理者     | 1名   | 事業所の従事者の管理及び業務を一元的に行う。                         |
| 生活相談員   | 1名以上 | 生活相談員は、利用者の生活相談・指導にあたる。                        |
| 介護職員    | 4名以上 | 利用者の介護及び利用者の送迎業務にあたる。                          |
| 看護職員    | 1名以上 | 看護師は、利用者の健康・心身状況を把握し、サービスの実施に支障がないか決定する。       |
| 機能訓練指導員 | 1名以上 | 機能訓練指導員は、利用者に対し日常生活を営むのに必要な機能の減退を防止するための訓練を行う。 |

## 5. 当事業所が提供するサービス

第一号通所事業は、事業者が設置する事業所（デイサービスセンター）に通っていただき、入浴、排せつ、食事等の介護、生活等に関する相談及び助言、健康状態の確認やその他利用者に必要な日常生活上の支援及び機能訓練を行うことにより、利用者の心身機能の維持を図るサービスです。

介護予防ケアプランに基づき、ご利用者の意向や心身の状況等のアセスメントを行い、援助の目標に応じて具体的なサービス内容を定めた通所介護計画を作成します。

なお、定期的な地域包括支援センターへの報告及びモニタリングの結果等を踏まえ、必要に応じて内容の変更を行います。

### 【共通的服务】

利用者が自立した生活を送るために、能力に応じて食事・入浴・排泄など必要な介助を行います。

|    |                                                                               |
|----|-------------------------------------------------------------------------------|
| 食事 | 委託業者が調理した料理を事業所内にて盛付け提供します。利用者の自立支援のため、離床して食事をとっていただくことを原則としています。（食事時間 午後12時） |
| 送迎 | 利用者の自宅から当事業所まで、送迎用特別車両又は乗用車にて送迎します。                                           |

### 【選択的服务】

利用者の状態や能力、希望等に応じて機能訓練指導員が運動器機能向上計画を作成し、サービスを提供します。

（例）食事、入浴、排せつ、更衣などの日常生活動作を通じた訓練

器械・器具等を使用した訓練

集団的に行うレクリエーションや歌唱、体操

※選択的サービスについては、サービスの種類や実施日、実施内容等について介護予防ケアプランに基づき、通所介護計画に定めます。

## 6. 利用料金

サービスを利用した場合の利用料金は以下のとおりです。負担割合につきましては介護保険負担割合証をご確認ください。

### (1) 第一号訪問事業・介護予防通所介護相当サービスの利用料

基本部分、加算の合計額となります。

#### 【基本部分】

(単位：円)

| 対象者           | 内容              | 基本利用料     | 利用者負担<br>(1割) | 利用者負担<br>(2割) | 利用者負担<br>(3割) |
|---------------|-----------------|-----------|---------------|---------------|---------------|
| 事業対象者<br>要支援1 | 週1回程度<br>※月4回まで | 4,360 /回  | 436           | 872           | 1,308         |
| 事業対象者<br>要支援2 | 週2回程度<br>※月8回まで | 4,470 /回  | 447           | 894           | 1,341         |
| 事業対象者<br>要支援1 | 週1回程度<br>※月4回超  | 17,980 /月 | 1,798         | 3,596         | 5,394         |
| 事業対象者<br>要支援2 | 週2回程度<br>※月8回超  | 36,210 /月 | 3,621         | 7,242         | 10,863        |

※上記の基本利用料は、宇和島市が定める金額であり、これが改定された場合は、これら基本利用料も自動的に改定されます。なお、その場合は、事前に新しい基本利用料を書面でお知らせします。

#### 【加算】

以下の要件を満たす場合、上記の基本部分に以下の料金が加算されます。

(単位：円)

| 加算内容             |      | 加算額                | 利用者負担<br>(1割) | 利用者負担<br>(2割) | 利用者負担<br>(3割) |
|------------------|------|--------------------|---------------|---------------|---------------|
| サービス提供体制加算(Ⅰ)※1  | 要支援1 | 880 /月             | 88 /月         | 176 /月        | 264 /月        |
|                  | 要支援2 | 1,760 /月           | 176 /月        | 352 /月        | 528 /月        |
| 介護職員等処遇改善加算(Ⅰ)※2 |      | 1ヶ月の利用料金に対して9.2%加算 |               |               |               |

※1 介護職員の総数のうち、介護福祉士の占める割合が50%以上である場合に加算。

※2 介護職員の処遇改善を図る目的での加算。

※ 利用料について、事業者が法定代理受領を行わない場合、上記に係る利用料は、全額をいったんお支払いいただきます。この場合「サービス提供証明書」を交付します。

### (2) 食事の提供を受けた場合、1回につき550円の食費をいただきます。

(3) 交通費は通常の実施地域（宇和島市全域）にお住まいの方は無料です。通常の事業の実施地域を越えてサービスを提供する場合は、次の額を徴収させていただきます。

① 通常の事業の実施地域を越えた地点から片道20km未満・・・無料

② 通常の事業の実施地域を越えた地点から片道20km以上・・・500円

※ 上記実費負担については、経済状況の著しい変化や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。その場合は2ヶ月前にご説明します。

(4) おむつの提供を受けた場合は、実費をいただきます。

(5) サービス提供記録等の複写物を希望される場合は1部10円の実費負担とさせていただきます。ただし閲覧は無料です。

(6) その他日常生活において通常必要となる経費であって、利用者負担が適当と認められるものについて、費用の実費をいただきます。（ご利用者の希望によって提供する日常生活上必要な身の回り品など）

## 7. 支払方法

前項（1）利用者負担額については、1ヵ月ごとに計算し、ご請求させていただきます。請求書は翌月15日までにお届け又は郵送いたします。

支払方法につきましては、以下の方法によりお支払いください。

### ◆指定口座からの自動振替

利用可能な金融機関は「ゆうちょ銀行」「伊予銀行」「愛媛銀行」「宇和島信用金庫」「えひめ南農協」「四国労働金庫」の6箇所となっております。それ以外の金融機関は利用できませんので、注意してください。

※自動振替は毎月20日（土・日・祝日の場合は翌日）に引き落としされます。領収書は引落確認後、次月請求書と一緒に発行いたします。

また、上記以外の実費負担分（前項（2・3））につきましては、その都度現金でお支払いください。

※介護保険料の未払い等で、保険負担分が償還払いとなる場合は、全額自己負担していただいた上で、サービス提供証明書を発行いたします。

## 8. サービス利用の中止・変更

利用予定日の前に、利用者の都合により、サービスの利用を中止または変更することができます。この場合にはサービスの実施予定日の前日までにお申し出ください。

利用予定日の前日までにお申し出がなく、当日になって利用の中止をされた場合、キャンセル料として当日の利用予定相当額をお支払いいただく場合があります。ただし、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。

サービス利用の変更の申し出に対し、事業所の稼働状況により利用者の希望する期間にサービス提供ができない場合は、他の利用可能日時を提示する等、調整・協議します。

## 9. サービス利用に関する留意事項

(1) 利用者の体調の変化があった際には事業所の従業員にお知らせください。

(2) 利用者は、事業所内の機械及び器具を利用される際、必ず従業員に声をかけてください。

- (3) 事業所内での金銭及び食物等のやりとりは、ご遠慮ください。
- (4) 所定の場所以外での喫煙はご遠慮ください。
- (5) 複数の利用者の方々が同時にサービスを利用するため、周りの方の迷惑にならないようお願いします。
- (6) 従業員の禁止行為
  - 従業員はサービスの提供にあたって次に該当する行為は行いません。
  - ① 医療行為又は医療補助行為（法令により禁止）
  - ② 利用者もしくはその家族等からの物品の授受
  - ③ 利用者又はご家族の預貯金通帳、証書、書類などの預かり

#### 10. 緊急時における対応

サービスの提供を行っているときに利用者に病状の急変が生じた場合、速やかに主治医及び家族に連絡を行うとともに、必要な措置を講じます。

#### 11. 事故発生時の対応

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、担当の地域包括支援センター等及び宇和島市等へ連絡を行うとともに、必要な措置を講じます。

#### 12. 非常災害対策

- (1) 事業所に非常災害が発生した場合における利用者の安全の確保のための体制、避難の方法等を定めた計画を作成し、事業所の見やすい場所に掲示いたします。
- (2) 非常災害時の関係機関への通報及び関係機関との連携の体制並びに利用者を円滑に避難誘導するための体制を整備し、定期的にこれらの体制について従業員及び利用者に周知するとともに、避難、救出等の必要な訓練を実施します。

#### 13. 業務継続計画の策定等

- (1) 感染症に係る業務継続計画及び災害に係る業務継続計画を作成します。
- (2) 感染症及び災害に係る研修を定期的（年1回以上）に行います。
- (3) 感染症や災害が発生した場合において迅速に行動できるよう、訓練を実施します。

#### 14. 衛生管理等

- (1) 感染症の予防及びまん延の防止のための対策を検討する委員会を設立します。
- (2) 感染症の予防及びまん延の防止のための指針を作成します。
- (3) 感染症の予防及びまん延の防止のための研修及び訓練を実施します。
- (4) 訪問介護員等の清潔の保持及び健康状態について、必要な管理を行います。
- (5) 事業所の設備及び備品等について、衛生的な管理に努めます。

#### 15. 職場におけるハラスメントの防止について

事業者は、介護現場で働く職員の安全確保と安心して働き続けられる労働環境が築けるようハラスメントの防止に向け取り組みます。

#### 16. 人権擁護と虐待防止について

当事業所では、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) 虐待防止に関する責任者を選定しています。

|             |       |
|-------------|-------|
| 虐待防止に関する責任者 | [管理者] |
|-------------|-------|

- (2) 虐待防止のための指針を整備しています。
- (3) 成年後見制度の利用を支援します。
- (4) 苦情解決体制を整備しています。
- (5) 身体拘束適正化のための指針を整備しています。
- (6) 従業者に対する虐待防止・身体拘束適正化の委員会及び啓発するための研修を定期的に行います。
- (7) 従業者が支援にあたっての悩みや苦悩を相談できる体制を整えるほか、従業者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。
- (8) サービス提供中に、当事業所の従業者又は養護者(現に養護している家族・親族・同居人等)による虐待や身体拘束を受けたと思われる利用者を発見した場合は、速やかにこれを市町村等に通報します。

#### 17. 記録の整備について

事業者は、従業者、設備、備品及び会計に関する諸記録を整備し、サービスの提供に関する次の各号に掲げる記録を整備し、その完結日から5年間保存します。

- (1) 介護記録
- (2) 提供した具体的なサービスの内容等の記録
- (3) 市町への通知に係わる記録
- (4) 苦情の内容等の記録
- (5) 事故の状況及び事故に際して行った処置についての記録

#### 18. 苦情の受付について

- (1) 当事業所における苦情やご相談は、下記で受け付けます。

|         |                                        |
|---------|----------------------------------------|
| 窓口担当者   | [管理者]                                  |
| 苦情解決責任者 | [管理者]                                  |
| 電話番号    | 0895-23-3711 (代表)<br>0895-23-3180 (直通) |
| 受付時間    | 平日 (月曜日～金曜日) 午前8時15分～午後5時00分           |

- (2) その他

当事業所以外に、下記の相談・苦情窓口等に苦情申立を行うことができます。

##### ◆宇和島市役所高齢者福祉課

|       |                              |
|-------|------------------------------|
| 電話番号  | 0895-24-1111                 |
| FAX番号 | 0895-24-1126                 |
| 受付時間  | 平日 (月曜日～金曜日) 午前8時30分～午後5時15分 |

##### ◆愛媛県国民健康保険団体連合会 業務管理課 介護保険担当

|       |                            |
|-------|----------------------------|
| 電話番号  | 089-968-8700               |
| FAX番号 | 089-968-8717               |
| 受付時間  | 平日 (月曜日～金曜日) 午前8:30～午後5:15 |

19. 第三者評価の実施状況  
昨年度の実施なし

## サービス利用に係る個人情報の利用に関する同意書

介護予防・日常生活支援総合事業第一号事業のサービスを受けるために必要な私個人及び家族・代理人の情報を、域包括支援センター及び介護予防サービス事業者等が利用することについて同意します。

### 【個人情報の利用目的】

当事業所では個人情報を業務上必要な範囲において利用します。下記、目的以外には利用しません。

### 記

- ①利用者に提供する介護サービス
- ②サービス利用料請求のための事務
- ③当法人の行う管理運営業務（会計・経理・事故報告・サービスの質向上等）
- ④他の医療機関・介護機関との連携
- ⑤家族等への状況説明
- ⑥行政機関等、法令に基づく照会・確認
- ⑦賠償責任保険等に係わる専門機関、保険会社への届出、相談
- ⑧その他公益に資する運営業務  
（基礎資料の作成、研修等での症例発表、学生等の実習への協力、職員研修等）

以上

事業所より上記の契約・重要事項の内容及び個人情報の利用の説明を受け、サービス提供開始に同意いたしました。

並びに事業所より上記の契約・重要事項の内容及び個人情報利用の説明行いました。

以上の契約及び同意を証するため、本書2通を作成し、利用者及び事業者が記名押印の上、各1通を保有するものとします。

契約締結日                      令和                      年                      月                      日

|     |          |                   |   |
|-----|----------|-------------------|---|
| 事業者 | 住      所 | 宇和島市住吉町一丁目6番16号   |   |
|     | 事業所名     | 社会福祉法人宇和島市社会福祉協議会 |   |
|     | 代表者名     | 会 長    廣瀬   孝子    | 印 |
|     | 説 明 者    | [職名]              |   |

印

|     |          |   |
|-----|----------|---|
| 利用者 | 住      所 |   |
|     | 氏      名 | 印 |
|     | 電      話 |   |

※代理人を選任する場合は、利用者の押印は不要

|       |          |   |
|-------|----------|---|
| 利用者家族 | 住      所 |   |
|       | 氏      名 | 印 |
|       | 電      話 |   |

|     |          |   |
|-----|----------|---|
| 代理人 | 住      所 |   |
|     | 氏      名 | 印 |
|     | 電      話 |   |
|     | 本人との続柄   |   |
|     | 署名代行理由   |   |