

介護老人保健施設  
サングリーンそえだ  
短期入所療養介護

利用契約書

# 介護老人保健施設短期入所療養介護

## 利用約款

### (約款の目的)

第1条 介護老人保健施設サングリーンそえだ（以下「当施設」という。）は、要介護状態と認定された利用者（以下単に「利用者」という。）に対し、介護保険法令の趣旨に従って、利用者が可能な限り自宅において、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に、一定の期間、短期入所療養介護を提供し、一方、利用者及び利用者の身元引受人は、当施設に対し、そのサービスに対する料金を支払うことについて取り決めることを、本約款の目的とします。

### (適用期間)

第2条 本約款は、利用者が介護老人保健施設短期入所療養介護（介護予防短期入所療養介護）利用同意書（以下単に「同意書」という）を当施設に提出したのち、利用開始日以降から効力を有します。但し、利用者の身元引受人に変更があった場合は、新たな身元引受人の同意を得ることとします。

2 利用者は、第4条又は第5条による解除がない限り、初回利用時の同意書提出をもって、繰り返し当施設を利用することができるものとします。

### (身元引受人)

第3条 利用者は、次の各号の要件を満たす身元引受人を立てます。但し、利用者が身元引受人を立てることができない相当の理由がある場合を除きます。

- ① 行為能力者（民法第20条第1項に定める行為能力者をいいます。以下同じ。）であること
- ② 弁済をする資力を有すること
- 2 身元引受人は、利用者が本約款上当施設に対して負担する一切の債務を極度額の範囲内で、利用者と連帯して支払う責任を負います。
- 3 身元引受人は、前項の責任のほか、次の各号の責任を負います。
  - ① 利用者が疾病等により医療機関に入院する場合、入院手続が円滑に進行するように協力すること。
  - ② 入所利用が解除若しくは終了した場合の残置物の引取り等の処置、又は利用者が死亡した場合の遺体の引取をすること。但し、遺体の引取について、身元引受人と別に祭祀主宰者がいる場合、当施設は祭祀主宰者に引き取っていただくことができる。
- 4 身元引受人が第1項各号の要件を満たさない場合、又は当施設、当施設の職員若しくは他の入所者等に対して、窃盗、暴行、暴言、誹謗中傷その他の背信行為又は反社会的行為を行った場合、当施設は、利用者及び身元引受人に対し、相当期間内にその身元引受人に代わる新たな身元引受人を立てることを求めることができます。但し、第1項但書の場合はこの限りではありません。
- 5 身元引受人の請求があったときは、当施設は身元引受人に対し、当施設に対する利用料金の未払い、これに対する利息及び賠償すべき損害の有無並びにこれらの残額及び支払期が到来しているものの額に関する情報を提供します。

(利用者からの解除)

第4条 利用者は、当施設に対し、退所の意思表示をすることにより、利用者の居宅サービス計画にかかわらず、本約款に基づく入所利用を解除することができます。なお、この場合利用者及び身元引受人は、速やかに当施設及び利用者の居宅サービス計画作成者に連絡するものとします。

- 2 身元引受人も前項と同様に入所利用を解除することができます。但し、利用者の利益に反する場合は、この限りではありません。

(当施設からの解除)

第5条 当施設は、利用者及び身元引受人に対し、次に掲げる場合には、本約款に基づく入所利用を解除することができます。

- ① 利用者が要介護認定において自立と認定された場合
- ② 利用者の居宅サービス計画が作成されている場合には、その計画で定められた当該利用日数を満了した場合
- ③ 利用者の病状、心身状態等が著しく悪化し、当施設での適切な短期入所療養介護の提供を超えると判断された場合
- ④ 利用者及び身元引受人が、本約款に定める利用料金を2か月分以上滞納し、その支払を督促したにもかかわらず15日間以内に支払われない場合
- ⑤ 利用者が、当施設、当施設の職員又は他の入所者等に対して、窃盗、暴行、暴言、誹謗中傷その他の利用継続が困難となる程度の背信行為又は反社会的行為を行った場合
- ⑥ 第3条第4項の規定に基づき、当施設が新たな身元引受人を立てることを求めたにもかかわらず、新たな身元引受人を立てない場合。但し、利用者が新たな身元引受人を立てることができない相当の理由がある場合を除く。
- ⑦ 天災、災害、施設・設備の故障その他やむを得ない理由により、当施設を利用させることができない場合

(利用料金)

第6条 利用者及び身元引受人は、連帯して、当施設に対し、本約款に基づく短期入所療養介護（介護予防短期入所療養介護）の対価として、重要事項説明書の利用単位ごとの料金をもとに計算された月ごとの合計額及び利用者が個別に利用したサービスの提供に伴い必要となる額の合計額を支払う義務があります。但し、当施設は、利用者の経済状態等に変動があった場合、上記利用料金を変更することがあります。

- 2 当施設は、利用者、身元引受人又は利用者若しくは身元引受人が指定する送付先に対し、前月料金の合計額の請求書及び明細書を、毎月5日までに発行し、所定の方法により交付します。利用者及び身元引受人は、連帯して、当施設に対し、当該合計額をその月の15日までに支払うものとします。
- 3 当施設は、利用者又は身元引受人から、1項に定める利用料金の支払いを受けたときは、利用者、身元引受人又は利用者若しくは身元引受人が指定する者に対して、領収書を所定の方法により交付します。

(記録)

第7条 当施設は、利用者の介護保健施設サービスの提供に関する記録を作成し、その記録をサービスの提供に係る保険給付支払の日から5年間保管します。（診療録については、5年間保管します。）

- 2 当施設は、利用者が前項の記録の閲覧、謄写を求めたときは、原則として、必要な実費を徴収のうえ、これに応じます。

- 3 当施設は、身元引受人が第1項の記録の閲覧、謄写を求めたときは、閲覧、謄写を必要とする事情を確認して当施設が必要と認める場合に限り、必要な実費を徴収のうえ、これに応じます。但し、利用者が身元引受人に対する閲覧、謄写に反対する意思を表示した場合その他利用者の利益に反するおそれがあると当施設が認める場合は、閲覧、謄写に応じないことができます。
- 4 前項は、当施設が身元引受人に対して連帯保証債務の履行を請求するため必要な場合は適用されません。
- 5 当施設は、利用者及び身元引受人以外の親族が第1項の記録の閲覧、謄写を求めたときは、利用者の承諾がある場合に限り、必要な実費を徴収のうえ、これに応じます。但し、利用者の利益に反するおそれがあると当施設が認める場合は、閲覧、謄写に応じないことができます。

(身体の拘束等)

第8条 当施設は、原則として利用者に対し身体拘束を行いません。但し、自傷他害の恐れがある等緊急やむを得ない場合は、施設管理者又は施設長が判断し、身体拘束その他利用者の行動を制限する行為を行うことがあります。この場合には、当施設の医師がその状態及び時間、その際の利用者の心身の状況、緊急やむを得なかった理由を診療録に記載することとします。

(秘密の保持及び個人情報の保護)

第9条 当施設とその職員は、当法人の個人情報保護方針に基づき、業務上知り得た利用者、身元引受人又は利用者若しくは身元引受人の親族に関する個人情報の利用目的を別紙1のとおり定め、適切に取り扱います。また正当な理由なく第三者に漏らしません。但し、例外として次の各号については、法令上、介護関係事業者が行うべき義務として明記されていることから、情報提供を行なうこととします。

- ① サービス提供困難時の事業者間の連絡、紹介等
  - ② 居宅介護支援事業所、地域包括支援センター等との連携
  - ③ 利用者が偽りその他不正な行為によって保険給付を受けている場合等の市町村への通知
  - ④ 利用者に病状の急変が生じた場合等の主治の医師への連絡等
  - ⑤ 生命・身体の保護のため必要な場合（災害時において安否確認情報を行政に提供する場合等）
- 2 前項に掲げる事項は、利用終了後も同様の取扱いとします。

(緊急時の対応)

- 第10条 当施設は、利用者に対し、施設医師の医学的判断により対診が必要と認める場合、協力医療機関又は協力歯科医療機関での診療を依頼することがあります。
- 2 当施設は、利用者に対し、当施設における短期入所療養介護での対応が困難な状態、又は、専門的な医学的対応が必要と判断した場合、他の専門的機関を紹介します。
  - 3 前2項のほか、入所利用中に利用者の心身の状態が急変した場合、当施設は、利用者、身元引受人又は利用者若しくは身元引受人が指定する者に対し、緊急に連絡します。

(事故発生時の対応)

第 11 条 サービス提供等により事故が発生した場合、当施設は、利用者に対し必要な措置を講じます。

- 2 施設医師の医学的判断により、専門的な医学的対応が必要と判断した場合、協力医療機関、協力歯科医療機関又は他の専門的機関での診療を依頼します。
- 3 前 2 項のほか、当施設は利用者の身元引受人又は利用者若しくは身元引受人が指定する者及び保険者の指定する行政機関に対して速やかに連絡します。

(要望又は苦情等の申出)

第 12 条 利用者、身元引受人又は利用者の親族は、当施設の提供する短期入所療養介護に対しての要望又は苦情等について、担当支援相談員に申し出ることができ、又は、備付けの用紙、管理者宛ての文書で所定の場所に設置する「ご意見箱」に投函して申し出ることができます。

(賠償責任)

第 13 条 短期入所療養介護の提供に伴って当施設の責に帰すべき事由によって、利用者が損害を被った場合、当施設は、利用者に対して、損害を賠償するものとします。

- 2 利用者の責に帰すべき事由によって、当施設が損害を被った場合、利用者及び身元引受人は、連帯して、当施設に対して、その損害を賠償するものとします。

(利用契約に定めのない事項)

第 14 条 この約款に定められていない事項は、介護保険法令その他諸法令に定めるところにより、利用者又は身元引受人と当施設が誠意をもって協議して定めることとします。

サービス内容等の、重要事項説明。

(1) 施設が提供するサービスについての相談窓口、及び重要事項説明者。

|          |                      |
|----------|----------------------|
| 苦情相談受付窓口 | TEL 0947-82-0100     |
|          | FAX 0947-82-3328     |
| 担当者      | 介護支援専門員 丸山 あゆみ 渡邊 綾美 |
| 受付時間     | 毎週月曜日～土曜日 8:30～17:00 |

|             |                             |                  |
|-------------|-----------------------------|------------------|
| 福岡県介護保険広域連合 | 田川桂川支部                      | TEL 0947-49-1093 |
|             |                             | FAX 0947-49-1097 |
| 所在地         | 〒825-0016 田川市新町18-7 田川自治会館内 |                  |
| 受付時間        | 毎週月曜日～金曜日（祝日を除く）8:30～17:00  |                  |

|               |                            |
|---------------|----------------------------|
| 福岡国民健康保険団体連合会 | TEL 093-642-7859           |
|               | FAX 093-642-7856           |
| 受付時間          | 毎週月曜日～金曜日（祝日を除く）8:30～17:00 |

|       |                            |                      |
|-------|----------------------------|----------------------|
| 市町村窓口 | 添田町 高齢者支援係                 | 福岡県田川郡添田町大字添田 2151   |
|       |                            | TEL 0947-82-1232     |
|       |                            | FAX 0947-82-5508     |
|       | 大任町 社会福祉係                  | 福岡県田川郡大任町大字大任 3067   |
|       |                            | TEL 0947-63-3004     |
|       |                            | FAX 0947-63-3813     |
|       | 川崎町 高齢者福祉係                 | 福岡県田川郡川崎町大字田原 789-2  |
|       |                            | TEL 0947-72-3000     |
|       |                            | FAX 0947-72-6453     |
|       | 赤村 健康増進係                   | 福岡県田川郡赤村大字内田 1188 番地 |
|       |                            | TEL 0947-62-3000     |
|       |                            | FAX 0947-62-3007     |
|       | 田川市 高齢介護課                  | 福岡県田川市中央町1-1         |
|       |                            | TEL 0947-85-7129     |
|       |                            | FAX 0947-42-0124     |
| 受付時間  | 毎週月曜日～金曜日（祝日を除く）8:30～17:00 |                      |

(2) サングリーンそえだの概要

・提供できるサービスの種類

|       |                     |
|-------|---------------------|
| 事業者番号 | 4055380051          |
| 事業所名  | サングリーンそえだショートステイ    |
| 所在地   | 福岡県田川郡添田町大字庄 1134-1 |

・ 職 員 の 配 置 と 定 数  
(100 名)

| 職 種                       | 基 準                                         | 施 設 |
|---------------------------|---------------------------------------------|-----|
| 管理者                       | 1                                           | 1   |
| 施設長                       |                                             | 1   |
| 理学療法士・作業療法士               | 1                                           | 1   |
| 介護支援専門員                   | 1                                           | 2   |
| 看護職員                      | 入所 3 人に対して 1 人<br>( 内 7 分の 5 介護 7 分の 2 看護 ) | 12  |
| 介護職員                      |                                             | 23  |
| 栄養士 (管理栄養士)               | 1                                           | 2   |
| 支援相談員<br>(生活困窮者に対する相談員含む) | 1                                           |     |
| 調理員                       |                                             | 6   |
| 事務員                       |                                             | 4   |

・ 設備の概要

|             |       |       |       |      |
|-------------|-------|-------|-------|------|
| 居室          | 4 人部屋 | 17 室  | 2 人部屋 | 16 室 |
| 浴室 (特殊浴室含む) |       | 1 室   |       |      |
| 洗濯室・汚物処理室   |       | 各 1 室 |       |      |
| 談話室         |       | 1 室   |       |      |
| 診察室         |       | 1 室   |       |      |
| 理美容室        |       | 1 室   |       |      |
| サービスステーション  |       | 1 室   |       |      |
| 機能訓練室・食堂    |       | 1 室   |       |      |
| レクリエーションルーム |       | 1 室   |       |      |
| 厨房          |       | 1 室   |       |      |

(3) サービス内容

- ・食事 ( 朝食 8:00 昼食 12:00 夕食 18:00 )
- ・入浴 (原則として週 2 回入浴していただきます。但し、状態に応じ、特浴又は、清拭となる場合があります。)
- ・機能訓練 (個別、集団訓練を週 2 回以上行ないます。)
- ・健康管理 (短期入所療養介護の初日に簡単な健康チェックを行います。また、病状に不安のある方は看護職員にお申し出下さい。当施設常勤の医師による診察を受ける事が出来ます。)
- ・支援相談
- ・レクリエーション

(1) 利用料金

| 要支援・要介護度 | 1日当りの利用料金 | 1日当りの自己負担金<br>(1割負担の場合) |
|----------|-----------|-------------------------|
| 要介護1     | 8,300円    | 830円                    |
| 要介護2     | 8,800円    | 880円                    |
| 要介護3     | 9,440円    | 944円                    |
| 要介護4     | 9,970円    | 997円                    |
| 要介護5     | 10,520円   | 1,052円                  |
| 要支援・要介護度 | 1日当りの利用料金 | 1日当りの自己負担金<br>(2割負担の場合) |
| 要介護1     | 16,600円   | 1,660円                  |
| 要介護2     | 17,600円   | 1,760円                  |
| 要介護3     | 18,800円   | 1,880円                  |
| 要介護4     | 19,940円   | 1,994円                  |
| 要介護5     | 21,040円   | 2,104円                  |

・食費、居室の負担限度額と基準費用額（日額）

| 利用者<br>負担段階 | 1日あたりの滞在費 |          |       |      | 1日あたり<br>の<br>食費 |
|-------------|-----------|----------|-------|------|------------------|
|             | ユニット型個室   | ユニット型準個室 | 従来型個室 | 多床室  |                  |
| 第1段階        |           |          |       | 0円   | 300円             |
| 第2段階        |           |          |       | 430円 | 600円             |
| 第3段階①       |           |          |       | 430円 | 1,030円           |
| 第3段階②       |           |          |       | 430円 | 1,360円           |
| 基準費用額       |           |          |       | 437円 | 1,545円           |

※ 利用者負担段階が変われば、自己負担金も変わります。

※ 居住費自己負担

個室部屋・2人部屋に関しては多床室費＋下記の料金が加算されます。(希望者のみ)

|                               |        |
|-------------------------------|--------|
| <input type="checkbox"/> 個室部屋 | 1日500円 |
| <input type="checkbox"/> 2人部屋 | 1日200円 |

※1日当たりの食費の内訳(朝食・昼食・夕食)

|    |      |
|----|------|
| 朝食 | 425円 |
| 昼食 | 560円 |
| 夕食 | 560円 |

特定介護老人保健施設短期入所療養介護費

|            |       |   |
|------------|-------|---|
| 3時間以上4時間未満 | 664   | 日 |
| 4時間以上6時間未満 | 927   | 日 |
| 6時間以上8時間未満 | 1,296 | 日 |

下記に該当するサービスを行った場合は、料金が加算されます。

| 加算名                                         | 金額              | 単位 | 備考                              |
|---------------------------------------------|-----------------|----|---------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 夜勤職員配置加算           | 24              | 日  |                                 |
| <input type="checkbox"/> 個別リハビリテーション実施加算    | 240             | 日  |                                 |
| <input type="checkbox"/> 認知症ケア加算            | 76              | 日  |                                 |
| <input type="checkbox"/> 認知症行動・心理症状緊急対応加算   | 200             | 日  |                                 |
| <input type="checkbox"/> 緊急短期入所受入加算         | 90              | 日  |                                 |
| <input type="checkbox"/> 若年性認知症利用者受入加算      | 120             | 日  | 特定は 60 単位                       |
| <input type="checkbox"/> 重度療養管理加算           | 120             | 日  | 特定は 60 単位                       |
| <input type="checkbox"/> 在宅復帰・在宅療養支援機能加算（Ⅰ） | 51              | 日  |                                 |
| <input type="checkbox"/> 在宅復帰・在宅療養支援機能加算（Ⅱ） | 51              | 日  |                                 |
| <input type="checkbox"/> 送迎加算               | 184             | 日  | 片道                              |
| <input type="checkbox"/> 総合医学管理加算           | 275             | 日  |                                 |
| <input type="checkbox"/> 口腔連携加算             | 50              | 月  |                                 |
| <input type="checkbox"/> 療養食加算              | 8               | 回  | 1日3食で18単位                       |
| <input type="checkbox"/> 認知症専門ケア加算（Ⅰ）       | 3               | 日  |                                 |
| <input type="checkbox"/> 認知症専門ケア加算（Ⅱ）       | 4               | 日  |                                 |
| <input type="checkbox"/> 緊急時治療管理            | 518             | 日  |                                 |
| <input type="checkbox"/> 特定治療               |                 | 回  | 医科診療報酬点数表第1章 及び第2章<br>に定める点数×10 |
| <input type="checkbox"/> 生産性向上推進体制加算（Ⅰ）     | 100             |    |                                 |
| <input type="checkbox"/> 生産性向上推進体制加算（Ⅱ）     | 10              |    |                                 |
| <input type="checkbox"/> サービス提供体制強化加算（Ⅰ）    | 22              |    |                                 |
| <input type="checkbox"/> サービス提供体制強化加算（Ⅱ）    | 18              |    |                                 |
| <input type="checkbox"/> サービス提供体制強化加算（Ⅲ）    | 6               |    |                                 |
| <input type="checkbox"/> 介護職員処遇改善加算（Ⅰ）イ     | 請求単位数の100分の9.0% |    |                                 |
| <input type="checkbox"/> 介護職員処遇改善加算（Ⅰ）ロ     | 請求単位数の100分の9.7% |    |                                 |
| <input type="checkbox"/> 介護職員処遇改善加算（Ⅱ）イ     | 請求単位数の100分の8.6% |    |                                 |
| <input type="checkbox"/> 介護職員処遇改善加算（Ⅱ）ロ     | 請求単位数の100分の9.3% |    |                                 |
| <input type="checkbox"/> 介護職員処遇改善加算（Ⅲ）      | 請求単位数の100分の6.9% |    |                                 |
| <input type="checkbox"/> 介護職員処遇改善加算（Ⅳ）      | 請求単位数の100分の5.9% |    |                                 |

| 加算名                              | 金額   | 単位 | 備考               |
|----------------------------------|------|----|------------------|
| <input type="checkbox"/> 洗濯代     | 300  | 回  | 1ヶ月3,000円限度とする   |
| <input type="checkbox"/> 理美容代    | 1500 | 回  |                  |
| <input type="checkbox"/> 日常消耗品費  | 150  | 日  | シャンプー・歯磨き洗顔・石鹸等  |
| <input type="checkbox"/> 教養娯楽費   | 120  | 日  | 趣味・レクリエーションに係る費用 |
| <input type="checkbox"/> 電気器具使用料 | 50   | 日  | 電気毛布・電気あんか等      |
| <input type="checkbox"/> テレビリース料 | 120  | 日  | 電気使用料含む          |

※自己負担金合計 \_\_\_\_\_ 円

(5) 支払方法

- ・毎月、短期入所療養介護の終了後、請求書送付若しくは手渡しでお渡し致しますのでお支払ください。お支払頂きますと領収書を発行致します。お支払方法は、窓口事務員によるものとなります。

(6) 施設利用にあたっての留意点

- ・面会 午前8：30分～午後7：00まで  
(状況により予約制になります)
- ・金銭、貴重品の管理 お小遣い程度、貴重品については自宅をお願いします。
- ・外出、外泊 基本的に出来ません。
- ・飲酒、喫煙 医師の治療の方針又は、療養の方針による。
- ・設備器具の利用 許可の有るものについては利用できます。
- ・所持品の持ち込み 施設職員がお願いしたもの。
- ・施設外の受診 入所中は、出来ません。
- ・宗教活動 基本的に出来ません。
- ・その他 施設職員の療養の指示に従うこと  
(本人及び他の利用者の生命に危険が及ぶ行為がある場合)

(7) 緊急時の対応

- ・ご利用者の病状急変等の場合は、医師に連絡する等必要な処置を講ずるか、速やかに御家族に連絡します。

| 緊 急 連 絡 先   |          |
|-------------|----------|
| 氏 名 ( 続 柄 ) | 様<br>( ) |
| 電 話 番 号     |          |
| ファックス・携帯    | ファックス 携帯 |

8. 協力病院

田川市立病院・上野病院・丸の内歯科

## 個人情報の利用目的

介護老人保健施設サングリーンそえだでは、利用者の尊厳を守り安全に配慮する施設理念の下、お預かりしている個人情報について、利用目的を以下のとおり定めます。

### 【利用者への介護サービスの提供に必要な利用目的】

#### 〔介護老人保健施設内部での利用目的〕

- ・当施設が利用者等に提供する介護サービス
- ・介護保険事務
- ・介護サービスの利用者に係る当施設の管理運営業務のうち
  - －入退所等の管理
  - －会計・経理
  - －事故等の報告
  - －当該利用者の介護・医療サービスの向上

#### 〔他の事業者等への情報提供を伴う利用目的〕

- ・当施設が利用者等に提供する介護サービスのうち
  - －利用者に居宅サービスを提供する他の居宅サービス事業者や居宅介護支援事業所等との連携（サービス担当者会議等）、照会への回答
  - －利用者の診療等に当たり、外部の医師等の意見・助言を求める場合
  - －検体検査業務の委託その他の業務委託
  - －家族等への心身の状況説明
- ・介護保険事務のうち
  - －保険事務の委託
  - －審査支払機関へのレセプトの提出
  - －審査支払機関又は保険者からの照会への回答
- ・損害賠償保険などに係る保険会社等への相談又は届出等

### 【上記以外の利用目的】

#### 〔当施設の内部での利用に係る利用目的〕

- ・当施設の管理運営業務のうち
  - －医療・介護サービスや業務の維持・改善のための基礎資料
  - －当施設において行われる学生の実習への協力
  - －当施設において行われる事例研究

#### 〔他の事業者等への情報提供に係る利用目的〕

- ・当施設の管理運営業務のうち
  - －外部監査機関への情報提供

# 介護老人保健施設短期入所療養介護 利用同意書

介護老人保健施設サングリーンそえだを入所利用するにあたり、介護老人保健施設短期入所療養介護利用約款及び重要事項説明書・個人情報の利用目的を受領し、これらの内容に関して、担当者による説明を受け、これらを十分に理解した上で同意します。

令和      年      月      日

< 利用者 >

住 所  
氏 名

印

< 利用者の身元引受人 >

住 所  
氏 名

印

介護老人保健施設サングリーンそえだ  
施設長 崎山 亮 殿

【本約款第6条の請求書・明細書及び領収書の送付先】

|       |       |
|-------|-------|
| ・氏 名  | (続柄 ) |
| ・住 所  |       |
| ・電話番号 |       |

【本約款第10条3項緊急時及び第11条3項事故発生時の連絡先】

|       |       |
|-------|-------|
| ・氏 名  | (続柄 ) |
| ・住 所  |       |
| ・電話番号 |       |

※上記の契約を称するため、本書2通を作成し、利用者、事業者が署名若しくは記名押印の上1通ずつ保有するものとします。

契約締結日

令和 年 月 日

### 利 用 者

< 住 所 > \_\_\_\_\_

< 氏 名 > \_\_\_\_\_ ㊞

### 利用者の家族

(身元保証人)

< 住 所 > \_\_\_\_\_

< 氏 名 > \_\_\_\_\_ ㊞ (続柄: \_\_\_\_\_)

### 事 業 者

< 住 所 > 福岡県田川郡添田町大字庄 1134-1

< 事業所名 > 介護老人保健施設サングリーンそえだ

< 代表者氏名 > 施設長 崎 山 亮 ㊞

