

# 訪問リハビリテーションサービス

サービス内容説明書

重要事項説明書

契 約 書

\_\_\_\_\_  
様

年 月 日

介護老人保健施設 にじの丘足柄

## I. (予)訪問リハビリテーションサービス内容説明書

当事業者が、あなたに提供するサービスは以下のとおりです。

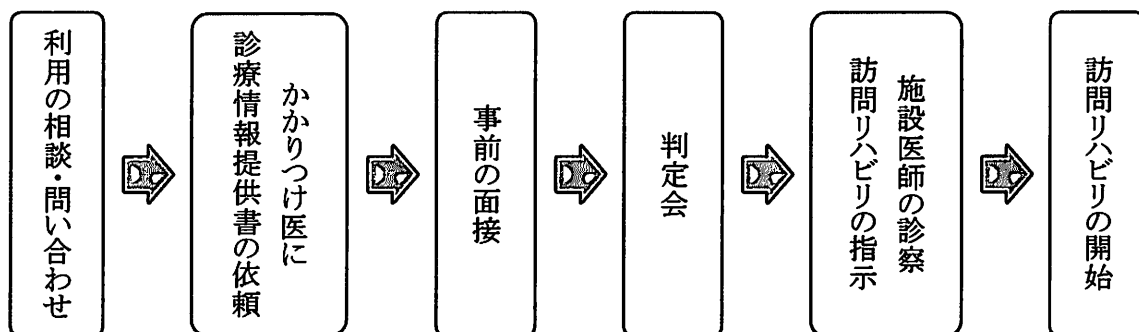
## 1. 提供するサービス

(予)訪問リハビリテーションサービス

ご利用日：毎週（      ・      ・      ・      ）曜日

時間帯：午前・午後      時      分 ～      時      分

このサービスの提供手順は以下のとおりです。



- ① このサービスの提供にあたっては、あなたの要介護状態の軽減もしくは悪化の防止、要介護状態となることの予防になるよう、適切にサービスを提供します。
- ② サービスの提供にあたっては、医師の指示及び別紙訪問リハビリテーション計画に基づき、利用者の心身機能の維持回復を図り、日常生活の自立に資するよう、妥当適切に行ないます。
- ③ サービスの提供は、懇切丁寧に行い、分かりやすいように説明します。もし分からないことがありましたら、いつでも担当職員にご遠慮なく質問してください。
- ④ 当事業者は、訪問リハビリテーション計画に従ったサービスの実施状況及びその評価について、速やかに診療記録を作成するとともに、医師に報告します。

## 2. 担当の職員

あなたの担当の療法士は、以下のとおりですが、やむを得ない事由または、必要が生じ変更する場合には、事前に連絡いたします。

|   |         |
|---|---------|
| ( | ) 理学療法士 |
| ( | ) 作業療法士 |
| ( | ) 言語聴覚士 |

職員は、常に身分証明書を携帯していますので、必要な場合はいつでも、その提示をお求めください。

### 3. 担当職員の変更

- ① あなたはいつでも担当者の変更を申し出ることができます。その場合、当事業者は、訪問リハビリテーションサービスの目的に反するなど変更を拒む正当な理由がない限り、変更の申し出に応じます。
- ② 当事業者は、あなたの担当者が退職する等正当な事由がある場合に限り、担当者を変更することがあります。その場合には、事前にあなたの了解を得ます。

#### 4. 利用料

あなたが支払う利用者負担金額は、以下の通りです。

##### (1) 介護保険適用分

(令和 8. 6. 1 改 定)

| 内容                                       | 単価               | 回／週 | 1 週間当たりの利用料 |
|------------------------------------------|------------------|-----|-------------|
| 訪問リハビリテーション費（1 回 20 分）                   | 308 円／回          | ×   | 円           |
| 予防訪問リハビリテーション費（1 回 20 分）                 | 298 円／回          | ×   | 円           |
| 訪問リハビリテーションマネジメント加算ロ                     | 213 円／月          | ×   | 円           |
| 訪問リハビリテーションマネジメント加算<br>（医師より利用者または家族へ説明） | 270 円／月          | ×   | 円           |
| 退院時共同指導加算（初回月のみ）                         | 600 円／回          | ×   | 円           |
| （予）短期集中リハビリテーション実施加算                     | 200 円／日          | ×   | 円           |
| （予）認知症短期集中リハビリテーション実施加算                  | 240 円／日          | ×   | 円           |
| （予）サービス提供体制加算                            | 6 円／回            | ×   | 円           |
| （予）中山間地域等提供加算                            | 5%加算             | ×   | 円           |
| （予）介護職員処遇改善加算（Ⅰ）ロ                        | （所定単位×15/1000）／月 |     |             |
| 1 週間当たりの利用者負担額（1 割負担）                    |                  |     | 円           |
| 1 週間当たりの利用者負担額（2 割負担）                    |                  |     | 円           |
| 1 週間当たりの利用者負担額（3 割負担）                    |                  |     | 円           |

南足柄市の地域区分は、7 級地となっています。

##### (2) その他費用

交通費については、☐必要ありません。

☐実費\_\_\_\_\_円です（当事業所の通常の事業実施区域外の場合）

- ① サービスが、介護保険の適用を受ける場合、原則として介護保険負担割合証に基づき利用料をお支払いいただきます。
- ② 提供を受けるサービスが介護保険の適用を受けない部分については、利用料全額をお支払いいただきます。

#### 5. キャンセル料

利用者の都合によりサービスを中止する場合は、以下のとおりのキャンセル料をいただきます。ただし、病状の急変など、緊急やむを得ない事情がある場合は不要です。

|                          |                   |
|--------------------------|-------------------|
| 利用日の前々日の 17 時までに連絡があった場合 | 無料                |
| 利用日の前日の 17 時までに連絡があった場合  | 利用料自己負担分の 5 0 %   |
| 利用日に前日の 17 時までに連絡がなかった場合 | 利用料自己負担分の 1 0 0 % |

※キャンセル時の連絡先

0 4 6 5 - 7 0 - 2 2 2 2（代） リハビリテーション室

#### 6. 保険給付の請求のための証明書の交付

サービス提供証明書が必要な場合は、いつでも交付しますので、お申し出ください。

## Ⅱ. 重要事項説明書（訪問リハビリテーション）

あなたに対する訪問リハビリテーションサービスの提供開始にあたり、平成25年1月11日神奈川県条例第20号（指定居宅サービス等の事業の人員、設備及び運営に関する基準）第87条、平成25年1月11日神奈川県予防条例第21号（指定介護予防サービス等の事業の人員、設備及び運営に関する基準）第83条に基づいて、当事業者があなたに説明すべき重要事項は次のとおりです。

### 1. 事業者の概要

|        |                 |
|--------|-----------------|
| 事業者の名称 | 医療法人社団 帰陽会      |
| 所在地    | 神奈川県小田原市荻窪406   |
| 代表者名   | 理事長 南 康平        |
| 電話番号   | 0465-34-3444（代） |

### 2. ご利用事業所

|           |                                         |
|-----------|-----------------------------------------|
| 事業所の名称    | 医療法人社団帰陽会<br>介護老人保健施設 にじの丘足柄            |
| 指定番号      | 1454380002号                             |
| 所在地       | 神奈川県南足柄市岩原699                           |
| 電話番号      | 0456-70-2222（代）                         |
| FAX番号     | 0465-70-2111                            |
| 開設年月日     | 平成10年12月7日                              |
| 管理者名      | 施設長 堀口 徹                                |
| 併設サービスの内容 | 介護老人保健施設、（予）短期入所療養介護、<br>（予）通所リハビリテーション |

### 3. 事業所の職員体制

| 従業者の職種  | 人員                    | 従事するサービス種類、業務                                              |
|---------|-----------------------|------------------------------------------------------------|
| 管理者（医師） | 常勤1名、非常勤 名（専従 名、兼務1名） | 事業所の業務を統括し執行する。<br>利用所の状況に適した機能訓練を行<br>い、身体機能の維持回復を行<br>う。 |
| 理学療法士   | 常勤2名、非常勤 名（専従 名、兼務2名） |                                                            |
| 作業療法士   | 常勤2名、非常勤 名（専従 名、兼務2名） |                                                            |
| 言語聴覚士   | 常勤3名、非常勤 名（専従 名、兼務3名） |                                                            |

### 4. サービス提供地域

|         |                                                                            |
|---------|----------------------------------------------------------------------------|
| 通常の実施地域 | 南足柄市全域、小田原市の一部（多古、穴部、穴部新田、蓮正寺、中曽根、飯田岡、府川、清水新田、北ノ窪、小台、新屋、柳新田、堀之内、栢山、曾比）、開成町 |
|---------|----------------------------------------------------------------------------|

### 5. サービス提供時間

|          |                                             |
|----------|---------------------------------------------|
| サービス提供日  | 月曜日から土曜日<br>ただし、年末年始（12月30日～1月3日）はお休みとなります。 |
| サービス提供時間 | 8時30分～17時                                   |

## 6. 提供するサービス内容

理学療法士、作業療法士、言語聴覚士がご利用者の居宅を訪問し、医師の指示に基づいてご利用者の心身機能の維持向上を図り、日常生活の自立を助けるために理学療法、作業療法その他必要なリハビリテーションを行います。

- ① 健康チェック 血圧、脈拍測定等利用者の全身状態の把握を行ないます。
- ② リハビリテーション ご利用者の状況に適したリハビリテーションを行ない心身機能の維持回復に努めます。
- ③ 相談・指導 ご利用者の身体機能に合った福祉用具や自助具、住宅改修の相談や助言を行います。また、介助者への指導等も行います。

サービスの提供に当たって、次の行為は行いません。

- ① ご利用者又はご家族の金銭、預貯金通帳、証書、書類などの預かり
- ② ご利用者又はご家族からの金銭、物品、飲食の授受
- ③ ご利用者の居宅での飲酒、喫煙、飲食
- ④ 身体拘束その他ご利用者の行動を制限する行為（ご利用者又は第三者等の生命や身体を保護するため緊急やむを得ない場合を除く）
- ⑤ その他ご利用者又はご家族等に対して行う宗教活動、政治活動、営利活動、その他迷惑行為

## 7. 利用料金

- ① お支払いいただく利用者負担金は、別紙料金表の通りです。介護保険からの給付に変更があった場合、変更された額に併せて利用者負担金を変更します。ご質問等があればお尋ね下さい。

### ② 支払方法

お支払いは、預金口座自動振替（引き落とし）でお願いしております。利用月の月末までの請求分が翌々月の 27 日に振替えられます。当月請求書と前月領収書は、ご利用月の翌月 15 日前後に発行し、訪問リハビリテーション実施時にお渡しいたします。また、ご希望によっては郵送いたします。

サービスを停止された場合は、請求書、領収書は後日郵送いたします。

※介護保険等外のサービスとなる場合には全額自己負担となります（サービス利用料の一部が制度上の支給限度額を超える場合を含む）。

※介護保険等外サービスとなる場合には、居宅サービス計画を作成する際に居宅介護支援事業者から説明の上利用者の同意を得ることになります。

### ③ キャンセル料

サービスの利用を中止する際には事業所までご連絡ください。

ご利用者の都合によりサービスをキャンセルする場合には、下記のキャンセル料を頂くことになります。ただし、ご利用者の容態の急変など、緊急やむを得ない事情がある場合には不要です。また、災害・天候不順等に伴い、サービスを提供できないこともありますのでご了承ください。

| キャンセルの時間                 | キャンセル料       |
|--------------------------|--------------|
| 利用日の前々日の 17 時までに連絡があった場合 | 無料           |
| 利用日の前日の 17 時までに連絡があった場合  | 利用者負担金の 50%  |
| 利用日の前日の 17 時までに連絡がなかった場合 | 利用者負担金の 100% |

※キャンセル時の連絡先

0465-70-2222（代） リハビリテーション室

## 8. 事業の目的と運営方針

|       |                                                                                                                                                                                                                                                           |
|-------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 事業の目的 | 要介護状態にあるご利用者が可能な限りその居宅において、その有する能力に応じ自立した生活の維持促進を図ることを目的とする。                                                                                                                                                                                              |
| 運営方針  | <p>ご利用者が可能な限りその居宅において、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個々の目標を設定し、理学療法、作業療法その他必要なりハビリテーションを計画的に行う。</p> <p>地域との結びつきを重視し、関係市町村、居宅介護支援事業者、その他の保健医療福祉サービス提供者との密接な連携を図り、ご利用者が地域において総合的サービス提供を受けることが出来るよう努める。</p> <p>自らその提供する訪問リハビリテーションサービスの質の評価を行ない、常にその改善に努める。</p> |

## 9. 緊急時の対応方法

サービスの提供中に事故・体調の急変などがあった場合は、事前の打ち合わせに基づき、ご家族、主治医、協力医療機関、居宅介護支援事業者等、関係各位へ連絡します。

|        |         |                                                                  |
|--------|---------|------------------------------------------------------------------|
| 主治医    | 病 院 名   |                                                                  |
|        | 氏 名     |                                                                  |
|        | 所 在 地   |                                                                  |
|        | 電 話 番 号 |                                                                  |
| 協力医療機関 | 病 院 名   | 医療法人社団 帰陽会 丹羽病院                                                  |
|        | 院 長 名   | 南 康平                                                             |
|        | 所 在 地   | 神奈川県小田原市荻窪406                                                    |
|        | 電 話 番 号 | 0465-34-3444                                                     |
|        | 診 療 科   | 内科、消化器科、外科                                                       |
|        | 入 院 設 備 | 有り                                                               |
|        | 救急指定の有無 | 有り                                                               |
| 緊急連絡先  | 契約の概要   | 当事業者と丹羽病院とは、入所者が診療を必要とした時、緊密な連絡や協力のもとに、円滑な診療を受け得る体制を確立しておくものとする。 |
|        | 氏 名     | 続柄 ( )                                                           |
|        | 住 所     |                                                                  |
|        | 電 話 番 号 |                                                                  |
| 緊急連絡先  | 日中の連絡先  |                                                                  |

## 10. 事故発生時の対応

サービス提供中に事故が起こった場合、ご利用者に必要な措置を速やかに行なうと共に、管理者の指示に従い市町村、ご家族、主治医、居宅介護支援事業者等に連絡します。

11. 苦情申立窓口

|                     |               |                                                  |
|---------------------|---------------|--------------------------------------------------|
| にじの丘足柄相談室           | ご利用時間         | 月曜日～土曜日<br>8時30分～17時<br>日曜、祝日、年末年始（12/30～1/3）は休み |
|                     | ご利用方法         | 電話 0465-70-2222                                  |
| 各自治体                | 南足柄市役所（高齢介護課） | 電話 0465-73-8057                                  |
|                     | 小田原市役所（高齢介護課） | 電話 0465-33-1827                                  |
|                     | 開成町役場（福祉介護課）  | 電話 0465-84-0316                                  |
|                     | 松田町役場（福祉課）    | 電話 0465-83-1226                                  |
|                     | 山北町役場（保険健康課）  | 電話 0465-75-3642                                  |
|                     | 大井町役場（健康福祉課）  | 電話 0465-83-8024                                  |
| 神奈川県国民健康保険<br>団体連合会 | ご利用時間         | 8時30分～17時15分（土・日・祝・年末年始除く）                       |
|                     | ご利用方法         | 電話 045-329-3447（介護保険課 介護苦情相談係）                   |

（2026年4月1日現在）

（乙） 当事業者は、甲1に対する訪問リハビリテーションサービスの提供開始に当たり、  
☐ 甲1 利用者  
☐ 甲2 代理人（利用者家族）  
に対してサービス内容説明書及び重要事項説明書に基づいて、サービス内容及び重要事項を説明しました。

（乙） 居宅サービス事業者

主たる事業所所在地 神奈川県南足柄市岩原699

名 称 介護老人保健施設 にじの丘足柄

説明者 所 属  
氏 名

\_\_\_\_\_ 巻末に署名 \_\_\_\_\_

### Ⅲ. 訪問リハビリテーション契約書

甲（利用者）

乙（事業者） 介護老人保健施設にじの丘足柄

#### （居宅サービス契約の目的）

第1条 乙は、介護保険法等関係法令及びこの契約書に従い、甲に対し、甲が可能な限り居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、このサービスを提供します。

2 乙は、サービス提供にあたっては、甲の意向を十分に尊重するとともに、甲の立場に立つて公正かつ適切な方法によって行い、甲の心身の状況、その置かれている環境の把握に努め、甲の要介護状態区分、本契約書末尾にその写しが添付されている、甲の被保険者証に記載された認定審査会意見及び居宅サービス計画（ケアプラン）に沿って、介護計画を作成し、これに従って、甲に対しサービスを提供します。

3 甲は、乙からサービスの提供を受けたときは、乙に対し、別紙サービス内容説明書の記載に従い、利用料自己負担分を支払います。

#### （契約期間）

第2条 この契約の期間は、 年 月 日 から 年 月 日までとします。

但し、契約期間満了日以前に甲が要介護状態区分の変更の認定を受け、要介護認定有効期間の満了日が更新された場合には、変更後の要介護認定有効期間満了日までとします。

2 上記契約期間満了日14日以上前に甲から更新拒絶の申し出がない場合、この契約と同一内容で自動更新されるものとし、以後も同様とします。

3 甲から更新拒絶の意思が表示された場合は、乙は、他の事業者の情報を提供する等、必要な措置をとります。

#### （居宅サービス計画変更の援助）

第3条 乙は、甲が居宅サービス計画（ケアプラン）の変更を希望する場合は、速やかに介護支援専門員に連絡するなど必要な援助を行います。

#### （サービス内容の変更）

第4条 乙が提供する訪問リハビリテーションサービスのうち、甲が利用するサービスの内容、利用回数、利用料及び介護保険適用の有無については、別紙サービス内容説明書のとおりです。

2 甲は、いつでも訪問リハビリテーション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。

乙は、甲からの申し出があった場合、第1条に規定する居宅介護サービス契約の目的に反する等変更を拒む正当な理由がない限り、速やかに訪問リハビリテーションサービスの内容を変更します。

3 サービス内容を変更した場合、甲と乙とは、甲が変更後に利用する訪問リハビリテーションサービスの内容、利用回数、利用料及び介護保険の適用の有無について記載した、利用サービス変更合

意書を交わします。

(介護保険の適用を受けないサービスの説明)

第5条 乙は、その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、特にそのサービス内容及び利用料を具体的に説明し、甲の同意を得ます。

(甲の解約権)

第6条 甲は、乙に対し、いつでもこの契約の解約を申し入れることができます。この場合には、3日以上予告期間をもって届け出るものとし、予告期間満了日に契約は解約されます。

(甲の解除権)

第7条 甲は、以下の場合には、直ちにこの契約を解除できます。

- 一 乙が、正当な理由なく、本契約に定める訪問リハビリテーションサービスを提供せず、甲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。
- 二 乙が、第12条に定める守秘義務に違反した場合。
- 三 乙が、甲の身体・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とき。

(乙の解除権)

第8条 乙は、甲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、乙の再三の申し入れにもかかわらず改善の見込みがなく、この訪問リハビリテーションサービス利用契約の目的を達することが著しく困難となったときは、文書により、2週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 乙は、前項によりこの契約を解除する場合には、担当の介護支援専門員又は甲が住所を有する市町村に連絡を取り、必要な措置を講じます。

3 乙は、休廃止等やむを得ない理由により、本契約に定める訪問リハビリテーションサービスの提供が困難となったときは、解約理由を記した文書により、1ヶ月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。

(利用料の滞納)

第9条 甲が、正当な理由なく乙に支払うべき利用料の自己負担分を2ヶ月分以上滞納した場合には、乙は甲に対し、1ヶ月以上の期間を定めて催告し、その期間内に滞納額の全額の支払いがないときは、この契約を解除することができます。

2 乙は、前項の催告をした場合には、甲担当の介護支援専門員、甲が住所を有する市町村等と連絡を取り、解除後も甲の健康・生命に支障のないように、必要な措置を講じます。

3 乙は、前項の措置を講じた上で、甲が第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除することができます。

(契約の終了)

第10条 次の各項のいずれかに該当する場合には、この契約は終了します。

- 一 甲が死亡したとき。

- 二 第6条に基づき、甲から解約の意思表示がなされ、予告期間が満了したとき。
- 三 第7条に基づき、甲から契約の解除の意思表示がなされたとき。
- 四 第8条ないし第9条に基づき、乙から契約解除の意思表示がなされたとき。
- 五 甲が介護保険施設へ入所した場合。
- 六 甲の要介護状態区分が、自立とされた場合。

#### (損害賠償)

- 第11条 乙は、甲に対する訪問リハビリテーションサービスの提供にあたって、甲又は甲の家族の生命・身体・財産に損害が発生した場合は、速やかに甲又は甲の家族に対して損害を賠償します。ただし、乙に故意過失がなかった場合はこの限りではありません。
- 2 前項の場合、甲又は甲の家族に重大な過失がある場合は、賠償額を減額することができます。

#### (秘密保持)

- 第12条 乙及び乙の従業員は、正当な理由がない限り、甲に対する訪問リハビリテーションサービスの提供にあたって知り得た甲又は甲の家族の秘密を漏らしません。
- 2 乙は、乙の従業員が退職後、在職中に知り得た甲又は甲の家族の秘密を漏らすことがないよう必要な措置を講じます。
- 3 乙は、甲の個人情報を用いる場合は甲の、甲の家族の個人情報を用いる場合は甲の家族の同意を得ない限り、サービス担当者会議等において、甲又は甲の家族の個人情報を用いませぬ。
- 4 第1項の規定にかかわらず、乙は、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（いわゆる「高齢者虐待防止法」）に定める通報ができるものとし、その場合、乙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 甲又は甲の家族は、提供された訪問リハビリテーションサービスに苦情がある場合、いつでも別紙重要事項説明書記載の苦情申立窓口に、苦情を申し立てることができます。なお当事業所の苦情申立窓口は下記のとおりです。

名 称 介護老人保健施設 にじの丘足柄 担当相談員  
電 話 0465-70-2222  
FAX 0465-70-2111

- 2 乙は、甲に提供した訪問リハビリテーションサービスについて、甲又は甲の家族から苦情の申し出があった場合は、迅速、適切に対処し、サービスの向上、改善に努めます。
- 3 乙は、甲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作成・保存)

- 第14条 乙は、甲に対してサービスを提供するごとに、当該サービスの提供日、内容及び介護保険から支払われる報酬等の必要事項を記載し、所定の書面に記載します。
- 2 乙は、一定の期間ごとに、目標達成の状況等を記載した記録を作成して、甲に説明のうえ交付します。
- 3 乙は、サービスの提供に関する記録を整備し、完結日から5年間保存します。
- 4 甲及び甲の代理人（必要に応じ、甲の家族を含む。）は、乙に対し、前項に規定する書面その他

のサービスの提供に関する記録の閲覧・謄写を求めることができます。ただし、謄写に際しては、乙は甲に対して、実費相当額（50 円/枚）を請求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、介護保険法その他諸法令の定めるところを尊重し、甲及び乙の協議により定めます。

以上の契約の証とするため、本書 2 通を作成し、甲及び乙は署名または記名押印の上、甲乙各 1 通ずつ保有することとします。

### 【事 業 者】

当事業者は、甲の申込みを受諾し、この契約書に定める訪問リハビリテーションサービスを、誠実に責任をもって履行します。

|         |                                 |
|---------|---------------------------------|
| 所 在 地   | 〒250-0042 神奈川県小田原市荻窪 4 0 6      |
| 名 称     | 医療法人社団 帰陽会                      |
| 理 事 長   | 南 康平                            |
| 電 話 番 号 | 0465-34-3444 F A X 0465-34-3758 |
| 事業所所在地  | 〒250-0113 神奈川県南足柄市岩原 6 9 9      |
| 事 業 所 名 | 介護老人保健施設にじの丘足柄                  |
| 電 話 番 号 | 0465-70-2222 F A X 0465-70-2111 |

利用者名) 氏名

巻末に署名

## IV. 個人情報使用同意書

私（利用者及びその家族）の個人情報については、介護老人保健施設にじの丘足柄が、次に記載するところにより必要最小限の範囲で使用することに同意します。

記

### 1. 使用目的

（イ）当事業所で利用者様への介護サービスの提供に必要時

\* 介護保険事務、管理運営業務、介護サービス、家族等への心身の状況説明

（ロ）他の事業者等への情報提供に必要時

\* 居宅サービスを提供する時、他事業者との連携(サービス担当者会議等)及び紹介への回答

\* 診療等に当たり、外部の医師等の意見・助言を求める時

\* 委託業者(清掃、厨房等)

（ハ）審査支払い機関へのレセプトの提出時及び回答時

（ニ）損害賠償保険などに関わる保険会社等への相談及び届出時

（ホ）当事業所において行われる事例検討、研修、学生への実習への協力時

（ヘ）生命、身体の保護のため必要時

\* 災害時において、安否確認情報を行政に提出する時等

（ト）ホームページ及び機関誌の発行時

### 2. 使用期間

令和      年      月      日 から 契約解除等の申し出があるまで

### 3. 使用条件

（イ）個人情報の提供は必要最低限とし、提供にあたっては関係者以外の者に漏れることがないよう、細心の注意を払うこと

（ロ）個人情報を使用した会議、相手方、内容等の経過を記録しておくこと

以上

（事業所）介護老人保健施設 にじの丘足柄 御中

☐入所 ☐短期療養介護 ☐（予）通所リハビリテーション ☐（予）訪問リハビリテーション

利用者名

巻末に署名

## V. 契約に関わる申し込み及び同意書

説明日                      年                      月                      日

説明者 介護老人保健施設 にじの丘足柄

説明者氏名：

- ☐ サービス契約の締結にあたり「Ⅰ. 介護保健施設サービス重要事項説明書」の説明を受け、内容に同意しました。
- ☐ 「Ⅱ. 介護保健施設サービス内容説明書」についての説明を受け、この同意に基づく入所利用を申し込みます。
- ☐ 「Ⅲ. 介護保健施設サービス契約書」についての説明を受け、内容に同意しました。
- ☐ 「Ⅳ. 個人情報使用同意書」について説明を受け、利用者及びその家族の個人情報については、記載された必要最小限の範囲内で使用することに同意します。

本契約書を2通作成し、1通は事業所、1通は利用者様が保管します。

説明同意日                      年                      月                      日

【利用者】

氏 名 \_\_\_\_\_ 電話番号 \_\_\_\_\_

住所

緊急連絡先 氏名 (続柄)

緊急連絡先 電話番号

【署名代行者】

氏 名 (続柄)