

重要事項説明書（重度訪問介護用）

1 重度訪問介護サービスを提供する事業者について

| | |
|----------------|---|
| 事業者名称 | 社会福祉法人 慈傳会 |
| 代表者氏名 | 理事長 梅田 勝玄 |
| 本社所在地 (連絡先) | 奈良県香芝市五位堂三丁目 441 番地 1 電話 0745-77-8680 Fax 0745-77-8734 |
| 設立年月日 | 平成 23 年 6 月 17 日 |

2 ご利用者へのサービス提供を担当する事業所について

(1) 事業所の所在地等

| | |
|------------------------------|---|
| 事業所名称 | さら紗ヘルパーステーション |
| サービスの 主たる対象者 | 身体障がい者 知的障がい者 精神障がい者 難病等対象者 |
| 指定 事業所番号 | 重度訪問 2911800577 号（令和 3 年 10 月 1 日指定） |
| 事業所所在地 | 奈良県香芝市五位堂三丁目 454 番地 2 |
| 連絡先 相談担当者名 | 電話 0745-71-4567 Fax 0745-60-8239 相談担当者 井田 良一 |
| 事業所の通常の 事業実施地域 | 香芝市 大和高田市 広陵町 上牧町 王寺町 |
| 事業所が行なう 他の指定障がい 福祉サービス | 居宅介護 2911800577 号（令和 3 年 10 月 1 日指定） |

(2) 事業の目的および運営方針

| | |
|-------|--|
| 事業の目的 | 社会福祉法人慈傳会が設置するさら紗ヘルパーステーション（以下「事業所」という。）において実施する指定障害福祉サービス事業の重度介護（以下「指定重度介護」という。）の適正な運営を確保するために必要な人員及び運営管理に関する事項を定め、指定居宅介護の円滑な運営管理を図るとともに、利用者の意思及び人格を尊重して、常に当該利用者等の立場に立った指定居宅介護の提供を確保することを目的とします。 |
| 運営方針 | <p>① 事業所は、利用者等が居宅において自立した日常生活または社会生活を営むことができるよう、当該利用者等の身体その他の状況及びその置かれている環境に応じて、入浴、排せつ及び食事等の介護、調理、洗濯及び掃除等の家事、外出時における移動中の介護並びに生活等に関する背横断及び助言その他の生活全般にわたる援助を適切かつ効果的に行うものとします。</p> <p>② 指定重度介護の実施に当たっては、利用者等の必要な時に必要な指定重度介護の提供ができるよう努めるものとします。</p> <p>③ 指定重度介護の実施に当たっては、地域との結び付きを重視し、利用者等の所在する市町村、他の指定障害福祉サービス事業者、指定相談支援事業者、指定障害支援施設その他福祉サービス又は保健医療サービスを提供する者（以下「障害福祉サービス事業者等」という。）との密接な連携に努めるものとします。</p> <p>前三項のほか、「奈良県指定障害福祉サービスの事業所の人員、設備及び運営の基準等に関する条例（平成 24 年 12 月奈良県条例第 37 号）」に定める内容を厳守し、指定居宅介護を実施するものとします。</p> |

(3) 営業日及び営業時間

| | |
|------|---|
| 営業日 | 月曜日から金曜日 ただし国民の祝日、8月12日～8月16日、12月29日～1月5日までを除く |
| 営業時間 | 午前9時00分～午後6時00分 |

(4) サービス提供可能な日と時間帯

| | |
|----------|------|
| サービス提供日 | 年中無休 |
| サービス提供時間 | 24時間 |

(5) 事業所の職員体制

| | |
|---------|-------|
| 事業所の管理者 | 井田 良一 |
|---------|-------|

| 職種 | 職務内容 | 人員数 |
|-------------|--|-----------------------|
| 管理者 | <ol style="list-style-type: none"> 1 事業所の訪問介護員等の管理、訪問介護の利用の申込に係る調整業務の実施状況の把握、その他業務の管理を一元的に行います。 2 事業所の訪問介護員等に対し、法令等で規定されている訪問介護の実施に関する規定を遵守させるために、必要な指揮命令及び相談、指導を行います。 | 常勤1名 (サービス提供責任者兼務) |
| サービス提供責任者 | <ol style="list-style-type: none"> 1 利用者が居宅において自立した日常生活又は社会生活を営むことができるよう、利用者の身体その他の状況及びその置かれている環境に応じて、障がい福祉サービスが適切に行われるようアセスメントを実施し、援助の目標を達成するための手順と所要時間を明確にした手順書を作成します。 2 利用者の日常生活全般の状況及び希望等を踏まえて、具体的なサービスの内容等を記載した重度訪問介護計画を作成します。 3 利用者及びその同居の家族に重度訪問介護計画の内容を説明し、同意を得て交付します。 4 重度訪問介護計画の実施状況の把握を行ない、必要に応じて重度訪問介護計画の変更を行います。 5 指定重度訪問介護事業所に対する指定重度訪問介護の利用の申込みに係る調整を行います。 6 重度訪問介護従業者（以下ヘルパーという）等に対する技術指導等のサービスの内容の管理を行います。 7 ヘルパーに対して、具体的な援助目標及び援助内容を指示するとともに、利用者の状況についての情報を伝達します。 | 常勤2名 (うち1名は管理者兼務) |
| 従事者 サービス | <ol style="list-style-type: none"> 1 重度訪問介護計画に基づき、重度訪問介護サービスを提供します。 2 サービス提供後、サービスの提供日、内容、利用者の心身の状況等について、サービス提供責任者に報告を行います。 | 3名以上 |

3 提供するサービスの内容と料金および利用者負担額について

(1) 提供するサービスの内容について

| サービス区分と種類 | サービスの内容 |
|---------------|--|
| 重度訪問介護計画の作成 | 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手順書を作成し、この手順書をもとに重度訪問介護計画を作成します。 |
| 重度訪問介護サービスの提供 | 入浴、排せつ及び食事等の介護、調理、洗濯及び掃除等の家事、外出時における移動中の介護並びに生活等に関する相談及び助言その他の生活全般にわたる援助を適切かつ効果的に行います。 |

(2) ヘルパーの禁止行為

ヘルパーはサービスの提供にあたって次の行為は行いません。

- ①医療行為
- ②利用者又は家族の金銭、預貯金通帳、証書、書類などの預かり
- ③利用者又は家族からの金銭、物品、飲食の授受
- ④利用者の同居家族に対するサービス
- ⑤利用者の日常生活の範囲を超えたサービス（大掃除、庭掃除など）
- ⑥利用者の居宅での飲酒、喫煙、飲食
- ⑦ その他利用者又は家族等に対して行なう宗教活動、政治活動、営利活動、その他迷惑行為
- ⑧身体拘束その他利用者の行動を制限する行為
(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)
 1. 事業所は、やむを得ず身体拘束等を行う場合には、その態様及び時間、その際の利用者の心身の状況並びに緊急時ややむを得ない理由その他必要な事項を記録する。
 2. 事業所は、身体拘束等の適正化を図るため、次に掲げる措置を講ずる。
身体拘束等の適正化のための対策を検討する委員会（テレビ電話装置等を活用して行うことができるものとする。）を定期的で開催するとともに、その結果について、従業者に周知徹底を図る。
 3. 身体拘束等の適正化のための指針を整備する。
 4. 従業者に対し、身体拘束等の適正化のための研修を定期的実施する。

(3) 提供するサービスの料金とその利用者負担額について

提供するサービスについて、厚生労働省の告示の単価による利用料が発生します。

利月額負担上限額が設定され、ひと月に利用したサービス量にかかわらず、それ以上の負担は生じません。

上限負担月額等に関する詳細については、お住まいの市町村窓口までお問合せください。

利用料金の目安は、次表のとおりです。

| 1 時間未満 | | 1 時間以上 1 時間 30 分未満 | | 1 時間 30 分以上 2 時間未満 | | 2 時間以上 2 時間 30 分未満 | |
|--|--------|---------------------------------------|--------|---|--------|---------------------------------------|--------|
| 利用料 | 利用者負担額 | 利用料 | 利用者負担額 | 利用料 | 利用者負担額 | 利用料 | 利用者負担額 |
| 1,893 円 | 189 円 | 2,819 円 | 281 円 | 3,756 円 | 375 円 | 4,692 円 | 469 円 |
| 2 時間 30 分以上 3 時間未満 | | 3 時間以上 3 時間 30 分未満 | | 3 時間 30 分以上 4 時間未満 | | | |
| 利用料 | 利用者負担額 | 利用料 | 利用料 | 利用料 | 利用者負担額 | | |
| 5,629 円 | 562 円 | 6,555 円 | 655 円 | 7,492 円 | 749 円 | | |
| 4 時間以上 8 時間未満 | | | | 8 時間以上 12 時間未満 | | | |
| 利用料 | | 利用者負担額 | | 利用料 | | 利用者負担額 | |
| 8,357 円 (4 時間まで) に 30 分増すごとに +865 円 | | 835 円に 30 分増すごとに +86 円 | | 15,320 円 (8 時間まで) に 30 分増すごとに +865 円 | | 1,532 円に 30 分増すごとに +86 円 | |
| 12 時間以上 16 時間未満 | | | | 16 時間以上 20 時間未満 | | | |
| 利用料 | | 利用者負担額 | | 利用料 | | 利用者負担額 | |
| 22,233 円 (12 時間まで) に 30 分 増すごとに +814 円 | | 2,223 円に 30 分増すごとに +81 円 | | 28,850 円 (16 時間まで) に 30 分 増すごとに + 885 円 | | 2,885 円に 30 分増すごとに +88 円 | |
| 20 時間以上 24 時間未満 | | | | | | | |
| 利用料 | | 利用者負担額 | | | | | |
| 35,833 円 (20 時間まで) に 30 分 増すごとに +814 円 | | 3,583 円に 30 分増すごとに +81 円 | | | | | |

※ 重度障がい者等包括支援の対象となる心身の状態にあれば、上記単価に 100 分の 15、障がい程度区分 6 に該当されれば、100 分 8.5 が加算されます。

※ サービス提供時間数は、実際にサービス提供に要した時間ではなく、重度訪問介護計画に位置づけた時間数によるものとします。なお、計画時間数と実際にサービス提供に要した時間が大幅に異なる場合は、重度訪問介護計画の見直しを行いません。

※ サービス提供を行う手順書等により、市町村が 2 人派遣を認めた場合は、利用者の同意のもとヘルパー 2 人を同時派遣しますが、その場合の費用は 2 人分となり、利用者負

担額も2倍になります。

※ 利用者の体調等の理由で重度訪問介護計画に予定されていたサービスが実施できない場合、利用者の同意を得てサービス内容を変更することができます。この場合、事業者は変更後のサービス内容と時間により利用料金を請求いたします。

※ 介護給付費等について事業者が代理受領を行わない(利用者が償還払いを希望する)場合は、介護給付費等の全額を一旦お支払いいただきます。この場合、「サービス提供証明書」を交付しますので、「領収書」を添えてお住まいの市町村に介護給付費等の支給(利用者負担額を除く)を申請してください。

【加算項目】

① サービス提供の時間帯により下表のとおり料金が加算されます。(円未満の端数は四捨五入)

| 提供時間帯名 | 早 朝 | 昼 間 | 夜 間 | 深 夜 |
|--------|----------------------|----------------------|-----------------------|-----------------------|
| 時 間 帯 | 午前 6 時から 午前 8 時まで | 午前 8 時から 午後 6 時まで | 午後 6 時から 午後 10 時まで | 午後 10 時から 午前 6 時まで |
| 加算割合 | 100 分の 25 | | 100 分の 25 | 100 分の 50 |

② 事業所のとっている体制又は、対応の内容等により、下記の加算を算定いたします。

| 加算項目 |
|------------------|
| 初 回 加 算 |
| 訪問介護処遇改善加算Ⅰ |
| 訪問介護特定処遇改善加算Ⅱ |
| 介護職員等ベースアップ等支援加算 |

※ 初回加算は、新規に重度訪問介護計画を作成した利用者に対して、初回のサービス提供と同月内に、サービス提供責任者が、自らサービス提供を行う場合又は他のヘルパーがサービス提供を行う際に同行した場合に加算します。

なお、本加算を算定する場合は、通常の事業の実施地域を越えてサービス提供を行った際にいただくことになっている交通費は徴収しません。

お住まいの場所が、対象地域に当たるかどうかは、受給者証に記載されています。

③ 利用者の依頼により、利用者の負担上限月額を超えて事業者が利用者負担額を徴収しないよう、利用者負担額の徴収方法の管理を行った場合は、以下の料金が加算されます。

| 内 容 | 利用料 | 利用者負担額 | |
|--------------|---------|--------|--------|
| 利用者負担上限額管理加算 | 1,527 円 | 152 | 1 月あたり |

4 その他の費用について

| | | |
|---------|---|-------------|
| ① 交通費 | 事業所から片道 3 km未満 500 円 片道 3 km以上 800 円 | |
| ②キャンセル料 | サービスの利用をキャンセルする場合、キャンセルの連絡をいただいた時間に応じて、下記によりキャンセル料を請求させていただきます。 | |
| | サービス利用日の前営業日の午後 5 時までの場合 | キャンセル料は不要です |
| | 上記以降の場合 | 基本料金の 50%。 |

5 利用者負担額及びその他の費用の請求の支払い方法について

| | |
|------------------------|---|
| 利用者負担額その他の費用の支払い方法について | <p>利用者負担額及びその他の費用について、サービスを利用した月の翌月 15 日までに利用月分の請求書をお届けします。サービス提供の記録と内容を照合のうえ、請求月の 26 日までに、下記のいずれかの方法によりお支払い下さい。</p> <p>(ア)現金支払い (イ)利用者指定口座からの自動振替 (ウ)事業者指定口座への振り込み(手数料はご利用者負担となります。) お支払いを確認しましたら、必ず領収書をお渡ししますので、保管をお願いします。</p> <p>また、介護給付費等について市町村より給付を受けた場合は、受領通知をお渡ししますので、必ず保管をお願いします。</p> |
|------------------------|---|

6 担当ヘルパーの変更を希望される場合の相談窓口について

| | | |
|--|--------------|-------------------|
| 利用者のご事情により、担当ヘルパーの変更を希望される場合は、右のご相談担当者までご相談ください。 | ア 相談担当者氏名 | 井田 良一 |
| | イ 連絡先電話番号 | 0745-71-4567 |
| | 同 ファックス番号 | 0745-60-8239 |
| | ウ 受付日および受付時間 | 月～金 午前 9 時～午後 6 時 |

※ 担当ヘルパーの変更に関しては、利用者等の希望を尊重して調整を行いますが、事業所の人員体制などにより、ご希望にそえない場合もありますことを予めご了承ください。

7 サービスの提供にあたっての留意事項

(1) 市町村の支給決定内容等の確認

サービスの提供に先立って、受給者証に記載された支給量・支給内容・利用者負担上限額を確認させていただきます。受給者証の住所、支給量などに変更があった場合は速やかに事業者にお知らせください。

(2) 重度訪問介護計画の作成

確認した支給内容に沿って、利用者及び家族の意向に配慮しながら「重度訪問介護計画」を作成します。作成した「重度訪問介護計画」については、案の段階で利用者又は家族に内容を説明し、利用者の同意を得た上で成案としますので、ご確認いただくようお願いいたします。

サービスの提供は「重度訪問介護計画」にもとづいて行ないます。実施に関する指示や命令はすべて事業者が行ないますが、実際の提供にあたっては、利用者等の訪問時の状況や意向に十分な配慮を行ないます。

(3) 重度訪問介護計画の変更等

「重度訪問介護計画」は、利用者等の心身の状況や意向などの変化により、必要に応じて変更することができます。

また、サービス利用の変更・追加は、ホームヘルパーの稼働状況により利用者が希望する時間にサービスの提供ができないことがあります。その場合は、他の利用可能日時を利用者に提示するほか、他事業所を紹介するなど必要な調整をいたします。

(4) 担当ヘルパーの決定等

サービス提供時に、担当のヘルパーを決定します。ただし、実際のサービス提供にあたっては、複数のヘルパーが交替してサービスを提供します。担当のヘルパーや訪問するヘルパーが交代する場合は、あらかじめ利用者に説明するとともに、利用者及びその家族等に対してサービス利用上の不利益が生じないよう十分に配慮します。利用者から特定のヘルパーを指名することはできませんが、ヘルパーについてお気づきの点やご要望がありましたら、お客様相談窓口等にご遠慮なく相談ください。

(5) サービス実施のために必要な備品等の使用

サービス実施のために必要な備品等(水道、ガス、電気を含む)は無償で使用させていただきます。また、ヘルパーが事業所に連絡する場合の電話を使用させていただく場合があります。

8 虐待の防止対応について

事業者は、利用者等の人権の擁護・虐待の防止等のため、「障害者虐待の防止、障害者の養護者に対する支援等に関する法律（平成 23 年法律第 79 号）」を遵守するとともに、下記の対策を講じます。

- ① 虐待防止に関する責任者の設置及び対策を検討する委員会（テレビ電話装置等を活用して行うことができるものとする）を定期的で開催するとともに、その結果について従業者に周知します

| | |
|-------------|-------------|
| 虐待防止に関する責任者 | 管理者 : 井田 良一 |
|-------------|-------------|

- ② 成年後見制度の利用を支援します。
- ③ 苦情解決体制を整備しています。
- ④ 従業者に対する虐待防止を啓発・普及するための研修を実施しています。
- ⑤ 虐待防止の為の対策を検討する虐待防止委員会の設置及び委員会での検討結果についての従業者への周知。

9 秘密の保持と個人情報の保護について

| | |
|--------------------------------|--|
| <p>①利用者及びその家族に関する秘密の保持について</p> | <p>事業者は、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「個人情報の保護に関する法律についてのガイドライン」を遵守し、適切な取り扱いに努めるものとします。</p> <p>○事業者及び事業者の使用する者（以下「従業者」という。）は、サービス提供をする上で知り得た利用者及びその家族の秘密を正当な理由なく、第三者に漏らしません。</p> <p>○また、この秘密を保持する義務は、サービス提供契約が終了した後においても継続します。</p> <p>○事業者は、従業者に業務上知り得た利用者又はその家族の秘密を保持させるため、従業者である期間及び従業者でなくなった後においても、その秘密を保持するべき旨を、従業者との雇用契約の内容とします。</p> |
| <p>②個人情報の保護について</p> | <p>○事業者は、利用者からあらかじめ文書で同意を得ない限り、サービス担当者会議で使用する等、他の障がい福祉サービス事業者等に、利用者の個人情報を提供しません。また利用者の家族の個人情報についても、当該利用者の家族から予め文書で同意を得ない限り、サービス担当者会議で使用する等、他の福祉サービス事業者等に利用者の家族の個人情報を提供しません。</p> <p>○事業者は、利用者及びその家族に関する個人情報が含まれる記録物（紙によるものの他、電磁的記録を含む。）については、善良な管理者の注意をもって管理し、また処分の際にも第三者への漏洩を防止するものとします。</p> <p>○事業者が管理する情報については、利用者の求めに応じてその内容を開示することとし、開示の結果、情報の訂正、追加または削除を求められた場合は、遅滞なく調査を行い、利用目的の達成に必要な範囲内で訂正等を行うものとします。（開示に際して複写料などが必要な場合は利用者の負担となります。）</p> |

10 緊急時の対応方法について

- ① サービス提供中に、利用者に病状の急変が生じた場合その他必要な場合は、速やかに主治の医師への連絡を行う等の必要な措置を講じるとともに、利用者が予め指定する連絡先及び管理者に連絡します。
- ② 主治医への連絡等が困難な場合には、医療機関への連絡を行う等の必要な措置を行います。
- ③ 上記以外の緊急時において、利用者に病状の急変が生じた場合その他必要な場合に、下記の対応可能時間に連絡を受けた際は、利用者の状態に応じて、必要な対応を行います。

連絡先：電話番号 0745-71-4567

（対応可能時間 月～金曜日 午前9時～午後6時）

11 事故発生時の対応方法について

利用者に対する重度訪問介護の提供により事故が発生した場合は、都道府県、市町村、利用者の家族等に連絡を行うとともに、必要な措置を講じます。

また、利用者に対する重度訪問介護の提供により賠償すべき事故が発生した場合は、損害賠償を速やかに行います。

| | | |
|-------------|-------------|--------------|
| 市 町 村 | 市 町 村 名 | 香芝市 |
| | 担 当 部 ・ 課 名 | 社会福祉課 障がい係 |
| | 電 話 番 号 | 0745-79-7151 |

本事業者は、下記の損害賠償保険に加入しています。

保険会社名 あいおいニッセイ同和損保

保険名 賠償責任保険（介護保険事業）

保障の概要 介護業務における第三者への賠償責任保険

12 身分証携行義務

重度訪問介護従業者は、常に身分証を携行し、初回訪問時及び利用者または利用者の家族から提示を求められた時は、いつでも身分証を提示します。

13 心身の状況の把握

指定重度訪問介護の提供に当たっては、利用者の心身の状況、その置かれている環境、他の保健医療サービス又は福祉サービスの利用状況等の把握に努めるものとします。

14 連絡調整に対する協力

重度訪問介護事業者は、指定重度訪問介護の利用について市町村又は相談支援事業を行うものが行う連絡調整にできる限り協力します。

15 他の指定障がい福祉サービス事業者等との連携

指定重度訪問介護の提供に当り、市町村、他の指定障がい福祉サービス事業者及び保健医療サービスまたは福祉サービスの提供者と密接な連携に努めます。

16 サービス提供の記録

- ① 指定重度訪問介護の実施ごとに、そのサービスの提供日、内容、実績時間数及び利用者負担額等を、サービス提供の終了時に利用者の確認を受けることとします。また利用者の確認を受けた後は、その控えを利用者に交付します。
- ② 指定重度訪問介護の実施ごとに、サービス提供実績記録票に記録を行い、利用者の確認を受けます。
- ③ これらの記録はサービス提供の日より5年間保存し、利用者は、事業者に対して保存されるサービス提供記録の閲覧及び複写物の交付を請求することができます。（複写等にかかる費用は実費を負担いただきます。）

17 指定重度訪問介護サービス内容の見積もりについて

契約に際して、利用者のサービス内容に応じた見積もり（契約書別紙）を作成します。

18 苦情解決の体制及び手順

(ア) 提供した指定重度訪問介護に係る利用者及びその家族からの相談及び苦情を受け付けるための窓口を設置します。(下表に記す【事業者の窓口】のとおり)

相談及び苦情に円滑かつ適切に対応するための体制及び手順は以下のとおりとします。

(イ) 苦情の経路と対応処理

- ① 対応者が管理者に報告。
- ② 利用者の状況を詳細に把握するよう必要に応じ状況の聞き取りをし、事情の確認を行う。
- ③ 対応者は、把握した状況を管理者とともに検討を行い、時下の対応を決定する。
- ④ 対応内容に基づき必要に応じて関係者への連絡調整を行うとともに、相談者及びご家族等に対応方法を含めた結果報告を行う。

| | |
|--|--|
| 【事業者の窓口】 さら紗ヘルパーステーション 相談窓口 井田 良一 | 所在地 奈良県香芝市五位堂三丁目 454 番地 2 電話番号 0745-71-4567 ファックス番号 0745-60-8239 受付時間 月～金曜日 午前 9 時～午後 6 時まで |
| 【市町村の窓口】 香芝市 社会福祉課 障がい福祉課 | 所在地 奈良県香芝市逢坂 1 丁目 374-1 電話番号 0745-79-7151 ファックス番号 0745-79-7532 受付時間 月～金曜日(祝日は除く) 午前 8 時 30 分～午後 5 時 15 分まで |
| 【公的団体の窓口】 奈良県国民健康保険団体連合会 | 所在地 奈良県橿原市大久保町 302-1 電話番号 0744-29-8311 ファックス番号 0744-29-8322 受付時間 月～金曜日(祝日を除く) 午前 8 時 30 分～午後 5 時 15 分まで |

19 第三者評価の実施状況

| | |
|--------------|-----------|
| 実施している | 実施していない |
| 【実施日： 年 月 日】 | 【評価機関名： 】 |
| 【結果の開示状況： | 】 |

20 サービス提供開始可能年月日

| | | | |
|-----------------|---|---|---|
| サービス提供開始が可能な年月日 | 年 | 月 | 日 |
|-----------------|---|---|---|

21 重要事項説明の年月日

| | | | |
|-----------------|---|---|---|
| この重要事項説明書の説明年月日 | 年 | 月 | 日 |
|-----------------|---|---|---|

以上の内容について、「奈良県指定障害サービス事業等の人員、設備及び運営に関する基準を定める条例（平成 24 年 12 月奈良県条例第 37 号）」に基づき、利用者に説明を行いました。

| | | |
|-----|-------|-----------------------|
| 事業者 | 所在地 | 奈良県香芝市五位堂三丁目 441 番地 1 |
| | 法人名 | 社会福祉法人 慈傳会 |
| | 代表者名 | 理事長 梅田 勝玄 印 |
| | 事業所名 | さら紗ヘルパーステーション |
| | 説明者氏名 | サービス提供責任者 井田 良一 |

上記内容の説明を事業者から確かに受けました。

| | | |
|-----|----|---|
| 利用者 | 住所 | |
| | 氏名 | 印 |

| | | |
|-----|----|---|
| 代理人 | 住所 | |
| | 氏名 | 印 |