

介護老人保健施設 メデケアタマイ  
重要事項説明書  
【 介護予防通所リハビリテーション 】

あなた〈又はあなたのご家族〉が利用される介護予防通所リハビリテーションサービスについて、ご利用を開始される前に知っておいていただきたい重要な内容をご説明します。十分ご理解いただきご契約ください。

わからないことや、わかりにくいことがあれば遠慮なくご質問ください。

この重要事項説明書は、「大阪府指定介護予防サービス事業者の指定並びに指定介護予防サービス等の事業の人員、設備及び運営並びに指定介護予防サービス等に係る介護予防のための効果的な支援の方法に関する基準を定める条例」（大阪府条例116号）の規定に基づき、介護予防通所リハビリテーションサービスの提供開始に際し、事業者があらかじめ説明しなければならない内容をまとめたものです。

- ◇ メデケアタマイのご案内
- ◇ 介護予防通所リハビリテーションサービスの内容について
- ◇ 個人情報の利用目的（別紙）
- ◇ サービスに関する苦情等の相談窓口一覧表（別紙）
- ◇ 介護予防通所リハビリテーション利用料金一覧表（別紙）

1. 介護予防通所リハビリテーションを提供する事業者

事業者名称	社会福祉法人 大泉会		
代表者氏名	理事長 玉井 敬人		
本社所在地	阪南市下出371-1	電話072(473)0001	FAX072(473)3565

2. サービス提供を担当する事業所

事業所名称	介護老人保健施設 メデケアタマイ		
管理者氏名	施設長 山田 泰三		
苦情相談受付担当者	支援相談員		
事業所所在地	阪南市箱作2047-3		
連絡先	電話 072(476)1111	FAX 072(476)3587	

3. サービス提供日と提供時間

営業日	月曜日～土曜日（祝日を含みます。但し日曜日、12月31日～1月3日は休業します）
営業時間	午前9時00分から午後5時00分

## 介護老人保健施設

メデケアタマイのご案内

( 令和 6年6月1日 現在)

### 1. 施設の名称等

名称	介護老人保健施設 メデケアタマイ
開設年月日	平成1年11月1日
所在地	阪南市箱作2047-3
電話番号	072-476-1111
FAX	072-476-3587
管理者名	施設長 山田 泰三
利用定員	36人(通所リハビリテーションを含む)
介護保険指定番号	大阪府指定第2759580018号

### 2. 運営の方針

- ① 当事業所が実施する指定介護予防通所リハビリテーションサービスの提供にあたっては、要支援状態の利用者に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日常生活を営むことができるよう、理学療法、作業療法その他の必要なリハビリテーションを行うことにより、利用者の心身の機能の維持回復を図るとともに、療養生活の質の向上及び利用者の家族の身体的、及び精神的負担の軽減を図るものとします。
- ② サービスの提供は、利用者ができるかぎり要介護状態になることのないよう、介護予防の為の目標と、その達成の為効果的な方法を盛り込んだ介護予防通所リハビリテーション計画に沿って計画的に行うものとします。
- ③ 利用者の意思、及び人格を尊重し、常に利用者の立場に立ったサービスの提供に努めるとともに、このサービスを通じて利用者自らが意欲的な活動ができるよう支援します。
- ④ 利用者の所在する市町村、介護予防支援事業者、介護予防サービス事業者、保健、医療、福祉サービスを提供する者、並びに利用者のご家族との連携に努めるものとします。
- ⑤ 当事業所は、明るく家庭的な雰囲気重視し、「ご利用者には満足を、ご家族には安心を」お届けすることを使命と考え、サービスの提供に努めます。
- ⑥ サービスの提供に際しては、利用者、又はその家族に対して適切な指導を行うとともに、主治医や介護予防支援事業者に情報提供を行います。
- ⑦ 前6項のほか、「大阪府指定介護予防サービス事業者の指定並びに指定介護予防サービス等の事業の人員、設備及び運営並びに指定介護予防サービス等に係る介護予防のための効果的な支援の方法に関する基準を定める条例」(大阪府条例116号)に定める内容を遵守し、事業を実施します。

### 3. 設備の状況

ディルーム	
機能訓練室	リハビリ機器/理学療法機器完備
食堂	
家族相談室	1室
一般浴槽	1か所
特別浴槽	1か所

### 4. 従業者の配置状況

当事業所の従業者は、法令に定める人員配置基準に則り次のとおり配置し、勤務の体制を確保しています。

職種	配置基準	常勤換算	実人数		業務内容	勤務体制	
			常勤	非常勤			
医師	1	1.2	1	1	医療	通常勤務8時30分～17時10分	
理学療法士	3.6	1.5	4	2	機能訓練理学療法	通常勤務8時30分～17時10分	
言語聴覚士		0.3	1		機能訓練		
看護職員		7.2			2	看護	通常勤務8時30分～17時10分
介護職員				6		介護	通常勤務8時30分～17時10分

#### ◇介護予防通所リハビリテーションの内容について◇

##### 1. 介護保険証の確認

ご利用のお申込みにあたりご利用者の介護保険証等を拝見し、要支援認定の内容、有効期限等を確認させていただきます。

##### 2. 介護予防通所リハビリテーションサービスの概要

介護予防通所リハビリテーションについては、要支援状態と認定された利用者の家庭等での生活を継続させるために立案された居宅サービス計画に基づき、当事業所が送迎して利用いただき、理学療法や作業療法、その他の必要なリハビリテーションを提供することにより、利用者の心身の機能の維持回復を図るものです。

このサービスを提供するにあたっては、利用者に関わる医師、及び理学療法士、その他専ら介護予防通所リハビリテーションの提供にあたる従事者の協議によって介護予防通所リハビリテーション計画・リハビリテーション実施計画が策定されますが、その際、利用者・ご家族の希望を十分に取り入れ、又、計画の内容については十分説明し同意をいただき計画書を交付します。

### 3. 提供するサービスの内容

#### (1) 介護予防通所リハビリテーション計画の策定

この計画に沿ってサービスが提供されます。

#### (2) 食事の提供

管理栄養士が毎日利用者の栄養、嗜好を考えた献立により行います。

・ 昼食 11時45分～12時15分      おやつ 15時ごろ

#### (3) 入浴

一般浴槽のほか、入浴に介助を要するご利用者には特別浴槽（機械浴）で対応させていただきます。

#### (4) 看護、医学的管理も下での介護、入所生活上のお世話（食事介助・トイレ介助等）

#### (5) 機能訓練

医学的管理下での計画的、集中的なりハビリテーション及び各種レクリエーション

#### (6) 管理栄養士の配置

管理栄養士を配置して栄養管理体制を整えています。

#### (7) 送迎サービス

ご利用日にご利用者の居宅と、当事業所との間を安全に送迎します。

#### (8) その他要支援認定更新の手続きや、各種届出事務などの代行をします。

### 4. サービスの提供実施区域

このサービスの実施区域は阪南市、泉南市、岬町の区域としています。

### 5. サービスの提供日、提供時間は次のとおりです。

提 供 日	月曜日～土曜日（祝日等を含みます。）
休 業 日	毎週日曜日/1月1日～1月3日 及び12月31日
提供時間	午前9時00分～午後5時00分

### 6. 利用料等（別紙の料金表もご覧下さい。）

(1) 基本料金【自己負担額は端数処理の関係で金額に1円程度の差異が生じます。】

①サービス利用料【介護保険制度では、要支援の程度によって利用料が異なります。

以下は1ヶ月の自己負担額（介護保険給付費の1割）です。】

1ヶ月あたりの定額料金	
要支援1	2,343円/月
要支援2	4,368円/月

②各種加算料金【上記基本料金に加算されます。】

栄養改善加算	207円	／月	低栄養状態の改善等を目的として3月以内で1月2回を限度として実施。
栄養アセスメント加算	52円	／月	管理栄養士が介護職員等と共同して栄養アセスメントを実施。
生活行為向上リハビリテーション加算	581円	／月	生活行為の内容の充実を図るための目標を踏まえたりハビリ実施計画を定め、能力の向上を支援した場合。
サービス提供体制強化加算 (Ⅱ)	75円	／日	通所リハビリテーションに勤務する介護職員の内、介護福祉士の比率が50%以上で配置されていること。
要支援1	149円	／日	
要支援2			
科学的介護推進体制加算	42円	／月	利用者の心身の状態を厚生労働省に提出し、その情報を活用する。
介護職員等処遇改善加算 Ⅱ	基本サービス費と各種加算減算の合計の8.3%		介護職員の処遇改善

(2) その他の費用

昼食代	601円 (非課税)
オムツ代 (各1枚)	利用者の状況によりおむつが必要な時に当施設が提供した場合 (リハビリパンツ200円・紙オムツ150円・尿とりパッド30円)
生活日用品費	50円/1日 (タオル・ボディソープ・シャンプー・リンス・化粧水) 非課税
教養娯楽費	実費/クラブ活動や行事等の参加者に実費を頂戴する場合があります。

※利用料等のうち、関係法令により定められたものが契約期間中に変更になった場合、関係法令に従い改定以後の料金が適用されます。

※「その他の費用」の額について、経済状況の著しい変化などやむを得ない事情により変更する場合、1か月前に文書により説明し、同意を得た上でその額を変更します。

(3) 利用料等のお支払方法 (契約時に支払方法をお選び下さい。)

毎月10日までに、前月分の請求書を発行しますので、その月の25日までにお支払ください。お支払いいただきますと領収書を発行いたします。

お支払い方法は、■現金 ■銀行振込 (口座番号は別途お知らせします。振り込み手数料は利用者のご負担となります。) ■銀行口座 (池田泉州銀行・紀陽銀行に預金口座をお持ちの方) から自動支払いの方法があります。

## 7. 協力医療機関等

当事業所では、利用者の状態が急変した場合に備えて下記の医療機関に連絡して速やかな処置をお願いすることにしていきますのでご安心ください。病院まで自動車です。歯科診療についても下記の歯科医院にご協力をいただいています。

協 力 医 療 機 関			
名 称	医療法人泉南玉井会 玉井病院 ☎（４７１）１６９１		
所在地	阪南市下出４９２	診療科目	整形外科/膝関節センター/リハビリテーション科内科/糖尿病内科 循環器内科/消化器内科/緩和ケア内科/腎臓内科
協 力 歯 科 医 療 機 関			
名 称	ねごろ歯科医院 ☎（４７３）６４８０		
所在地	阪南市鳥取中２０９－６		

## 8. 病状の急変等による緊急時の対応

- (1) 事業所医師の医学的判断により対診が必要となった場合は、協力病院に診療を依頼することがあります。
- (2) 利用中にご利用者の心身の状態が急変した場合、指定された連絡先に連絡します。

## 9. 事故発生時の対応

- (1) サービスの提供により事故が発生した場合には、事業所の管理者、医師、従業者等が連携して応急の処置などに全力を尽くします。  
又、家族、関係市町村、居宅介護支援事業所に連絡するとともに、事故の内容に応じて国民健康保険団体連合会、大阪府高齢介護室等にも報告します。
- (2) 当事業所の事故防止委員会において事故の原因を究明し、再発の防止に努めます。
- (3) 当事業所の責任により賠償すべき事故が発生した場合は、速やかに損害賠償を行います。

## 10. 非常災害対策

当事業所は、非常災害に備えて必要な設備を設け、又、防災訓練を実施しています。

- (1) 防災設備/スプリンクラー、消火器、屋内散水栓、自動火災報知器等を装備しています。
- (2) 防災訓練/年2回以上、昼間、夜間を想定した防災、消火、避難、通報、救助等の訓練を消防署の指導の下で実地防災訓練を実施しています。
- (3) 避難場所/1Fデイルーム、機能訓練室へ従業者が誘導します。

## 11. 身体拘束の原則禁止

当事業所は利用者、及び他の利用者等の身体を保護するためにやむを得ない場合を除き身体拘束は行いません。

但し、家族等にやむを得ない事情を説明し、同意を得た上で身体拘束、行動制限を行うことがあります。その内容は診療録に記録します。

## 12. 虐待防止措置

当事業所は利用者等の人権の保護・虐待の防止の為に次に掲げる必要な措置を講じます。

- (1) 虐待防止の専任者の選定 (専任者) 事務部長
- (2) 成年後見制度の利用を支援します。
- (3) 従業者に対する虐待防止を啓発する為の研修を実施します。
- (4) 虐待通報窓口の周知徹底を図ります。

## 13. 要望、又は苦情等の申し出

- (1) 提供するサービスに対する要望又は苦情等は、「苦情相談窓口」(受付窓口は事務所)に申し出ることができ、又、担当する従業者等に直接申し出ることができます。その他、備え付けの用紙により事業所各階に設置する「ご意見箱」に投函して申し出ることができます。  
苦情解決責任者 事務部長 ・ 苦情受付担当者 支援相談員
- (2) 関係市町村、国民健康保険団体連合会、大阪府高齢介護室へ申し出ることができます。(別紙の相談窓口一覧表をご覧ください。)又、毎月1回当事業所を訪問する阪南市介護相談員にも相談できます。(掲示板に毎月の日程を掲示しています。)
- (3) 当事業所は、ご利用者の苦情相談等の内容を総合的に判断していただく「第三者委員」(苦情相談委員)を下記のお二人にお願いしています。  
◆松井 寿・072(472)1313 ◆鈴木省吾・072(464)3113
- (4) 当事業所では、ご利用者の要望、苦情を記録し、そのご意見を十分取り入れサービスの改善に努めます。

## 14. 秘密の保持、個人情報等の保護

- (1) 当事業所、並びに従業者は、業務上知り得たご利用者、及びご家族等の秘密を正当な理由なく第三者に開示、提供致しません。従業者が退職した後も同様です。又、契約終了後もこの立場は持続します。
- (2) 社会福祉法人大泉会の「個人情報保護方針」により、別に予めご提出いただく「個人情報使用同意書」により同意を得ない限り、サービス担当者会議において個人情報は用いません。但し、次の5項目については、法令上介護保険関連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します。
  - ① サービス提供困難時の事業者間の連絡、照会
  - ② 居宅介護支援事業所等との連携
  - 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医への連絡等
  - 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)その他、別紙「個人情報の使用目的」のとおり使用目的を限定しています。

## 15. 利用者に関する記録の管理、及び開示

- (1) 当事業所では、利用者のサービスに関する記録を作成し、サービスを提供した日から5年間保管、管理します。
- (2) 利用者の記録や情報を管理し、利用者が開示を求めた場合は原則としてこれに応じます。但し、利用者以外の方に対しては利用者の承諾、その他必要と見られる場合に限ってこれに応じます。

## 16. サービスのご利用にあたってご理解いただきたい事項(留意事項)

- (1) 共同生活の場の信義を守り相互に譲り合いし、けんか口論や中傷誹謗したり、又は扇動するような行為はしないでください。
- (2) 器物は大切にし、故意に破損、又は汚損するような行為はしないでください。
- (3) 火災予防に特に注意し、喫煙については全館禁煙になっています。ご協力ください。
- (4) 多くの方に安心してご利用いただくために、利用者が行う営利行為、宗教の勧誘、特定の政治活動は禁止します。
- (5) 利用当日に他の診療所等の診察を受けたり、薬の受領は制度上、制約はありますので必ずご相談ください。

## 17. 利用契約(サービス)の解除、終了について

利用契約書第3条(利用者からの契約解除)、第4条(当事業所からの契約解除)に規定する事項に該当した場合、契約解除となりサービスの利用が終了することになります。

### (1) 利用者からの契約解除

利用者、及び扶養義務者は当事業所に対し、サービス中止を希望する7日前までに契約解除の意思表示することにより、利用者の居宅サービス計画にかかわらず本契約に基づくサービス利用を解除・終了することができます。

なお、この場合利用者、及び扶養義務者は速やかに当事業所、及び利用者の居宅サービス計画を作成した居宅介護支援事業者に連絡するものとします。

### (2) 当事業所からの契約解除

当事業所は、利用者、及び扶養義務者に対し、次に掲げる場合には、本契約に基づくサービス利用を解除・終了することができます。

- ① 利用者が要支援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、その計画に定められた利用時間数を超える場合
- ③ 利用者の病状、心身の状態が著しく悪化し、当事業所での適切なサービスの提供を越えると判断された場合。
- ④ 利用者、及び扶養義務者が、本契約に定める利用料を2か月以上滞納し、その支払を督促したにもかかわらず14日間以内に支払われない場合。
- ⑤ 利用者、又扶養義務者が当事業所、当事業所の従業者、又は他の利用者に対して、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 利用者が当施設、従業者又は他の利用者に、生命、身体の安全と健康を確保するという安全配慮義務を施設が負えない程度のハラスメント行為を行った場合。
- 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、当事業所を利用し  
ていただくことができない場合。

18. 第三者評価の実施状況

当施設は実施していません。

19. 当施設の詳細についてパンフレットを用意しています。ご覧ください。

以上

当事業所はサービスの開始にあたり契約書、並びに本書面を交付し、利用者、及び扶養義務者、家族にサービスの内容、利用料、その他の重要事項について説明を行いました。

事業者	所在地 法人名 代表者名	阪南市下出371-1 社会福祉法人大泉会 理事長 玉井敬人 印	電話072(473)0001 FAX 072(473)3565
	所在地 事業所名 管理者名 説明者	阪南市箱作2047-3 介護老人保健施設メデケアタマイ 施設長 山田泰三 印	電話072(476)1111 FAX 072(476)3587 大阪府指定第2759580018号

**【介護予防通所リハビリテーションサービス】重要事項説明日令和 年 月 日**

私は、介護老人保健施設メデケアタマイのサービスを利用するにあたり、サービスの内容、利用料、その他重要事項について説明を受け十分理解しましたので提供開始に同意します。

利用者	住所	_____	電話 ( )
	フリガナ	_____	
	氏名	_____ 印	代筆の場合 氏名 ( ) 利用者との続柄 ( )
扶養義務者	住所	_____	電話 ( )
	フリガナ	_____	
	氏名	_____ 印	※利用者との続柄 ( )
家族	住所	_____	電話 ( )
	フリガナ	_____	
	氏名	_____ 印	※利用者との続柄 ( )

**【契約書第6条3項の請求書・明細書及び領収書の送付先】**

〒□□□-□□□□	
住所	_____
	電話 ( )
フリガナ	_____
氏名	_____ 印
	※利用者との続柄 ( )

**【契約書第11条2項の緊急時の連絡先、及び第12条2項の事故発生時の連絡先】**

住所	_____	電話 ( )
フリガナ	_____	※携帯 _____
氏名	_____ 印	※利用者との続柄 ( )

## 個人情報利用目的

(別紙)

介護老人保健施設メデケアタマイ、及びメデケアタマイ居宅サービス事業所では、利用者の尊厳を守り、安全に配慮する理念のもと、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】

#### [施設、及び事業所内部での利用目的]

- 当施設、及び事業所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、及び事業所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者等との連携（サービス担当者会議等）、照会への回答
  - －利用者の診療等にあたり、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
- 介護保険事務のうち
  - －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、又は届け出等

### 【上記以外の目的】

#### [当施設内部での利用に係る利用目的]

- 当施設、及び事業所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、及び事業所において行われる学生の実習への協力
  - －当施設、及び事業所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、及び事業所の管理運営業務のうち
  - －外部監査機関への情報提供

平成21年4月 1日

社会福祉法人大泉会  
理事長 玉井 敬人

## 【サービスに関する相談・苦情等の窓口一覧表】

(別紙)

<b>【事業者の窓口】</b> 介護老人保健施設 メデケアタマイ通所 リハビリテーション の窓口へお申出下さい ・苦情解決責任者 ・苦情受付担当者	所在地 阪南市箱作2047-3 電話 072(476)1111 受付時間 8:30 ~ 17:10 ※施設では時間外も受け付けています。 (FAX) 072(476)3587 事務部長 支援相談員
<b>【市町村の窓口】</b> 阪南市役所 介護保険課	所在地 阪南市尾崎町35-1 電話 072(471)5678 FAX 072(471)3504 受付時間 8:45 ~ 17:15
<b>【市町村の窓口】</b> 泉南市役所 長寿社会推進課 介護保険係	所在地 泉南市樽井1-1-1 電話 072(483)0001 FAX 072(483)0325 受付時間 8:45 ~ 17:15
<b>【市町村の窓口】</b> 岬町役場 高齢福祉課 高齢介護係	所在地 岬町深日2000-1 電話 072(492)2001 FAX 072(492)5814 受付時間 8:45 ~ 17:15
<b>【公的団体の窓口】</b> 大阪府 国民健康保険 団体連合会	所在地 大阪市中央区常磐町1-3-8 電話 06(6949)5418 受付時間 9:00 ~ 17:00
<b>【大阪府の窓口】</b> 大阪府 福祉部 高齢介護室	所在地 大阪市中央区大手前2-1-22 電話 06(6944)7203 FAX 06(6944)6670 受付時間 9:00 ~ 18:00

## 【秘密の保持と個人情報の保護】

①ご利用者及び ご家族に関する 秘密の保持について	当事業所、及びこの業務に従事する者は、サービスを提供する上で知り得た利用者及びその家族に関する秘密を正当な理由なく第三者に漏らしません。この立場は契約終了後も継続します。
②個人情報の保護 について	当事業所は、利用者から予め文書により同意を得ない限りサービス担当者会議において、利用者の個人情報は用いません。 ご家族に対しても同様です。 当事業所は、利用者、及びそのご家族に関する個人情報が含まれる記録等については、善良な管理者の注意義務をもって管理し、廃棄の際には第三者への漏洩を防止します。

## 【賠償責任】

当事業所は、サービスの提供に伴って事業者の責任に帰すべき事由により利用者の生命、身体、財産等を傷つけた場合には、その責任において、利用者に対してその損害を賠償します。

令和 年 月 日

## 指定介護予防通所リハビリテーション事業に関する 個人情報使用同意書

私、及び私の家族の個人情報については、下記記載の範囲内で使用することに同意します。

なお、情報の内容、量については使用目的の最小範囲内に止どめていただき、情報提供の際には関係者以外には決して漏洩することがないように注意してくださるようお願いいたします。

又、個人情報を使用した際には、個人情報を必要とした会議、メンバー、内容等について記録しておいてください。

### 記

#### 1. 使用する目的

- ① 指定介護予防通所リハビリテーションサービス計画等の策定にあたり、介護予防支援事業者、介護予防サービスに従事する看護・介護職員・理学療法士等への計画策定に必要な情報の提供、及び情報の収集。
- ② 事業者が、介護保険法に関する法令に従い、介護予防通所リハビリテーションサービス計画に基づき各種介護予防サービス等を円滑に実施するために行う介護予防サービス担当者会議等における個人情報の提供と収集。

#### 2. 個人情報の内容（個人情報とは、特定の個人が識別され、又は識別され得るものをいいます。）

- ① 氏名・住所・健康状態・病歴・家族状況等、事業者が介護予防通所リハビリテーションサービスを行うために最低限必要な利用者や家族個人に関する情報
- ② 認定調査票・主治医の意見書・介護認定結果通知書他

#### 3. 使用する期間（契約期間中に要支援認定が更新された場合、使用する期間は自動更新されるものとします。）

令和 年 月 日～令和 年 月 日（要支援認定等の有効期間終了日）

(①利用者) 住所 _____ (代筆の場合) 利用者との関係 (氏名 / ) 氏名 _____ 印 _____
(②家 族) 住所 _____ 氏名 _____ 印 _____
(③代理人) 住所 _____ 利用者との関係 ( ) 氏名 _____ 印 _____

介護老人保健施設メデケアタマイ 御中