

# 通所リハビリテーション(介護予防含む) 重要事項説明書

≪2024年6月1日現在≫

## 1 ケア東久留米通所リハビリテーション(介護予防含む) の概要

### (1) 事業所の名称・所在地等

事業所名	ケア東久留米通所リハビリテーション(介護予防含む)
所在地	東京都東久留米市幸町三丁目11番10号
介護保険事業者番号	1357081516
事業の登録地域※	東久留米市・西東京市・武蔵野市・練馬区・清瀬市・東村山市・新座市

※上記地域以外の方でもご希望の方はご相談ください

### (2) 当事業所の職員体制(基準数)

区分	資格	常勤	非常勤	業務内容
管理者	医師	1名		業務に関する管理
従業者	医師	2名		医療
	看護職員	1名	1名	看護業務
	介護職員	7名	2名	介護業務
	理学療法士・作業療法士・言語聴覚士	3名		リハビリ業務

### (3) 当事業所の設備の概要

定員	60名
デイケアルーム	267.17㎡(内法)
浴室	一般浴室
	特別浴室
送迎車	6台以上

### (4) 営業日、営業時間

営業日	月曜日～土曜日 ただし、1月1日、2日を除く
営業時間	午前8時30分～午後5時30分

※緊急連絡電話 042-479-2605

## 2 サービスの内容

- (1) 送迎
- (2) 食事
- (3) 入浴
- (4) 機能訓練
- (5) 生活相談 等

## 3 利用料金

- (1) 通所リハビリテーション・介護予防通所リハビリテーション利用料  
別表(利用料の内容)のとおりとさせていただきます。
- (2) 入浴費 別表(利用料の内容)のとおりとさせていただきます。
- (3) 食費 食事 1食当たり 670円 おやつ 100円 全額自己負担です。
- (4) その他、おむつ代は自己負担となります。
- (5) 利用者がまだ要介護認定を受けていない場合等には、サービス利用料金の全額を一旦お支払いいただきます。要介護または要支援の認定を受けた後、自己負担額を除く金額が介護保険から払い戻されます(償還払い)。償還払いとなる場合、ご契約者が保険給付の申請を行なうために必要となる事項を記載した「サービス提供証明書」を交付します。
- (6) ご利用者様のご都合でサービスを中止する場合、下記のキャンセル料金がかかります。

①ご利用日の前営業日午後5時までにご連絡いただいた場合	無料
②ご利用日の当日午前8時までにご連絡いただいた場合	通所リハビリテーション利用料の20%
③ご利用日の当日午前8時までにご連絡がなかった場合	通所リハビリテーション利用料の50%

- (7) 利用料の他、料金に変更が生じた場合は、施設内に掲示するとともに、利用者の皆様に文書をもって周知します。

#### 4 当事業所の通所リハビリテーション(介護予防含む)の特徴等

- (1) 運営方針                    ご利用者様の希望や心身の状況等を踏まえ、居宅介護支援事業者その他の関係する機関等との連絡調整を密に行いながら、ご利用者様の立場に立った通所リハビリテーション(介護予防含む)の提供を行います。

(2) サービス利用のために

事項	有無	備考
男性介護職員の有無	有	
時間延長の可否	有	ご希望の場合はご相談ください
従業者への研修の実施	有	年2回以上の専門研修を実施します
サービスマニュアルの作成	有	
その他		通所リハビリテーションについてのご相談やご不明なことがありましたら、当事業所または担当の介護支援専門員にお問い合わせください

(3) サービス利用にあたっての留意事項

①送迎時間の連絡	利用開始にあたり、概ねの送迎時間をご連絡します。変更の際には事前にご連絡します。
②体調確認	当日ご利用日の際に必ず看護職員が血圧測定などの健康チェックをします。
③体調不良によるサービスの中止・変更	当日の健康チェックの結果、体調が悪い場合、サービス内容の変更または中止することがあります。その場合、ご家族に連絡の上、適切に対応します。 なお、サービスを中止した場合、同月内であればご希望の日に振替することができます。ただし、定数分予約が入っている日には振替できませんのでご了承ください。
④食事のキャンセル	利用日当日、ご利用者様の都合による食事のキャンセルは、食費全額をいただきます。なお、事前のキャンセルは食費をいたしません。
⑤時間変更	継続的利用時間を変更される場合は、居宅サービス計画書または介護予防サービス計画の変更が必要となります。事前に当事業所または担当の介護支援専門員にご相談ください。
⑥設備・器具の利用	当事業所の設備・器具の利用の際は、当事業所の従業員の指示に従ってください。

#### 5 衛生管理等について

- (1) 食中毒及び感染症の発生を防止するための措置等について、必要に応じて保健所の助言、指導を求めるとともに、常に密接な連携に努めます。
- (2) 施設において感染症又は食中毒が発生し、又はまん延しないように、次に掲げる措置を講じます。
- ① 感染症又は食中毒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おおむね3月に1回以上開催するとともに、その結果について、従業者に周知徹底します。
  - ② 施設における感染症又は食中毒の予防及びまん延防止のための指針を整備します。
  - ③ 従業者に対し、感染症又は食中毒の予防及びまん延防止のための研修並びに感染症の予防及びまん延の防止のための訓練を定期的実施します。
  - ④ ①から③までのほか、厚生労働大臣が定める感染症又は食中毒の発生が疑われる際の対処等に関する手順に沿った対応を行います。

#### 6 虐待の防止について

施設は、入所者等の人権の擁護・虐待の発生又はその再発を防止するために、次に掲げるとおり必要な措置を講じます。

- (1) 虐待防止に関する担当者を選定します。  
虐待防止に関する担当者(身体的・虐待委員会 委員長)
- (2) 虐待防止のための対策を検討する委員会を定期的開催し、その結果について従業者に周知徹底を図っています。
- (3) 虐待防止のための指針の整備をします。
- (4) 従業者に対して、虐待を防止するための定期的な研修を実施しています。

## 7 業務継続計画の策定等について

感染症や非常災害の発生時において、入所者に対する介護保健施設サービスの提供を継続的に実施するための、及び非常時の体制で早期の業務再開を図るための計画（業務継続計画）を策定し、当該業務継続計画に従って必要な措置を講じます。

## 8 緊急時の対応方法

サービスの提供中に容態の変化等があった場合は、事前の打ち合わせにより、主治医、救急隊、ご家族、居宅介護支援事業者等に連絡をいたします。別紙「緊急時の連絡先」

## 9 事故発生時の対応

- (1)通所リハビリテーション(介護予防含む)の提供により事故が発生した場合は、速やかに区市町村、ご利用者の家族、ご利用者に係る居宅介護支援事業者等に連絡を行なうとともに、必要な処置を講じます。
- (2)通所リハビリテーション(介護予防含む)の提供により事故が発生した場合は、その事故の状況及び事故に際して採った処置について記録します。
- (3)通所リハビリテーション(介護予防含む)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。

## 10 非常災害対策

- ・ 災害時の対応 消防計画規定により生命の安全を最優先に避難します。
- ・ 防災設備 スプリンクラー、消火器、消火栓、防火戸、排煙設備、自動火災報知設備、非常警報設備、誘導灯、粉末消火設備、避難用階段、すべり台
- ・ 防災訓練 年2回

## 11 当施設が提供するサービスについての相談窓口

電話 042-479-2605 (午前9時～午後5時30分)

FAX 042-479-2601 (24時間受付)

担当 支援相談員

※ご不明な点は、何でもお尋ねください。

## 12 サービス内容に関する相談・苦情

- (1) 当施設の相談・苦情、個人情報相談の受付窓口

[受付担当者]

支援相談員			
電話	042-479-2605	FAX	042-479-2601

- (2) その他

お住まいの区市町村役場の介護保険担当課にお気軽にご相談ください。

他に、国民健康保険団体連合会にもご相談いただけます。

また、施設内の居宅介護支援センターでも介護保険全般についてご相談いただけます。

主な窓口

◆東久留米市役所(介護福祉課) 東京都東久留米市本町3丁目3番1号 電話 042-470-7750 FAX 042-470-7808
◆東京都国民健康保険団体連合会 東京都千代田区飯田橋3丁目5番1号 東京区政会館 電話 03-6238-0177
◆ケア東久留米居宅介護支援センター 東京都東久留米市幸町3丁目11番10号 電話 042-479-0800 FAX 042-479-0801

### 13 当法人の概要

法人名	医療法人 丸山会	代表者役職・氏名	理事長 丸山 和 敏
法人所在地	長野県上田市中丸子1771番地1	法人電話番号	0268-42-1111
定款の目的に定めた事業			
1. 病院の経営	丸子中央病院		
2. 介護医療院の経営	①ケアあおぞら（丸子中央病院介護医療院）・②ケア大宮花の丘		
3. 診療所の経営	上田透析クリニック		
4. 介護老人保健施設の経営	御所苑・ケアまるこ・ケア新小岩・ケア東久留米		
5. その他これに附帯する業務	訪問看護ステーション 居宅介護支援事業所  地域包括支援センター 在宅介護支援センター 丸子中央病院保育園		
	そよ風訪問看護ステーション・御所苑訪問看護ステーション 丸子中央病院居宅介護支援センター・御所苑居宅介護支援センター ケア新小岩居宅介護支援センター・ケア大宮花の丘居宅介護支援センター ケア東久留米居宅介護支援センター 城下地域包括支援センター 東久留米市在宅介護支援センター あったかステーションわくわく		

#### 事業所数

・病院	1ヶ所	許可病床数	199床 (一般病床99床 地域包括ケア病床50床 医療療養病床50床)
		介護保険サービス	通所リハビリテーション（介護予防含む） 訪問リハビリテーション（介護予防含む） 居宅療養管理指導（介護予防含む）
・介護医療院	2ヶ所	介護保険サービス	①97床 ②150床
・診療所	1ヶ所	透析専門診療所	
・介護老人保健施設	4ヶ所	介護保険サービス	介護老人保健施設
			短期入所療養介護（介護予防含む）
			通所リハビリテーション（介護予防含む）
			訪問リハビリテーション（介護予防含む）
・訪問看護ステーション	2ヶ所	介護保険サービス	訪問看護（介護予防含む）
・居宅介護支援事業所	5ヶ所	介護保険サービス	居宅介護支援（介護予防含む）
・地域包括支援センター	1ヶ所	介護保険サービス	介護予防支援
・在宅介護支援センター	1ヶ所		
・保育園	1ヶ所	企業主導型保育事業	

### 14 重要事項説明書の変更

国の介護保険報酬等の改正及びその他の理由により、この重要事項説明書に記載した内容に変更が生じた場合は、変更箇所及び新たな内容を記載した文書をもってお知らせいたします。

# 介護通所リハビリテーション利用料

2024.6

基本利用料 1日あたり(円)	要介護1			要介護2			要介護3			要介護4			要介護5			
	1割	2割	3割	1割	2割	3割	1割	2割	3割	1割	2割	3割	1割	2割	3割	
利用者負担金	1～2時間	400	800	1,199	431	862	1,293	465	930	1,394	496	992	1,488	532	1,064	1,596
	2～3時間	415	830	1,245	476	951	1,427	540	1,079	1,618	601	1,202	1,803	663	1,326	1,989
	3～4時間	527	1,053	1,579	612	1,224	1,836	697	1,393	2,089	805	1,610	2,414	912	1,824	2,736
	4～5時間	599	1,198	1,797	696	1,391	2,086	791	1,581	2,372	914	1,828	2,742	1,037	2,073	3,110
	5～6時間	674	1,348	2,021	800	1,599	2,398	923	1,846	2,769	1,069	2,138	3,207	1,213	2,426	3,639
	6～7時間	775	1,549	2,323	921	1,841	2,762	1,063	2,125	3,188	1,232	2,463	3,694	1,397	2,794	4,191
	7～8時間	826	1,651	2,476	978	1,956	2,934	1,133	2,266	3,399	1,316	2,632	3,948	1,494	2,987	4,481

加算項目		1割 (円)	2割 (円)	3割 (円)	回数等	内 容
リハビリテーション提供体制加算	3時間以上4時間未満	13	26	39	回	別に厚生労働大臣が定める基準に適合している事業所として、通所リハビリテーション計画に位置づけられた内容のリハビリテーションを行うのに要する標準的な時間に応じ、リハビリテーション提供体制加算を所定単位数に加え、算定するもの (リハビリ専門職が、基準より多く配置している場合)
	4時間以上5時間未満	18	35	52	回	
	5時間以上6時間未満	22	44	65	回	
	6時間以上7時間未満	26	52	78	回	
	7時間以上	31	61	91	回	
入浴介助加算(Ⅰ)		44	87	130	日	通所リハビリテーション計画により、入浴を行なった場合に算定
入浴介助加算(Ⅱ)		65	130	195	日	(Ⅰ)に加え、医師等が居宅を訪問し、利用者の動作及び浴室の環境等を踏まえて個別入浴計画を作成し、他居宅環境に応じた入浴介助を行なった場合に算定
リハビリテーションマネジメント加算(イ)		607	1,213	1,820	月	医師を含む多職種で一月に一回以上、会議を開催し、計画の作成と見直し、居宅を訪問し、指導・助言及び通所リハビリテーション計画書をPT・OT・STが利用者及びその家族に説明した場合に算定
		260	520	780	月	
リハビリテーションマネジメント加算(ロ)		643	1,285	1,927	月	(イ)に加え、通所リハビリテーション計画の情報を厚生労働省に提出した場合に算定
		296	592	887	月	
リハビリテーションマネジメント加算(ハ)		899	1,798	2,697	月	(イ)、(ロ)に加え、通所リハビリテーション計画・口腔・栄養のアセスメントを実施し、情報を一体的に共有した場合に算定
		553	1,105	1,657	月	
事業所の医師が利用者又はその家族に説明し、利用者の同意を得た場合(270単位加算)		293	585	878	月	(イ)、(ロ)、(ハ)に加え、左記の要件を満たした場合に270単位を加算
短期集中個別リハビリテーション実施加算		120	239	358	日	退院(所)日又は認定日から起算して3月以内期間内に一週間に2日以上、集中的にリハビリテーションを実施した場合に算定
認知症短期集中リハビリテーション実施加算(Ⅰ)		260	520	780	日	退院(所)日又は認定日から起算して3月以内期間内に一週間に3日以上、集中的にリハビリテーションを実施した場合に算定
認知症短期集中リハビリテーション実施加算(Ⅱ)		2,080	4,159	6,238	月	月に4回以上リハビリテーションを実施し、月に1回はモニタリングを行い、計画を見直し、医師から利用者又は家族に説明、同意を得た場合に算定(退院(所)日又は開始日から起算して3月以内)

加算項目	1割 (円)	2割 (円)	3割 (円)	回数等	内 容
生活行為向上リハビリテーション実施加算	1,354	2,708	4,062	月	生活行為の内容の充実を図るための目標を踏まえてリハビリテーションを行った場合に算定 (開始日の属する月から起算して6月以内)
栄養アセスメント加算	55	109	163	月	管理栄養士を配置し、多職種共同で栄養アセスメントを実施し、栄養状態等の情報を構成労働省に提出した場合に算定
栄養改善加算	217	434	650	回	栄養ケア計画に基づき栄養改善サービスを提供するにあたり、必要に応じて居宅を訪問した場合に算定
口腔・栄養スクリーニング加算(Ⅰ)	22	44	65	回	6月ごとに口腔の健康状態と栄養状態を確認し、情報を介護支援専門員に提供した場合に算定
口腔・栄養スクリーニング加算(Ⅱ)	6	11	17	回	栄養改善加算、口腔機能向上加算を算定している場合に、口腔の健康状態及び栄養状態を確認し、情報を介護支援専門員に提供した場合に算定
口腔機能向上加算(Ⅰ)	163	325	488	日	別に厚生労働大臣が定める基準に適合し、個別的に口腔機能向上サービスの提供を行った場合に算定(月2回程度)
口腔機能向上加算(Ⅱ)イ	168	336	504	日	(Ⅰ)に加え、口腔機能改善管理指導計画書を厚生労働省に提出し、必要な情報を活用している場合に算定(リハビリテーションマネジメント加算算定している場合)
口腔機能向上加算(Ⅱ)ロ	174	347	520	月	(Ⅰ)に加え、口腔機能改善管理指導計画書を厚生労働省に提出し、必要な情報を活用している場合に算定(リハビリテーションマネジメント加算算定していない場合)
中重度者ケア体制加算	22	44	65	日	職員体制を満たし、要介護3,4,5の利用者の割合が要件を満たした場合に算定
科学的介護推進体制加算(1月につき)	44	87	130	月	利用者のADL値、心身の状態に係る基本情報を厚生労働省に提出し、必要な情報を活用している場合に算定
退所時共同指導加算	650	1,300	1,950	月	理学療法士等が医療機関の退院時にカンファレンスに参加し、共同指導を行った場合(当該退院につき1回に限る)に算定
サービス提供体制強化加算(Ⅰ)	24	48	72	日	介護職総数のうち、介護福祉士の占める割合が70%以上又は、勤続年数10年以上の介護福祉士の割合が25%以上である場合に算定
サービス提供体制強化加算(Ⅱ)	20	39	59	日	介護職総数のうち、介護福祉士の占める割合が50%以上である場合に算定
介護職員処遇改善加算(Ⅰ)	1月合計単位数に8.67%を上乗せ加算				別に厚生労働大臣が定める基準に満たしている場合に算定

その他の利用料項目	金額(円)	内 容
食費	770 (1日)	食事 670円 ・ おやつ 100円 / 1食あたり
教養娯楽費	実 費	レクリエーション活動及び創作活動材料費(希望による利用者のみ)
日用品費Aプラン	100 (1日)	タオルリース(希望による利用者のみ)
日用品費Bプラン	400 (1日)	タオルリース他(希望による利用者のみ)
茶話会の珈琲・紅茶等の飲み物代	100 (1日)	希望による利用者のみ
おむつ代	実 費	使用時のみ1枚単価

※上記金額は、端数処理をしておりますので、回数等により金額が変わる場合があります。

基本利用料	要支援1			要支援2		
	1割	2割	3割	1割	2割	3割
1月あたり (円)	2,457	4,913	7,369	4,579	9,158	13,737

加算項目 (1月あたり)	1割	2割	3割	内 容	
	(円)	(円)	(円)		
生活行為向上リハビリテーション実施加算	609	1,218	1,826	生活行為の内容の充実を図るための目標を踏まえたリハビリテーションを実施した場合の加算 (開始日の属する月から起算して6月以内)	
退院時共同指導加算	650	1,300	1,950	理学療法士等が医療機関の退院時カンファレンスに参加し、共同指導を行った場合(当該退院につき1回に限る)に算定	
栄養アセスメント加算	55	109	163	管理栄養士を配置し、多職種共同で栄養アセスメントを実施し、栄養状態等の情報を厚生労働省に提出した場合に算定	
栄養改善加算	217	434	650	栄養ケア計画に基づき栄養改善サービスを提供するにあたり、必要に応じて居宅を訪問した場合に算定	
口腔・栄養スクリーニング加算(Ⅰ)	22	44	65	6月ごとに口腔の健康状態及び栄養状態を確認し、情報を介護支援専門員に提供した場合に算定	
口腔・栄養スクリーニング加算(Ⅱ)	6	11	17	栄養改善加算、口腔機能向上加算を算定している場合に、口腔の健康状態及び栄養状態を確認し、情報を介護支援専門員に提供した場合に算定	
口腔機能向上加算(Ⅰ)	163	325	488	別に厚生労働大臣が定める基準に適合し、個別的に口腔機能向上サービスの提供を行った場合に算定(月2回程度)	
口腔機能向上加算(Ⅱ)	174	347	520	(Ⅰ)に加え、口腔機能改善管理指導計画書を厚生労働省に提出し、必要な情報を活用している場合に算定	
一体的サービス提供加算	520	1,040	1,560	栄養改善サービス及び口腔機能向上サービスをいずれも実施した場合に算定	
科学的介護推進体制加算(1月につき)	44	87	130	利用者の基本的情報(ADL・栄養・口腔・認知・その他心身の状態)を厚労省に提出した場合	
サービス提供体制強化加算(Ⅰ)	要支援1	96	191	286	介護職総数のうち、介護福祉士の占める割合が70%以上又は、勤続年数10年以上の介護福祉士が25%以上である場合に算定
	要支援2	191	382		
サービス提供体制強化加算(Ⅱ)	要支援1	78	156	234	介護職総数のうち、介護福祉士の占める割合が50%以上である場合に算定
	要支援2	156	312		
介護職員処遇改善加算(Ⅰ)	1月合計単位数に8.67%を上乗せ加算			介護職員の処遇改善計画を実施している場合の加算	

その他の利用料項目	金額(円)	内 容
食費	770 (1日)	食事 670円 ・ おやつ 100円 / 1食あたり
教養娯楽費	実 費	レクリエーション活動及び創作活動材料費(希望による利用者のみ)
日用品費Aプラン	100 (1日)	タオルリース(希望による利用者のみ)
日用品費Bプラン	400 (1日)	タオルリース他(希望による利用者のみ)
茶話会の珈琲・紅茶等の飲み物代	100 (1日)	希望による利用者のみ
おむつ代	実 費	使用時のみ1枚単価

※上記金額は、端数処理をしておりますので、回数等により金額が変わる場合があります。

## 緊急時の連絡先

利用者名				
連絡先①	氏名		続柄	
	住所	〒		
	連絡先	TEL	自宅 ・ 会社 携帯 ・ その他 ( )	
連絡先②	氏名		続柄	
	住所	〒		
	連絡先	TEL	自宅 ・ 会社 携帯 ・ その他 ( )	

### 主治医

①	病院 クリニック 診療所	_____ 科 連絡先	_____ 先生
②	病院 クリニック 診療所	_____ 科 連絡先	_____ 先生

## その他の料金 希望確認表

◇日用品費 (Aプラン・Bプラン・Cプランを選択の上、○印をお願いします)

Aプラン ¥100/日	タオルリース			
Bプラン ¥400/日	タオルリース	ティッシュ	洗顔石鹸	
	歯ブラシ	乳液	シャンプー	
	歯磨きチューブ	ボディーローション	リンス	
Cプラン	日用品は利用しない (持参する)			

◇教養娯楽費 (どちらかに○印をお願いします)

レクリエーション材料費及び創作活動の実費	利用する	
(利用者または家族からの希望により利用する場合負担いただきます)	利用しない	

◇茶話会飲み物代 (どちらかに○印をお願いします)

茶話会の珈琲・紅茶等飲み物代 (100円)	利用する	
(利用者または家族からの希望により利用する場合負担いただきます)	利用しない	

※ その他の料金 希望確認表の内容に変更があった場合は、希望確認表変更届に記入をしていただき、変更後の内容とさせていただきます



## 通所利用料金の支払方法 希望確認表

ご希望の支払方法のどちらかに○印をつけてください。  
 (可能な限り「口座振替」のご利用をお願いいたします)

- ・ 口座振替
- ・ 現金 ( 振込 ・ 集金袋 (窓口でも可) )

### ◇口座振替を選択する場合

- ※ 銀行指定の「預金口座振替依頼書・自動払込利用申込書」をお渡しいたしますので、必要事項をご記入の上、銀行届出印を押印後、なるべく早めにご提出ください。
- ※ 引落の手続きが完了するまでは、お時間を要する場合がございますので、その間のお支払いに関しましては振込または現金を窓口にてお支払いください。
- ※ 口座振替の場合は、毎月27日の引落となります(土日祝日の場合は翌営業日)
- ※ 口座振替手数料は、施設にて負担させていただきます。
- ※ 残高不足で引落ができない場合は、2ヵ月まとめて引落となりますので、残高不足のないようお願い申し上げます。

### ◇現金支払を選択する場合(振込と集金袋でのお支払いができます)

振込	振込先	みずほ銀行 (0001)	東久留米支店 (747)
	口座種類	普通	口座番号 1044061
	口座名義	医療法人丸山会 (リョウホジナルマカイ)	
現金	「集金袋」での支払い		
	事務所窓口で現金にてお支払い (窓口利用の場合、月曜日から土曜日の午前9時から午後4時まで)		

※毎月10日までに前月分の利用料の請求書を発行いたします。お手元に届きましたら、24日までにお支払いください。

※振込手数料はお客様のご負担をお願いいたします。

<u>請求書送付先</u>	
〒 _____	
住所 _____	
フリガナ _____	
氏名 _____	続柄 _____
電話 _____	( 自宅・携帯・その他 )

以上、重要事項説明書・その他料金希望確認表等の説明を受け了承しました。

また、これを証するため、本書2通を作成し利用者・事業者が署名捺印し、1通ずつ保有するものとします。

年 月 日

事業者

事業者名 ケア東久留米（事業所番号 1357081516）

住 所 東京都東久留米市幸町三丁目11番10号

代表者名 施 設 長 小 松 彦 太 郎 印

説 明 者 ケア東久留米

印

利用者

住 所

氏 名

印

代理人

住 所

氏 名

印