管理番号　No.　2506-22711603148

# 重要事項説明書

## 介護予防通所リハビリテーション事業

利用者：　　様

事業者：　医療法人整友会　整友会診療所

# 重要事項説明書

あなた（又はあなたの家族）が利用しようと考えている指定介護予防通所リハビリテーションサービスについて、契約を締結する前に知っておいていただきたい内容を、説明いたします。わからないこと、わかりにくいことがあれば、遠慮なく質問をしてください。

この「重要事項説明書」は、「吹田市介護保険法施行条例（平成25年吹田市条例第7号）第5条に定める指定介護予防サービス等の事業の人員、設備及び支援の方法に関する基準」に基づき、指定介護予防通所リハビリテーションサービス提供契約締結に際して、ご注意いただきたいことを説明するものです。

## １　指定介護予防通所リハビリテーションサービスを提供する事業者について

| | |
|---|---|
| 事業者名称 | 医療法人整友会 |
| 代表者氏名 | 理事長　財田　滋穂 |
| 本社所在地<br>（連絡先及び電話番号等） | 大阪府吹田市岸部北3丁目1番26号 |
| 法人設立年月日 | TEL 06-6387-0981 FAX 06-6387-0913 |

## ２　利用者に対してのサービス提供を実施する事業所について

(1) 事業所の所在地等

| | |
|---|---|
| 事業所名称 | 医療法人整友会　整友会診療所 |
| 介護保険指定事業者番号 | 2711603148 |
| 事業所所在地 | 大阪府吹田市岸部北三丁目１－２６ |
| 連絡先<br>相談担当者名 | TEL 06-6387-7736 FAX 06-6387-5558<br>管理者　財田　滋穂 |
| 事業所の通常の事業の実施地域 | 吹田市・摂津市 |
| 利用定員 | １０名 |

(2) 事業の目的及び運営の方針

| | |
|---|---|
| 事業の目的 | 医療法人整友会が設置する整友会診療所において実施する指定介護予防通所リハビリテーション事業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、事業所の医師、看護職員、介護職員が、要支援状態の利用者に対し、適切な指定介護予防通所リハビリテーションを提供することを目的とする。 |
| 運営の方針 | 要支援状態の利用者に可能な限りその居宅において、自立した日常生活を営むことができるよう、理学療法、作業療法その他必要なリハビリテーションを行うことにより、要支援者の心身機能の維持回復を図り、もって要支援者の生活機能の維持又は向上を目指すものとする。 |

(3)事業所窓口の営業日及び営業時間

| | |
|---|---|
| 営　　業　　日 | 月～金曜日<br>（祝日、８月１３日から１５日、１２月２９日から１月３日は除く） |
| 営　業　時　間 | 午前８時３０分から午後１２時、午後１２時３０分から５時 |

(4)サービス提供時間

| | |
|---|---|
| サービス提供日 | 月～金曜日<br>（祝日、８月１３日から１５日、１２月２９日から１月３日は除く） |
| サービス提供時間 | １単位目　　午前９時から１１時３０分まで<br>２単位目　　午後１時から４時３０分まで |

(5)事業所の職員体制

| | |
|---|---|
| 管　理　者 | 財田　滋穂 |

| 職 | 職　務　内　容 | 人員数 |
|---|---|---|
| 管理者（又は管理者代行） | 1　従業者に、法令等の規定を遵守させるため必要な指揮命令を行います。 | 常勤　１名 |
| 専任医師 | 1　利用者に対する医学的な管理指導等を行います。 | 常勤　１名 |
| 理学療法士、作業療法士若しくは言語聴覚士（以下「理学療法士等」という。）又は看護師若しくは准看護師（以下「看護職員」という。）若しくは介護職員 | 1　医師及び理学療法士、作業療法士その他の従業者は、診療又は運動機能検査、作業能力検査等を基に、共同して、利用者の心身の状況、希望及びその置かれている環境を踏まえて、リハビリテーションの目標、当該目標を達成するための具体的なサービスの内容等を記載した介護予防通所リハビリテーション計画を作成するとともに利用者等への説明を行い、同意を得ます。また、リハビリテーションを受けていた医療機関から退院した利用者に係る通所リハビリテーション計画の作成に当たっては当該医療機関が作成したリハビリテーション実施計画書等により情報を把握します。<br>２　利用者へ介護予防通所リハビリテーション計画を交付します。<br>３　介護予防通所リハビリテーション計画に基づき、必要な理学療法、作業療法、その他のリハビリテーション及び介護ならびに日常生活上の世話を行います。<br>４　それぞれの利用者について、介護予防通所リハビリテーション計画に沿ったサービスの実施状況の把握及びその評価を診療記録に記載します。また必要に応じて介護予防通所リハビリテーション計画の変更を行います。 | 非常勤７名 |

３　提供するサービスの内容及び費用について

⑴ 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 |
|---|---|---|
| 通所リハビリテーション計画の作成 | | 利用者に係る居宅介護支援事業者が作成した居宅サービス計画（ケアプラン）に基づき、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通所リハビリテーション計画を作成します。 |
| 利用者居宅への送迎 | | 事業者が所有する自動車により、利用者の居宅と事業所までの間の送迎を行います。ただし、道路が狭いなどの事情により、自動車による送迎が困難な場合は、車いす又は歩行介助により送迎を行うことがあります。 |
| 日常生活上の世話 | 入浴の提供及び介助 | 入浴の提供及び介助が必要な利用者に対して、入浴（全身浴・部分浴）の介助や清拭（身体を拭く）、洗髪などを行います。 |
| | 排せつ介助 | 介助が必要な利用者に対して、排泄の介助、おむつ交換を行います。 |
| | 更衣介助 | 介助が必要な利用者に対して、上着、下着の更衣の介助を行います。 |
| | 移動･移乗介助 | 介助が必要な利用者に対して、室内の移動、車いすへ移乗の介助を行います。 |
| | 服薬介助 | 介助が必要な利用者に対して、配剤された薬の確認、服薬のお手伝い、服薬の確認を行います。 |
| リハビリテーション | 日常生活動作を通じた訓練 | 利用者の能力に応じて、食事、入浴、排せつ、更衣などの日常生活動作を通じた訓練を行います。 |
| | ﾚｸﾘｴｰｼｮﾝを通じた訓練 | 利用者の能力に応じて、集団的に行うレクリエーションや歌唱、体操などを通じた訓練を行います。 |
| | 器具等を使用した訓練 | 利用者の能力に応じて、理学療法士、作業療法士若しくは言語聴覚士（以下「理学療法士等」という。）又は看護師若しくは准看護師が専門的知識に基づき、器械・器具等を使用した訓練を行います。 |
| その他 | 創作活動など | 利用者の選択に基づき、趣味･趣向に応じた創作活動等の場を提供します。 |

注）1　実施期間終了後に、介護予防支援事業者によるケアマネジメントの結果、サービス提供の継続が必要であると判断される場合は、引き続きサービスを受けることができます。

注）2　利用者の状態の評価の結果、継続的にサービス提供を行うことにより、口腔機能の向上の効果が期待できると認められる場合は、引き続きサービスを受けることができます。

⑵ 介護予防通所リハビリテーション従業者の禁止行為

介護予防通所リハビリテーション従業者はサービスの提供に当たって、次の行為は行いません。

① 医療行為（ただし、医師が行う場合を除くほか、看護職員、理学療法士等が行う診療の補助行為を除く。）
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 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）
⑤ 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

(3) 提供するサービスの利用料、利用者負担額（介護保険を適用する場合）について

| 介護予防通所リハビリテーション費 | 利　用　料 | 利用者負担額（１割） |
|---|---|---|
| 支援　１ | 22,680円/月 | 2,268円/月 |
| 支援　２ | 42,280円/月 | 4,228円/月 |

※吹田市は上記金額から地域割増加算 1.066 をかけた金額が負担額となっています。

| 加　算 | | 利用料 | 利用者負担額（1割） | 算定回数等 |
|---|---|---|---|---|
| サービス提供強化加算（Ⅱ） | 支援１ | 720円 | 72円 | 1月に1回 |
| | 支援２ | 1,440円 | 144円 | |
| 科学的介護推進体制加算 | | 400円 | 40円 | 1月に1回 |
| 口腔栄養スクリーニング加算（Ⅰ） | | 200円 | 20円 | 6月に1回 |
| 介護職員等処遇改善加算（Ⅱ） | | 所定単位数の 8.3%加算 | | |

※吹田市は上記金額から地域割増加算 1.066 をかけた金額が負担額となっています。

※　月平均の利用者の数が当事業所の定員を上回った場合及び介護予防通所リハビリテーション従業者の数が人員配置基準を下回った場合は、上記金額のうち基本単位数に係る翌月（又は翌翌月）の利用料及び利用者負担額は、70／100 となります。

※　（利用料について、事業者が法定代理受領を行わない場合）上記に係る利用料は、全額をいったんお支払いただきます。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、利用者負担額を除いた介護予防サービス費の支給申請を行ってください。

※　サービス提供体制強化加算は、厚生労働大臣が定める基準に適合しているものとして都道府県知事等に届け出た介護予防通所リハビリテーション事業所が、利用者に対し、介護予防通所リハビリテーションを行った場合に算定します。

４　その他の費用について

| | | |
|---|---|---|
| ① 送迎費 | 利用者の居宅が、通常の事業の実施地域以外の場合、運営規程の定めに基づき、送迎に要する費用の実費を請求いたします。 | |
| ② ｷｬﾝｾﾙ料 | サービスの利用をキャンセルされる場合、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。 | |
| | 24 時間前までのご連絡の場合 | キャンセル料は不要です |
| | 12 時間前までにご連絡の場合 | １提供当りの料金の 50%を請求いたします。 |
| | 12 時間前までにご連絡のない場合 | １提供当りの料金の 100%を請求いたします。 |
| ※ただし、利用者の病状の急変や急な入院等の場合には、キャンセル料は請求いたしません。 | | |
| ③おむつ代 | １００円（1 枚当たり） | |

５　指定介護予防通所リハビリテーションサービス内容の見積もりについて

このサービス内容の見積もりは、あなたの介護予防サービス計画に沿って、事前にお伺いした日常生活の状況や利用の意向に基づき作成したものです。

１か月当りのお支払い額（利用料、利用者負担額（介護保険適用）とその他費用の合計）の目安

| | | |
|---|---|---|
| お支払い額の目安 | 円 | 入浴のご利用　（　有　・　無　） |

※ ここに記載した金額は、この見積もりによる概算のものです。実際のお支払いは、サービス内容の組み合わせ、ご利用状況などにより変動します。

※ この見積もりの有効期限は、説明の日から１ヵ月以内とします。

６　利用料、利用者負担額（介護保険を適用する場合）その他の費用の請求及び支払い方法について

| | |
|---|---|
| ① 利用料、利用者負担額（介護保険を適用する場合）、その他の費用の請求方法等 | ｱ 利用料利用者負担額（介護保険を適用する場合）及びその他の費用の額はサービス提供ごとに計算し、利用月ごとの合計金額により請求いたします。<br>ｲ 上記に係る請求書は、利用明細を添えて利用月の翌月 25 日までに利用者あてお届けします。 |
| ② 利用料、利用者負担額（介護保険を適用する場合）、その他の費用の支払い方法等 | ｱ サービス提供の都度お渡しするサービス提供記録の利用者控えと内容を照合のうえ、請求月の末日までに、下記のいずれかの方法によりお支払い下さい。<br>（ア）事業者指定口座への振り込み<br>（イ）現金支払い<br>（ウ）口座引落<br>ｲ お支払いの確認をしましたら、支払い方法の如何によらず、領収書をお渡ししますので、必ず保管されますようお願いします。（医療費控除の還付請求の際に必要となることがあります。） |

※ 利用料、利用者負担額（介護保険を適用する場合）及びその他の費用の支払いについて、正当な理由がないにもかかわらず、支払い期日から２月以上遅延し、さらに支払いの督促から 14 日以内に支払いが無い場合には、サービス提供の契約を解除した上で、未払い分をお支払いいただくことがあります。

※ （利用料について、事業者が法定代理受領を行わない場合）上記に係る利用料は、全額をいったんお支払いただきます。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予防サービス費の支給（利用者負担額を除く）申請を行ってください。

7　サービスの提供にあたって

(1) サービスの提供に先立って、介護保険被保険者証に記載された内容（被保険者資格、要支援認定の有無及び要支援認定の有効期間）を確認させていただきます。被保険者の住所などに変更があった場合は速やかに当事業者にお知らせください。
(2) 利用者が要支援認定を受けていない場合は、利用者の意思を踏まえて速やかに当該申請が行われるよう必要な援助を行います。また、居宅介護支援が利用者に対して行われていない等の場合であって、必要と認められるときは、要支援認定の更新の申請が、遅くとも利用者が受けている要支援認定の有効期間が終了する 30 日前にはなされるよう、必要な援助を行うものとします。
(3) 利用者に係る介護予防支援事業者が作成する「介護予防サービス計画（ケアプラン)」に基づき、利用者及び家族の意向を踏まえて、「介護予防通所リハビリテーション計画」を作成します。なお、作成した「介護予防通所リハビリテーション計画」は、利用者又は家族にその内容を説明いたしますので、ご確認いただくようお願いします
(4) サービス提供は「介護予防通所リハビリテーション計画」に基づいて行ないます。なお、「介護予防通所リハビリテーション計画」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
(5) 介護予防通所リハビリテーション従業者に対するサービス提供に関する具体的な指示や命令は、すべて当事業者が行ないますが、実際の提供にあたっては、利用者の心身の状況や意向に充分な配慮を行ないます。

8　虐待の防止について

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) 虐待防止に関する責任者を選定しています。

| | |
|---|---|
| 虐待防止に関する責任者 | 管理者　財田　滋穂 |

(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。

9　身体拘束について

事業者は、原則として利用者に対して身体拘束を行いません。ただし、自傷他害等のおそれがある場合など、利用者本人または他人の生命・身体に対して危険が及ぶことが考えられるときは、利用者に対して説明し同意を得た上で、次に掲げることに留意して、必要最小限の範囲内で行うことがあります。その場合は、身体拘束を行った日時、理由及び態様等についての記録を行います。

また事業者として、身体拘束をなくしていくための取り組みを積極的に行います。

(1) 緊急性‥‥‥直ちに身体拘束を行わなければ、利用者本人または他人の生命・身体に危険が及ぶことが考えられる場合に限ります。
(2) 非代替性‥‥身体拘束以外に、利用者本人または他人の生命・身体に対して危険が及ぶことを防止することができない場合に限ります。
(3) 一時性‥‥‥利用者本人または他人の生命・身体に対して危険が及ぶことがなくなった場合は、直ちに身体拘束を解きます。

10　秘密の保持と個人情報の保護について

| | |
|---|---|
| ① 利用者及びその家族に関する秘密の保持について | ① 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」及び厚生労働省が策定した「医療・介護関係事業者における個人情報の適切な取り扱いのためのガイダンス」を遵守し、適切な取り扱いに努めるものとします。<br>② 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。<br>③ 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。<br>④ 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。 |
| ② 個人情報の保護について | ① 事業者は、利用者から予め文書で同意を得ない限り、サービス担当者会議等において、利用者の個人情報を用いません。また、利用者の家族の個人情報についても、予め文書で同意を得ない限り、サービス担当者会議等で利用者の家族の個人情報を用いません。<br>② 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。<br>③ 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。） |

11　緊急時の対応方法について

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にも連絡します。

〔緊急連絡先（主治医）〕

①氏名　：　財田　滋穂

②所属医療機関名　：　医療法人整友会　整友会診療所

③所在地　：　吹田市岸部北 3-1-26

④電話番号　：　06-6387-0981

〔緊急連絡先（家族等）〕

①氏名（続柄）　：　（　　）

②住所　：

③電話番号　：

12　事故発生時の対応方法について

利用者に対する指定介護予防通所リハビリテーションの提供により事故が発生した場合は、市町村、利用者の家族、利用者に係る介護予防支援事業者（地域包括支援センターより介護予防支援の業務を受託している居宅介護支援事業者を含む。以下同じ。）等に連絡を行うとともに、必要な措置を講じます。

また、利用者に対する指定介護予防通所リハビリテーション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。

（メモ）事故発生時の対応方法に掲げる市町村、介護予防支援事業者等の連絡先については、本重要事項説明書の内容をすべて説明し、サービス提供等に関して同意を得た段階（契約の締結の合意が行われたとき）で、利用者に確認しながら項目を記載するようにしてください。

記載内容の例示

市町村：市町村名、担当部・課名、電話番号

介護予防支援事業者：事業所名、所在地、担当介護支援専門員氏名、電話番号

13　心身の状況の把握

指定介護予防通所リハビリテーションの提供に当たっては、介護予防支援事業者が開催するサービス担当者会議等を通じて、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　介護予防支援事業者等との連携

① 指定介護予防通所リハビリテーションの提供に当り、介護予防支援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。

② サービス提供の開始に際し、この重要事項説明に基づき作成する「介護予防通所リハビリテーション計画」の写しを、利用者の同意を得た上で介護予防支援事業者に速やかに送付します。

③ サービスの内容が変更された場合またはサービス提供契約が終了した場合は、その内容を記した書面またはその写しを速やかに介護予防支援事業者に送付します。

15　サービス提供等の記録

① 事業所は、指定介護予防通所リハビリテーションに関する諸記録を整備し、指定介護予防通所リハビリテーションのサービス計画の記録については当該計画に基づく指定介護予防通所リハビリテーションのサービスの提供を終了した日から、その他の記録については当該記録を作成し、又は取得した日から５年間は保存するものとします。

② 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。

16　非常災害対策

① 事業所に災害対策に関する担当者（防火管理者）を置き、非常災害対策に関する取り組みを行います。

災害対策に関する担当者　管理者　財田　滋穂

② 非常災害に関する具体的計画を立て、非常災害時の関係機関への通報及び連携体制を整備し、それらを定期的に従業員に周知します。

③ 定期的に避難、救出その他必要な訓練を行います。

避難訓練実施時期：（毎年２回）

17　業務継続計画の策定等

① 事業所は、感染症や非常災害の発生時において、利用者に対する指定居宅介護支援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（以下「業務 継続計画」という。）を策定し、当該業務継続計画に従い、必要な措置を行います。

② 事業者は従業者に対し、業務継続計画について説明、周知するとともに、必要な研修及び訓練を定期的に実施します。

③ 事業所は、定期的に業務継続計画の見直しを行い、必要に応じて業務継続計画の変更を行います。

18　衛生管理等

① 指定介護予防通所リハビリテーションの用に供する施設、食器その他の設備又は飲用に

供する水について、衛生的な管理に努め、又は衛生上必要な措置を行います。

② 指定介護予防通所リハビリテーション事業所において感染症が発生し、又はまん延しないように必要な措置を行います。

③ 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。

19　ハラスメント防止

事業所は、適切な事業所の提供を確保する観点から、性的な言動又は優越的な関係を背景とした言動であって業務上必要かつ相当な範囲を超えたものにより従業者の就業環境が害されることを防止するための方針の明確化等の必要な措置を行います。

20　サービス提供に関する相談、苦情について

(1)　苦情処理の体制及び手順

ァ 提供した指定介護予防通所リハビリテーション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）

ィ 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。
苦情または相談を受け付けた場合は、内容を正確に「相談、苦情対応シート」に記入して、事業所で定めた次の処理手順に基づき、迅速に対応する。

１・原因の把握・・・当日又は時間帯によっては翌日
管理者は、苦情または相談があった場合、利用者の状況を詳細に把握するため必要に応じ訪問し利用者と面談し、受け付けた事柄について状況の聞き取りや事情の確認を行う。

２・管理者は、介護職員等に事実関係の確認を行う。

３・管理者は関係者とともに、把握した内容を分析・検討を行い、時下の対応を決定する。

４・利用者に対し、施設側の対応方法を含めた結果報告を行い、必要に応じて関係者への連絡調整を行う。　（時間を要する内容もその旨を翌日までには連絡する。）

(2)　苦情申立の窓口

| | |
|---|---|
| 【事業者の窓口】<br>医療法人整友会　整友会診療所 | 所在地　大阪府吹田市岸部北三丁目１－２６<br>電話番号　０６－６３８７－７７３６<br>受付時間　月から金曜日<br>午前８時４５分から１２時、<br>午後１２時３０分から５時<br>（ただし、祝日、１２月２９日から１月３日までを除く。） |
| 【市町村（保険者）の窓口】<br>吹田市高齢福祉室 | 所在地　大阪府吹田市泉町１丁目３番 40 号<br>電話番号　０６－６３８４－１２３１<br>受付時間　平日　午前９時から午後５時３０分 |
| 【公的団体の窓口】<br>大阪府国民健康保険団体連合会 | 所在地　大阪市中央区常盤町１丁目３番８号<br>電話番号　０６－６９４９－５３０９<br>受付時間　平日　午前９時から午後５時 |

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 |

上記内容について、「吹田市介護保険法施行条例（平成 25 年吹田市条例第 7 号）第 5 条に定める指定介護予防サービス等の事業の人員、設備、運営及び支援の方法に関する基準」に基づき、利用者に説明を行いました。

| | | |
|---|---|---|
| 事業者 | 所　在　地 | 大阪府吹田市岸部北３丁目１番２６号 |
| | 法　人　名 | 医療法人　整友会 |
| | 代 表 者 名 | 理事長　財田　滋穂　　印 |
| | 事 業 所 名 | 医療法人整友会　整友会診療所 |
| | 説 明 者 氏 名 | 印 |

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 |

（代筆理由　　）