

在宅老人デイサービスセンター鹿屋長寿園

鹿屋市介護予防・日常生活支援総合事業

第一号通所事業所

重要事項説明書

当事業所は介護保険の指定を受けています。
(鹿屋市指定 第4670300245号)

当事業所はご契約者に対して第一号通所事業を提供します。事業所の概要や提供されるサービスの内容、契約上ご注意いただきたいことを次のとおり説明します。

目 次

1. 経営法人について	1
2. ご利用事業所について	1
3. 当事業所が提供するサービス	2
4. 利用料金について	3
5. キャンセル料金について	3
6. 相談・苦情の受付について	4
7. 福祉サービス第三者評価実施について	4
8. 秘密保持について	4
9. 個人情報の保護について	4
10. 契約の終了について	5
11. 虐待の防止について	5
12. 身体拘束その他の行動制限について	4
13. 事故発生時の対応について	6
14. 非常災害対策について	6
15. その他の事項について	6
16. 協力医療機関について	6

当事業所は、ご契約者に対して鹿屋市介護予防・日常生活支援総合事業 第一号通所事業（国の基準による通所型サービス）（以下「第一号通所事業」という）を提供します。事業所の概要や提供されるサービスの内容及び契約上のご注意いただきたい事項を次の通り説明します。

1. 施設経営法人

- (1) 法人名 社会福祉法人 恵仁会
- (2) 法人所在地 鹿児島県鹿屋市下祓川町1800番地
- (3) 電話番号 0994-43-2546
- (4) 代表者氏名 理事長 池田 志保子
- (5) 設立年月日 昭和44年 1月14日

2. 利用施設

- (1) 事業所の種類 鹿屋市介護予防・日常生活支援総合事業 第一号通所事業
平成18年 4月 1日指定 鹿屋市 第4670300245号

(2) 目的と基本方針

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日常生活を営むことができるよう、必要な日常生活上の援助及び機能訓練を行うことにより、利用者の社会的孤立感の解消及び心身機能の維持並びに利用者の家族の身体的及び精神的負担の軽減を図ることを目的とします。

- (3) 事業所の名称 第一号通所事業所
在宅老人デイサービスセンター鹿屋長寿園
- (4) 事業所の所在地 鹿児島県鹿屋市下祓川町1822番地
- (5) 電話番号 0994-44-7161
- (6) ファクス番号 0994-44-7831
- (7) 管理者氏名 小中原 陽子
- (8) 開設年月日 昭和63年 1月18日
- (9) 職員配置

職 種	職員数
管 理 者	1人
生 活 相 談 員	1人以上
看 護 職 員	1人以上
介 護 職 員	8人以上
機 能 訓 練 指 導 員	1人以上
事 務 職 員	1人以上

(10) 営業時間

営業日	日曜日を除く毎日
営業時間	午前8時00分～午後6時00分
サービス提供時間	午前9時30分～午後3時40分 ただし、必要に応じて上記サービス提供時間以外でも 相談等に応じる体制をとる。
事業の実施地域	主に鹿屋市

(11) 施設概要

利用定員	1日あたり50名(指定通所介護定員を含む)
建物の構造	鉄筋コンクリート・木造陸屋根瓦葺平屋建
建物の延べ床面積	683.82㎡
敷地面積	3,076.61㎡

*当事業所は、指定老人福祉施設「特別養護老人ホーム鹿屋長寿園」の併設施設です。

3. 提供するサービスの内容

(1) 送迎

- ・ご自宅ならびに待ち合わせ場所までの送迎を行います。
- ・当日の道路事情等により送迎時間に差異が生じる場合がございます。

(2) 健康チェック・ティータイム

(3) 入浴

利用者の身体の状況や居宅の環境を踏まえ、ご自宅での入浴の自立を図る観点から入浴計画に基づき支援します。

(4) 食事

- ・当事業所では、食事形態・栄養状態や利用者様の嗜好を考慮した食事を提供いたします。また、摂取困難者には介護職員により食事摂取のお手伝いをさせていただきます。

(5) 休憩・静養・趣味活動

(6) 運動器機能向上・栄養改善・口腔機能向上

- ・心身の機能回復を目的とした実施を行います。

(7) ティータイム

(8) 排泄

自立支援と介助量軽減を踏まえながら排泄に介助を要する利用者様の支援を行います。

(9) 生活相談

- ・ご利用者様からの相談をはじめ、ご家族様からの相談をお受けいたします。

(10) 健康状態の確認

- ・ご利用時、看護職員により血圧・体温測定を行い異常の早期発見に努めると共に健康に関する相談もお受けします。

4. 利用料金

別紙の料金表によって、利用者の要介護度に応じサービス利用料金から介護給付費額を除いた金額（介護保険被保険者証及び介護保険負担割合証に則り、ご契約者様の負担割合に応じた額を利用料のうち本人負担分としてお支払いいただきます）と食事に係る標準自己負担額の合計金額をお支払いください。（サービスの利用料金は要介護度に応じて異なります。）

*別表参照

☆ 利用者が要介護認定を受けていない場合にサービスを利用されたときは、サービス利用料金の全額をいったんお支払い頂き、要介護認定を受けた後に自己負担金額を除く金額が介護保険から払い戻されます（償還払い）。また、「介護予防支援計画書」が作成されていない場合にも「償還払い」となり、当事業所より「サービス提供証明書」を交付した後、自己負担額を除く金額が介護保険より支払われます。

☆ ご利用者様の介護度に変更が生じた場合は、利用料金も変更されます。

(2) その他の料金・・・別表参照

① 食事の提供に要する費用

ただし、生活保護受給者及び「給食利用要望書」の提出のあった利用者は、別表に定める額をお支払いいただきます。

② その他おむつ代・手芸材料代等、必要に応じて実費相当額をお支払い頂く場合があります。

5. キャンセル料金

☆ 利用者の都合によりサービス利用を中止する場合には、下記のキャンセル料金が必要となります。

☆ 申し出なく休まれた場合には、介護保険適用外となりますので 食事代 が必要となります。

☆ ただし、利用者の急な状態悪化等（病状・気分不良）の場合や正当な理由がある場合においては、キャンセル料金は頂きません。

① 利用前日に申し出があった場合	無 料
② 利用日当日 8時30分までに申し出のあった場合	無 料
③ 申し出なく休まれた場合	食 事 代

6. 相談・苦情の受け付けについて

(1) 事業所内受け付け機関

○相談・苦情解決責任者 (法人統括本部長 林田貴久)

○相談・苦情受け付け窓口担当者 (管理者 小中原 陽子)

受付時間 月曜日～土曜日 8:00～18:00 (緊急時除く)

電話番号 0994-44-7161

(2) 相談・苦情受け付けボックスとして当事業所玄関に、ご意見箱を設置しております。

(3) 当事業所の定める第三者委員に、相談又は苦情を直接申し出ることができます。

※ なお、対応した内容については申し出者にお知らせいたします。

無記名の場合には、掲示にてお知らせいたします。

(4) 行政機関その他の苦情受け機関

鹿屋市役所 保険福祉部高齢福祉課地域支援係	所在地 鹿屋市共栄町20番1号 受付時間 8:30～17:00 電話番号 0994-43-2111 FAX 0994-41-0701
鹿児島県国民健康保険 団体連合会	所在地 鹿児島県鴨池新町7番4号 受付時間 8:30～17:00 電話番号 099-206-1084 FAX 099-206-1069
鹿児島県社会福祉協議会	所在地 鹿児島県鴨池新町1-7 県社会福祉センター内 受付時間 8:30～16:00 電話番号 099-257-3855 FAX 099-251-6779

(5) 第三者委員の設置

当事業所では、皆様からの相談・苦情に対し公正に対処するために中立的な立場の第三者委員を設置しております。

【第三者委員】

- ・宇都宮 快昭 (〒893-1207 肝属郡肝付町新富 191 番地 Tel0994-65-2794)
- ・池畑 春生 (〒893-0026 鹿屋市祓川町 4561 - 2 Tel0994-43-0315)

7. 福祉サービス第三者評価実施について

本事業所は福祉サービス第三者評価を受審し、事業運営における課題の把握やサービスの質の向上を目的とし福祉サービスの内容や質を公表しております。

福祉サービス第三者評価の実施状況

実施年月日： 令和2年11月25日

評価機関名称：NPO 法人自立支援センターかごしま福祉サービス評価機構

結果の開示： ホームページ「福祉保健医療情報ネットワークシステム（ワムネット）」に掲載
アドレス <http://www.wam.go.jp>

8. 秘密保持

- (1) 本事業所の職員は、業務上知り得た利用者又はその家族の秘密保持を厳守します。
- (2) 職員であった者が、業務上知り得た利用者又は家族の秘密を漏らすことのないよう、必要な措置を講じます。
- (3) 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る場合は利用者の同意を、利用者の家族の個人情報を用いる場合は当該家族の同意を、あらかじめ文書により得ることとします。

9. 個人情報の保護

- (1) 利用者の個人情報を含むサービス計画、各種記録等については、関係法令及びガイドライン等に基づき個人情報の保護に努めるものとします。

(2) 個人情報の取扱いに関する利用者からの苦情については、苦情処理体制に基づき適正かつ迅速に対応するものとします。

*記録物を開示するためには、個人情報に関する開示請求書の提出をして頂きます。尚、交付に関しては実費負担していただきます。

10. 契約の終了について

利用者は、事業者に対して1週間の予告期間において、本契約を解約することができます。ただし、利用者の病変、急な入院等やむを得ない事由が生じた場合は予告期間が1週間以内の通知でも、本契約を解約することができます。また契約第11条(契約の終了)に該当する場合契約は終了致します

11. 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、下記の対策を講じます。

- 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
- 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の防止を啓発・普及するための研修を実施しています。

12. 身体拘束その他の行動制限・虐待防止のための措置

事業者は、利用者の尊厳の保持の為に、利用者が他者から不適切な扱いにより権利利益を侵害される状況や生命・健康・生活が損なわれるような状態に置かれることのないよう、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（高齢者虐待防止法）に基づき支援するものとし、利用者又は他の利用者の生命又は身体を保護するため緊急やむを得ない場合を除き、利用者に対し隔離、身体拘束、薬剤投与その他の方法により利用者の行動を制限しないものとします。

- (1) 事業者は虐待の防止の指針に基づき対策を行い、虐待の発生又はその再発防止をするための委員会を設置し研修を行います。また虐待の発生又は再発を防止するための委員会を開催し、虐待の発見時には行政への通報を行いご利用者の安全の確保に努めます。
- (2) 事業者は、利用者に対し隔離、身体的拘束、薬剤投与その他の方法により行動を制限する場合は、当該利用者に対し事前に、行動制限の根拠、内容、見込まれる期間について十分説明を行うものとします。
また、この場合は、事前又は事後速やかに、当該利用者の家族等（扶養義務者）に対し、利用者にする行動制限の根拠、内容、見込まれる期間について十分説明するものとします。
- (3) 事業者は、利用者に対し隔離、身体的拘束、薬剤投与その他の方法により利用者の行動を制限した場合には、第5条第2項の記録に次の事項を記載するものとします。
 - ・利用者に対する行動制限を決定した者の氏名、行動制限の根拠、内容、見込まれる期間及び実施された期間
 - ・前項に基づく利用者に対する説明の時期及び内容、その際のやりとりの概要
 - ・前項に基づく利用者の家族等に対する説明の時期及び内容、その際のやりとりの概要

13. 事故発生時の対応について

- (1) 利用者に対する第一号通所事業の提供により万一事故が発生した場合には、速やかに市町村・当該利用者のご家族・当該利用者に係る居宅介護支援事業所等に連絡を行うとともに、必要な措置を講じます。
- (2) 前項の事故の状況及び事故に際してとった処置については、記録を整備します。
- (3) 利用者に対する第一号通所事業の提供により賠償すべき事故が発生した場合には、損害賠償を速やかに行います。
- (4) 当事業所は事故防止・対応を図るため安全管理委員会を設置し、指針に基づき対応を図ります。

14. 非常災害対策について

第一号通所事業の提供中に、火災・風水害・地震等の災害に対処するための計画を策定し、年2回以上の訓練を実施します。天災その他の災害が発生した場合には、職員は利用者の避難等適切な措置を講じます。また、管理者は、日常的に具体的な対処方法、避難経路及び協力機関等との連携方法を確認し、災害時には避難等の指揮を執ります。また、感染症予防及び蔓延のための対策を検討する委員会を6月に1回スタッフへ周知徹底行えるよう指針整備を行い、定期的に研修や訓練を行う事でサービスを継続的に提供できる体制を構築していきます。

15. その他の事項

- (1) 風邪、病気等、感染症又は疑いがある等の際はサービスの提供をお断りすることがあります。
- (2) 当日の健康状態の確認等で、体調が悪い場合には、サービス内容の変更またはサービスの中止をすることがあります。この場合には、実施していないサービス加算料金は返金いたします。
- (3) ご利用中に体調が悪くなった場合には、サービスを中止することがあります。その場合には、ご家族様に連絡の上、適切に対応します。また、必要に応じて速やかに主治の医師・歯科医師・当事業所の協力医療機関に連絡を取る等の必要な措置を講じます。緊急時の場合には、基本のご家族様の付き添いにより受診をして頂きます。
- (4) 歩行の状態によりケアプランに沿って、移動時の付き添い、介助を行いますが、常時の付き添いは難しい為、転倒のリスクは考えられますので、ご了承ください。
- (5) 入院や自宅療養、施設などへの入所などにより、1ヶ月以上にわたってサービスの利用がない場合には、契約の取り消しとなります。

16. 協力医療機関

当事業所では、下記の医療機関に協力を頂いております。

☆医療法人 青仁会 池田病院 (内科・整形外科・歯科等)

鹿屋市下祓川町 1830 番地 Tel0994-43-3434

【別 表】

【第一号通所事業】

① 共通的服务（1月当たり・介護保険1割負担分）

介 護 度	基 本 料 金
総合事業対象者	1,672 円（1月に4回迄の場合 384 円/回）
要支援1	1,672 円（1月に4回迄の場合 384 円/回）
要支援2	3,428 円（1月に5～8回迄の場合 395 円/回）

② サービス提供体制加算

基 準 内 容	要支援1	要支援2
（Ⅰ）指定通所介護事業所の介護職員の総数のうち、介護福祉士の占める割合が50%以上であること。	88 円	176 円

③ 選択的サービス（1月当たり）

各 種 加 算	基 本 料 金
運動器機能向上加算	225 円
口腔機能向上加算（Ⅰ）（Ⅱ）	（Ⅰ）150 円 （Ⅱ）160 円
栄養改善加算	200 円
栄養アセスメント加算	50 円
口腔・栄養スクリーニング加算（Ⅰ）（Ⅱ）	（Ⅰ）20 円（Ⅱ）5 円（6月に一回を限度）
選択的サービス複数実施加算（Ⅰ）	480 円
選択的サービス複数実施加算（Ⅱ）	700 円
生活機能向上連携加算（Ⅰ）（Ⅱ）	（Ⅰ）100 円（3月に一回を限度） （Ⅱ）200 円※運動機能向上加算算定の場合 100 円
科学的介護推進体制加算	40 円

④

事業所評価加算	120 円
---------	-------

⑤

介護職員処遇改善加算（Ⅰ）	5.9%
介護職員等特定処遇改善加算（Ⅰ）	1.2%
介護職員等ベースアップ等支援加算	1.1%

⑥その他の料金（1食当たり）

- ア 食事の提供に要する費用・・・600 円（おやつ代を含む）
- イ 生活保護受給者・・・・・・・・・・300 円（食事・おやつ代を含む）
- ウ「給食利用要望書」提出者・・・100 円（弁当・食品等持ち込みの場合のおやつ代）

【第一号通所事業】

① 共通的服务（1月当たり・介護保険2割負担分）

介護度	基本料金
総合事業対象者	3,344円（1月に4回迄の場合768円/回）
要支援1	3,344円（1月に4回迄の場合768円/回）
要支援2	6,856円（1月に5～8回迄の場合790円/回）

② サービス提供体制加算

基準内容	要支援1	要支援2
(I) イ 指定通所介護事業所の介護職員の総数のうち、介護福祉士の占める割合が50%以上であること。	176円	352円

② 選択的サービス（1月当たり）

各種加算	基本料金
運動器機能向上加算	450円
口腔機能向上加算（I）（II）	（I）300円 （II）320円
栄養改善加算	400円
栄養アセスメント加算	100円
口腔・栄養スクリーニング加算（I）（II）	（I）40円 （II）10円（6月に一回を限度）
選択的サービス複数実施加算（I）	960円
選択的サービス複数実施加算（II）	1400円
生活機能向上連携加算（I）（II）	（I）200円（3月に一回を限度） （II）400円※運動機能向上加算算定の場合200円
科学的介護推進体制加算	80円

④

事業所評価加算	240円
---------	------

⑤

介護職員処遇改善加算（I）	5.9%
介護職員等特定処遇改善加算（I）	1.2%
介護職員等ベースアップ等支援加算	1.1%

⑥ その他の料金（1食当たり）

ア 食事の提供に要する費用・・・600円（おやつ代を含む）

イ「給食利用要望書」提出者・・・100円（弁当・食品等持ち込みの場合のおやつ代）

【第一号通所事業】

① 共通的サービス（1月当たり・介護保険3割負担分）

介護度	基本料金
総合事業対象者	5,016円（1月に4回迄の場合1,152円/回）
要支援1	5,016円（1月に4回迄の場合1,152円/回）
要支援2	10,284円（1月に5～8回迄の場合1,185円/回）

② サービス提供体制加算

基準内容	要支援1	要支援2
(I) イ 指定通所介護事業所の介護職員の総数のうち、介護福祉士の占める割合が50%以上であること。	264円	528円

③ 選択的サービス（1月当たり）

各種加算	基本料金
運動器機能向上加算	675円
口腔機能向上加算（I）（II）	（I）450円 （II）480円
栄養改善加算	600円
栄養アセスメント加算	150円
口腔・栄養スクリーニング加算（I）（II）	（I）60円（II）15円（6月に一回を限度）
選択的サービス複数実施加算（I）	1,440円
選択的サービス複数実施加算（II）	2,100円
生活機能向上連携加算（I）（II）	（I）300円（3月に一回を限度） （II）600円※運動機能向上加算算定の場合300円
科学的介護推進体制加算	120円

④

事業所評価加算	360円
---------	------

⑤

介護職員処遇改善加算（I）	5.9%
介護職員等特定処遇改善加算（I）	1.2%
介護職員等ベースアップ等支援加算	1.1%

⑥ その他の料金（1食当たり）

ア 食事の提供に要する費用・・・600円（おやつ代を含む）

イ 「給食利用要望書」提出者・・・100円（弁当・食品等持ち込みの場合のおやつ代）

◆加算サービスについてのご案内 ◆

【第一号通所事業】

① 運動器機能向上加算

理学療法士等を中心に看護職員、介護職員等が共同して利用者の運動機能向上に関わる個別の計画を作成し、これに基づく適切なサービスの実施、定期的な評価と見直し等の一連のプロセスを実施いたします。

② 口腔機能向上加算

口腔機能が低下していたり、そのおそれのある方に対して、個別的に実施される口腔清掃の指導若しくは実施又は摂食嚥下機能に関する訓練の指導若しくは実施を行った場合に1月につき2回を限度として算定致します。

③ 栄養改善加算

栄養スクリーニングにより低栄養状態にある又はそのおそれがあると認められ管理栄養士による利用者ごとの摂食・嚥下機能及び食形態に配慮し栄養ケア計画を作成・実施した場合1月に1回を限度とし算定致します。

④ 選択的サービス複数実施加算（Ⅰ）

心身機能の維持又は向上に資するために、必要に応じて運動器機能向上、口腔機能向上の複数のサービスの選択を行った場合の加算です。

⑤ 選択的サービス複数実施加算（Ⅱ）

心身機能の維持又は向上に資するために、必要に応じて運動器機能向上、口腔機能向上、栄養改善の複数のサービスの選択を行った場合の加算です。

⑥ 介護職員処遇改善加算（Ⅰ）

介護報酬改定による処遇改善に加えて、介護職員と他業種との賃金格差をさらに縮め、介護が確固とした雇用の場として成長していく為の加算です。

介護職員処遇改善交付金相当分を介護報酬に円滑に移行するために、例外的かつ経過的な取り扱いとして、平成33年3月31日までの間、介護職員処遇改善加算を創設する。

【一月につき】

所定単位（加算を含む基本単位） × 59/1000 = 介護職員処遇改善加算料金

⑦ 介護職員等特定処遇改善加算（Ⅰ）

別に厚生労働大臣が定める基準に適合している介護職員等の賃金改善等を実施しているものとして都道府県知事に届け出た指定通所介護事業所が利用者に対し指定通所介護を行った場合所定単位数に加算する。

【一月につき】

所定単位（加算を含む基本単位） × 12/1000 = 介護職員等特定処遇改善加算料金

⑧ 介護職員等ベースアップ等支援加算

介護職員の賃金のベースアップを目的で、介護報酬の自己負担合計の1.1%に相当する加算を算定いたします。

⑨ 事業所評価加算

※基準に基づいた算出式で鹿児島県国民健康保険団体連合会が判定した場合のみ

第一号通所事業対象とし運動器機能向上、栄養改善、口腔機能向上の各サービスを行った結果利

用者の身体機能が保たれていることや、サービス利用者が一定以上となった場合に算定する。

⑩ **生活機能向上連携加算**

自立支援・重度化防止に資する介護を推進するため、通所介護事業所の職員と外部のリハビリテーション専門職が連携して機能訓練のマネジメントを行い、機能訓練指導員等が生活機能の向上を目的とした個別機能訓練計画を作成します。

⑪ **栄養アセスメント加算 栄養改善加算 口腔・栄養スクリーニング加算**

栄養アセスメント加算は管理栄養士を1名配置し、多職種協働して栄養状態のアセスメントを実施しその結果を説明・相談等に必要に応じ対応いたします。栄養状態等の情報を厚生労働省に提出し、栄養管理の有効な実施のために必要な情報の活用をします。栄養改善加算は口腔・栄養スクリーニングにより低栄養状態にある又はそのおそれがあると認められた場合は管理栄養士による利用者ごとの摂食・嚥下機能及び食形態に配慮し栄養ケア計画を作成・実施し必要に応じ居宅を訪問します。口腔・栄養スクリーニング加算は6月ごとに口腔の健康状態・栄養状態について確認を行い、担当介護支援専門員へ提出いたします。

⑫ **科学的介護推進体制加算**

心身の状況等の基本的な情報を厚生労働省に提出し、サービスを適切かつ有効に提供するために必要な情報を活用し、ケアの質の向上に取り組みます。

附則

- この重要事項説明書は平成25年4月1日より施行する。
- この重要事項説明書は平成26年4月1日より施行する。
- この重要事項説明書は平成27年4月1日より施行する。
- この重要事項説明書は平成27年8月1日より施行する。
- この重要事項説明書は平成28年2月1日より施行する。
- この重要事項説明書は平成28年4月1日より施行する。
- この重要事項説明書は平成29年4月1日より施行する。
- この重要事項説明書は平成29年8月1日より施行する。
- この重要事項説明書は平成29年9月1日より施行する。
- この重要事項説明書は平成30年4月1日より施行する。
- この重要事項説明書は平成31年4月1日より施行する。
- この重要事項説明書は令和元年10月1日より施行する。
- この重要事項説明書は令和2年4月1日より施行する。
- この重要事項説明書は令和3年4月1日より施行する。
- この重要事項説明書は令和4年4月1日より施行する。
- この重要事項説明書は令和4年10月1日より実施する。

「通所介護サービス」「介護予防通所介護相当サービス」の提供開始に際し、本書面に基づき契約書及び重要事項の説明を行いました。

指定通所介護・指定予防通所介護事業所名：在宅老人デイサービスセンター鹿屋長寿園

法人名 社会福祉法人恵仁会
 代表者名 池田 志保子
 事業所名 在宅老人デイサービスセンター鹿屋長寿園
 住所 鹿児島県鹿屋市下祓川町 1822 番地
 管理者 小中原 陽子 ⑩

説明者 職種 氏名 _____

私は、本面書面に基づいて事業者から契約書及び重要事項の説明を受け、「通所介護サービス」「介護予防通所介護サービス」の提供開始に同意し、本説明書を受領いたしました。

注) 署名をもって印の代替えとし、署名は真正の意味を示すものとします。

契約者 住所 鹿屋市 _____
 (利用者)

氏名 _____

家族等 住所 _____
 (身元引受人)

氏名 _____

続柄 _____