

# リハビリパークほほえみ 重要事項説明書

あなた（利用者）に対するサービスの提供開始にあたり、厚生労働省令の規定に基づき、当事業者があなたに説明すべき重要事項は、次のとおりです。

## 1. 事業者（法人）の概要

事業者（法人）の名称	株式会社HSコーポレーション
主たる事務所の所在地	〒327-0836 栃木県佐野市寺中町2-4-17番地1
代表者（職名・氏名）	代表取締役 早川 茂
設立年月日	平成19年4月3日
電話番号	0283-27-0860

## 2. 事業所の概要

事業所の名称	リハビリパークほほえみ	
サービスの種類	通所介護事業	第1号通所事業
開設年月日	平成19年11月1日	平成30年4月1日
事業所番号	0970401139	
事業所の所在地	〒327-0836 栃木県佐野市寺中町2-4-17番地1	
電話番号	0283-27-0850	
実施単位・利用定員	1単位	定員40名
通常の事業の実施地域	佐野市	

## 3. 事業の目的と運営の方針

事業の目的	要介護、要支援状態又は事業対象者にある利用者が、その有する能力に応じ、可能な限り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生活機能の維持または向上を目指し、生活の質の確保および向上を図るとともに、安心して日常生活を過ごすことができるよう、居宅サービスまたは介護予防・日常生活支援総合事業による通所型サービスを提供することを目的とします。
運営の方針	事業者は、利用者の心身の状況や家庭環境等を踏まえ、介護保険法その他関係法令およびこの契約の定めに基づき、関係する市町村や事業者、地域の保健・医療・福祉サービス等と綿密な連携を図りながら、利用者の要介護状態の軽減や悪化の防止、もしくは要介護状態となることの予防のため、適切なサービスの提供に努めます。

#### 4. 提供するサービスの内容

通所介護または介護予防・日常生活支援総合事業による通所型サービスは、事業者が設置する事業所（デイサービスセンター）に通っていただき、入浴、排せつ、食事等の介護、生活等に関する相談および助言、健康状態の確認やその他利用者に必要な日常生活上の世話および機能訓練を行うことにより、利用者の心身機能の維持並びに利用者の家族の身体的、精神的負担軽減を図るサービスです。

#### 5. 営業日時

営業日	月曜日から土曜日まで ※ただし、1月1日から1月3日を除きます。
営業時間	午前8時30分から午後5時30分まで
サービス提供時間	午前9時00分から午後5時00分まで 延長時間は、午前8時30分から午前9時00分まで及び 午後5時00分から午後7時00分までとします。

#### 6. 事業所の職員体制

従業者の職種	勤務の形態・人数	
	常勤	非常勤
生活相談員	3名	—
看護職員	0名	2名
介護職員	6名	3名
機能訓練指導員	4名	1名
栄養士	—	—
調理員	1名	2名
事務員	—	—

#### 7. サービス提供の担当者

あなたへのサービス提供の担当職員（生活相談員）及びその管理責任者（管理者）は下記のとおりです。

サービス利用にあたって、ご不明な点やご要望などありましたら、何でもお申し出ください。

担当職員の氏名	生活相談員 河西夏紀
管理責任者の氏名	管理者 小林明美

#### 8. 利用料

あなたがサービスを利用した場合の「基本利用料」は以下のとおりであり、あなたからお支払いいただく「利用者負担金」は、原則として介護保険負担割合証に応じた基本利用料の1割、2割又は3割の額です。ただし、介護保険の支給限度額を超えてサービスを利用する場合、超えた額の全額をご負担いただきます。

(1) 通所介護の利用料

【基本部分：通所介護費 大規模型事業所（I）】

所要時間 (1回あたり)	利用者の 要介護度	通所介護費			
		基本利用料 ※(注1)参照	利用者負担金 ※(注2)参照		
			1割	2割	3割
3時間以上 4時間未満	要介護1	3,580円	358円	716円	1,074円
	要介護2	4,090円	409円	818円	1,227円
	要介護3	4,620円	462円	924円	1,386円
	要介護4	5,130円	513円	1,026円	1,539円
	要介護5	5,680円	568円	1,136円	1,704円
4時間以上 5時間未満	要介護1	3,760円	376円	752円	1,128円
	要介護2	4,300円	430円	860円	1,290円
	要介護3	4,860円	486円	972円	1,458円
	要介護4	5,410円	541円	1,082円	1,623円
	要介護5	5,970円	597円	1,194円	1,791円
5時間以上 6時間未満	要介護1	5,440円	544円	1,088円	1,632円
	要介護2	6,430円	643円	1,286円	1,929円
	要介護3	7,430円	743円	1,486円	2,229円
	要介護4	8,400円	840円	1,680円	2,520円
	要介護5	9,400円	940円	1,880円	2,820円
6時間以上 7時間未満	要介護1	5,640円	564円	1,128円	1,692円
	要介護2	6,670円	667円	1,334円	2,001円
	要介護3	7,700円	770円	1,540円	2,310円
	要介護4	8,710円	871円	1,742円	2,613円
	要介護5	9,740円	974円	1,948円	2,922円
7時間以上 8時間未満	要介護1	6,290円	629円	1,258円	1,887円
	要介護2	7,440円	744円	1,488円	2,232円
	要介護3	8,610円	861円	1,722円	2,583円
	要介護4	9,800円	980円	1,960円	2,940円
	要介護5	10,970円	1,097円	2,194円	3,291円
8時間以上 9時間未満	要介護1	6,470円	647円	1,294円	1,941円
	要介護2	7,650円	765円	1,530円	2,295円
	要介護3	8,850円	885円	1,770円	2,655円
	要介護4	10,070円	1,007円	2,014円	3,021円
	要介護5	11,270円	1,127円	2,254円	3,381円

(注1) 上記の基本利用料は、厚生労働大臣が告示で定める金額であり、これが改定された場合は、これら基本利用料も自動的に改訂されます。なお、その場合は、事前に新しい基本利用料を書面でお知らせします。

(注2) 上記本文にも記載のとおり、介護保険給付の支給限度額を超えてサービスを利用する場合は、超えた額の全額をご負担いただくこととなりますのでご注意ください。

**【加算】**

以下の要件を満たす場合、上記の基本部分に以下の料金が加算されます。

該当	加算の種類	加算の要件	加算額				
			基本利用料	利用者負担金			
				1割	2割	3割	
<input type="checkbox"/>	感染症又は災害の発生を理由とする利用者数の減少が一定以上生じている場合の加算	感染症又は災害の発生を理由とする利用者数の減少が生じ、当該月の利用者数の実績が当該月の前年度における月平均の利用者数よりも5%以上減少している場合 ※(注4)	1月の利用料金 (基本部分+延長加算)の 3%を加算				
<input type="checkbox"/>	延長加算	所要時間	9時間以上10時間未満の場合	500円	50円	100円	150円
			10時間以上11時間未満の場合	1,000円	100円	200円	300円
			11時間以上12時間未満の場合	1,500円	150円	300円	450円
			12時間以上13時間未満の場合	2,000円	200円	400円	600円
			13時間以上14時間未満の場合	2,500円	250円	500円	750円
<input type="checkbox"/>	中山間地域等に居住する者へのサービス提供加算	中山間地域等において、 <u>通常の事業の実施地域以外</u> に居住する利用者へサービス提供した場合 ※(注4)	1月の利用料金 (基本部分+延長加算)の 5%を加算				
<input type="checkbox"/>	入浴介助加算Ⅰ	利用者の入浴介助を行った場合(1日につき)	400円	40円	80円	120円	
<input type="checkbox"/>	入浴介助加算Ⅱ	当該加算の算定要件を満たした上で入浴計画を作成し、入浴介助を行った場合(1日につき)※加算ⅠかⅡのいずれか1つを算定する。	550円	55円	110円	165円	
<input type="checkbox"/>	中重度者ケア体制加算	中重度の要介護者を受け入れる体制を構築しサービスを行った場合(1日につき)	450円	45円	90円	135円	
<input type="checkbox"/>	生活機能向上連携加算Ⅰ	当該加算の算定要件を満たし、個別機能訓練計画を作成した場合(1月につき)※加算ⅠかⅡのいずれか1つを算定する。	1,000円	100円	200円	300円	
<input type="checkbox"/>	生活機能向上連携加算Ⅱ	※加算Ⅰは3月に1回を限度 (※個別機能訓練加算を算定する場合)	2,000円 (1,000円)	200円 (100円)	400円 (200円)	600円 (300円)	
<input type="checkbox"/>	個別機能訓練加算Ⅰイ	当該加算の体制・人材要件を満たし、利用者へ機能訓練を行った場合(1日につき)※加算ⅠイかⅠロのいずれか1つを算定する。	560円	56円	112円	168円	
<input type="checkbox"/>	個別機能訓練加算Ⅰロ		760円	76円	152円	228円	
<input type="checkbox"/>	個別機能訓練加算Ⅱ	上記加算に加えて、個別機能訓練計画等の内容を厚生労働省に提出し、フィードバックを受けている場合(1月につき)	200円	20円	40円	60円	
<input type="checkbox"/>	ADL維持等加算Ⅰ	当該加算の算定要件を満たす場合(1月につき)	300円	30円	60円	90円	
<input type="checkbox"/>	ADL維持等加算Ⅱ	※加算ⅠかⅡのいずれか1つを算定する。	600円	60円	120円	180円	

<input type="checkbox"/>	認知症加算	当該加算の算定要件を満たし、サービスを行った場合(1日につき)	600円	60円	120円	180円
<input type="checkbox"/>	若年性認知症利用者受入加算	若年性認知症利用者へサービス提供した場合(1日につき)	600円	60円	120円	180円
<input type="checkbox"/>	栄養アセスメント加算	管理栄養士及び関係職員で栄養アセスメントを実施し、結果を報告した場合(1月につき)	500円	50円	100円	150円
<input type="checkbox"/>	栄養改善加算	利用者へ栄養食事相談等の栄養改善サービスを行い必要に応じて利用者宅を訪問した場合(1回につき。月2回まで)	2,000円	200円	400円	600円
<input type="checkbox"/>	口腔・栄養スクリーニング加算Ⅰ	口腔・栄養スクリーニングを行い介護支援専門員に状態の情報を報告した場合(1回につき。6月に1回まで)	200円	20円	40円	60円
<input type="checkbox"/>	口腔・栄養スクリーニング加算Ⅱ	栄養改善加算や口腔機能向上加算を算定し、口腔または栄養の状態を介護支援専門員に報告した場合(1回につき。6月に1回まで)	50円	5円	10円	15円
<input type="checkbox"/>	口腔機能向上加算Ⅰ	口腔機能改善管理指導計画を作成し口腔機能向上サービスを行った場合(1回につき。月2回まで)	1,500円	150円	300円	450円
<input type="checkbox"/>	口腔機能向上加算Ⅱ	上記取組に加え、口腔機能改善管理指導計画等の内容を厚生労働省に提出し、フィードバックを受けている場合(1回につき。月2回まで)※加算ⅠかⅡのいずれか1つを算定する。	1,600円	160円	320円	480円
<input type="checkbox"/>	科学的介護推進体制加算	利用者ごとのADL値、栄養状態、口腔機能、認知症の状況等の情報を厚生労働省に提供し、フィードバックを受けた情報を活用しサービス計画の見直し等を行った場合(1月につき)	400円	40円	80円	120円
<input type="checkbox"/>	サービス提供体制強化加算Ⅰ	当該加算の体制・人材要件を満たす場合(1回につき)	220円	22円	44円	66円
<input type="checkbox"/>	サービス提供体制強化加算Ⅱ	※加算Ⅰ～Ⅲのいずれか1つを算定する。	180円	18円	36円	54円
<input type="checkbox"/>	サービス提供体制強化加算Ⅲ	※(注4)	60円	6円	12円	18円
<input type="checkbox"/>	介護職員等処遇改善加算Ⅰ	当該加算の算定要件を満たす場合 ※(注4) ※加算Ⅰ～Ⅳのいずれか1つを算定する。	1月の利用料金(基本部分+各種加算減算)の9.2%を加算			
<input type="checkbox"/>	介護職員等処遇改善加算Ⅱ		1月の利用料金(基本部分+各種加算減算)の9.0%を加算			
<input type="checkbox"/>	介護職員等処遇改善加算Ⅲ		1月の利用料金(基本部分+各種加算減算)の8.0%を加算			
<input type="checkbox"/>	介護職員等処遇改善加算Ⅳ		1月の利用料金(基本部分+各種加算減算)の6.4%を加算			

(注4) 当該加算は区分支給限度額の算定対象からは除かれます。

## 【減算】

以下の要件を満たす場合、上記の基本部分から以下の料金が減算されます。

該当	減算の種類	減算の要件	減算額			
			基本利用料	利用者負担金		
				1割	2割	3割
<input type="checkbox"/>	事業所と同一建物に居住する利用者へのサービス提供減算	当該減算の要件に該当した場合（1日につき） （注4）	940円	94円	188円	282円
<input type="checkbox"/>	事業所が送迎を行わない場合	当該減算の要件に該当した場合（片道につき）	470円	47円	94円	141円
<input type="checkbox"/>	高齢者虐待防止措置未実施減算	虐待の発生又はその再発を防止するための措置が講じられていない場合	1月の利用料金 （基本部分+延長加算）の1%を減算			
<input type="checkbox"/>	業務継続計画未策定減算	当該基準に適合していない場合	1月の利用料金 （基本部分+延長加算）の1%を減算			

## （2）第1号通所事業の利用料

### 【基本部分】

利用者の要介護度	基本利用料 ※（注1）参照	利用者負担金 ※（注2）参照		
		1割	2割	3割
事業対象者要支援1	17,980円（1月につき）	1,798円	3,596円	5,394円
事業対象者要支援2	36,210円（1月につき）	3,621円	7,242円	10,863円
事業対象者要支援1	4,360円（1回につき） （1月の中で全部で4回までのサービス）	436円	872円	1,308円
事業対象者要支援2	4,470円（1回につき） （1月の中で全部で5回～8回までのサービス）	447円	894円	1,341円

（注1）上記の基本利用料は、厚生労働大臣が告示で定める金額であり、これが改定された場合は、これら基本利用料も自動的に改訂されます。なお、その場合は、事前に新しい基本利用料を書面でお知らせします。

（注2）上記本文にも記載のとおり、介護保険給付の支給限度額を超えてサービスを利用する場合は、超えた額の全額をご負担いただくこととなりますのでご注意ください。

## 【加算】

以下の要件を満たす場合、上記の基本部分に以下の料金が加算されます。

該当	加算の種類	加算の要件（概要）	加算額			
			基本利用料	利用者負担		
				1割	2割	3割
<input type="checkbox"/>	中山間地域等に居住する者へのサービス提供加算	中山間地域等において、 <u>通常の事業の実施地域以外</u> に居住する利用者へサービス提供した場合 ※（注4）	1月の利用料金 （基本部分+延長加算）の5%を加算			

□	生活機能向上 グループ活動加算	利用者の生活機能の向上を目的として共通の課題を有する複数の利用者からなるグループに対して実施される日常生活上の支援のための活動を行った場合(1月につき)	1,000円	100円	200円	300円	
□	若年性認知症 利用者受入加算	個別の担当者を定めた上で若年性認知症利用者へサービス提供した場合(1月につき)	2,400円	240円	480円	720円	
□	栄養アセスメント 加算	管理栄養士及び関係職員で栄養アセスメントを実施し、結果を報告した場合(1月につき)	500円	50円	100円	150円	
□	栄養改善加算	利用者へ栄養食事相談等の栄養改善サービスを行い必要に応じて利用者宅を訪問した場合(1月につき)	2,000円	200円	400円	600円	
□	口腔機能向上加算 Ⅰ	口腔機能改善管理指導計画を作成し口腔機能向上サービスを行った場合(1月につき)	1,500円	150円	300円	450円	
□	口腔機能向上加算 Ⅱ	上記取組に加え、口腔機能改善管理指導計画等の内容を厚生労働省に提出し、フィードバックを受けている場合(1月につき)※加算ⅠかⅡのいずれか1つを算定する。	1,600円	160円	320円	480円	
□	一体的サービス 提供加算	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(1月につき)	4,800円	480円	960円	1,440円	
□	サービス提供体制 強化加算Ⅰ	当該加算の算定要件を満たす場合(1月につき) ※加算Ⅰ～Ⅲのいずれか1つを算定する。 ※(注4)	事業対象者 要支援1	880円	88円	176円	264円
			事業対象者 要支援2	1,760円	176円	352円	528円
□	サービス提供体制 強化加算Ⅱ		事業対象者 要支援1	720円	72円	144円	216円
			事業対象者 要支援2	1,440円	144円	288円	432円
□	サービス提供体制 強化加算Ⅲ		事業対象者 要支援1	240円	24円	48円	72円
			事業対象者 要支援2	480円	48円	96円	144円
□	生活機能向上 連携加算Ⅰ	当該加算の算定要件を満たし、個別機能訓練計画を作成した場合(1月につき)※加算ⅠかⅡのいずれか1つを算定する。	1,000円	100円	200円	300円	
□	生活機能向上 連携加算Ⅱ	※加算Ⅰは3月に1回を限度	2,000円	200円	400円	600円	
□	口腔・栄養 スクリーニング加算Ⅰ	口腔・栄養スクリーニングを行い介護支援専門員に状態の情報を報告した場合(1回につき。6月に1回まで)	200円	20円	40円	60円	
□	口腔・栄養 スクリーニング加算Ⅱ	栄養改善加算や口腔機能向上加算を算定し、口腔または栄養の状態を介護支援専門員に報告した場合(1回につき。6月に1回まで)	50円	5円	10円	15円	

<input type="checkbox"/>	科学的介護 推進体制加算	利用者ごとのADL値、栄養状態、口腔機能、認知症の状況等の情報を厚生労働省に提供し、フィードバックを受けた情報を活用しサービス計画の見直し等を行った場合(1月につき)	400円	40円	80円	120円
<input type="checkbox"/>	介護職員等 処遇改善加算Ⅰ	当該加算の算定要件を満たす場合 ※(注4) ※加算Ⅰ～Ⅳのいずれか1つ を算定する。	1月の利用料金 (基本部分+各種加算減算)の 9.2%を加算			
<input type="checkbox"/>	介護職員等 処遇改善加算Ⅱ		1月の利用料金 (基本部分+各種加算減算)の 9.0%を加算			
<input type="checkbox"/>	介護職員等 処遇改善加算Ⅲ		1月の利用料金 (基本部分+各種加算減算)の 8.0%を加算			
<input type="checkbox"/>	介護職員等 処遇改善加算Ⅳ		1月の利用料金 (基本部分+各種加算減算)の 6.4%を加算			

(注4) 当該加算は区分支給限度額の算定対象からは除かれます。

### 【減算】

以下の要件を満たす場合、上記の基本部分から以下の料金が減算されます。

該当	減算の種類	減算の要件	減算額				
			基本利用料	利用者負担金			
				1割	2割	3割	
<input type="checkbox"/>	事業所と同一建物に居住する利用者へのサービス提供減算	当該減算の要件に該当した場合 (1月につき)	事業対象者要支援1	3,760円	376円	752円	1,128円
事業対象者要支援2			7,520円	752円	1,504円	2,256円	
<input type="checkbox"/>	事業所が送迎を行わない場合	当該減算の要件に該当した場合 (片道につき)	470円	47円	94円	141円	
<input type="checkbox"/>	高齢者虐待防止措置未実施減算	虐待の発生又はその再発を防止するための措置が講じられていない場合	1月の利用料金(基本部分)の1%を減算				
<input type="checkbox"/>	業務継続計画未策定減算	当該基準に適合していない場合	1月の利用料金(基本部分)の1%を減算				

### (3) その他の費用

延長料金	利用者の希望により、サービス提供時間を超えてサービスを利用した場合、1時間につき500円の延長料金をいただきます。
食費	食事の提供を受けた場合、1食につき昼食770円の食費をいただきます。
おむつ代	おむつの提供を受けた場合、1枚につき100円の実費をいただきます。

レクリエーション代	レクリエーションに参加された場合、費用の実費をいただきます。
その他	上記以外の日常生活において通常必要となる経費であって、利用者負担が適当と認められるもの（利用者の希望によって提供する日常生活上必要な身の回り品など）について、費用の実費をいただきます。

#### （４）キャンセル料

利用予定日の直前にサービス提供をキャンセルした場合は、以下のとおりキャンセル料をいただきます。ただし、あなたの体調や容体の急変など、やむを得ない事情がある場合は、キャンセル料は不要とします。また、第1号通所事業は、利用料が月単位の定額のため、キャンセル料は不要とします。

キャンセルの時期	キャンセル料
利用予定日の当日	利用者負担金の100%の額

（注）利用予定日の前日までのキャンセルの場合は、キャンセル料不要です。

#### （５）支払い方法

上記（１）から（４）までの利用料（利用者負担分の金額）は、1ヶ月ごとにまとめて請求しますので、次のいずれかの方法によりお支払いください。

支払い方法	支払い要件等
口座引き落とし	サービスを利用した月の翌月の27日（祝休日の場合は直後の平日）に、あなたが指定する口座より引き落とします。
銀行振り込み	サービスを利用した月の翌月の末日（祝休日の場合は直後の平日）までに、事業者が指定する下記の口座にお振り込みください。 足利銀行 佐野支店 普通口座 3395341
現金払い	サービスを利用した月の翌月の末日までに、現金でお支払いください。

### 9. サービスの利用にあたっての留意事項

サービスのご利用にあたってご留意いただきたいことは、以下のとおりです。

- （１）サービスの利用中に気分が悪くなったときは、すぐに職員にお申し出ください。
- （２）複数の利用者の方々が同時にサービスを利用するため、周りの方のご迷惑にならないようお願いいたします。
- （３）体調や容体の急変などによりサービスを利用できなくなったときは、できる限り早めに担当の介護支援専門員（又は地域包括支援センター）又は当事業所の担当者へご連絡ください。

### 10. 緊急時における対応方法

サービス提供中に利用者の体調や容体の急変、その他の緊急事態が生じたときは、速やかに主治医及び家族等へ連絡を行う等、必要な措置を講じます。

### 11. 事故発生時の対応

サービスの提供により事故が発生した場合は、速やかに利用者の家族、担当の介護支援専門員（又は地域包括支援センター）及び市町村等へ連絡を行うとともに、必要な措置を講じます。

## 12. 非常災害対策

事業者は、当事業所の所在する地域の環境及び利用者の特性に応じて、事象別の非常災害に関する具体的計画として災害時対応マニュアルを策定しております。

## 13. 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 小林 明美
-------------	-----------

(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) 従業員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) 虐待の防止のための対策を検討する委員会を設立します。

(6) 虐待の防止のための指針を作成します。

## 14. 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、次に掲げることにより留意して、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します。

(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します。

(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。

## 15. 第三者による評価の実施状況

第三者による評価の実施状況	<input type="checkbox"/> あり	実施日	
		評価機関名称	
		結果の開示	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
<input checked="" type="checkbox"/> なし			

## 16. 苦情相談窓口

### (1) 苦情の受付

当事業所に対する苦情やご相談は以下の専用窓口で受け付けます。

○苦情受付窓口（担当者）

職名 管理者 小林 明美

○受付時間 午前8時30分～午後5時30分

電話番号 0283-27-0850

FAX 0283-24-6523

(2) サービス提供に関する苦情や相談は、下記の機関にも申し立てることができます。

佐野市介護保険課	所在地 電話番号 FAX 受付時間	佐野市高砂町1 0283-20-3022 0283-21-3254 午前8時30分～午後5時15分
栃木県国民健康保険団体連合会	所在地 電話番号 FAX 受付時間	宇都宮市本町3-9 本町合同ビル6階 028-643-2220 028-643-5411 午前8時30分～午後5時
栃木県運営適正化委員会	所在地 電話番号 FAX 受付時間	宇都宮市若草1-10-6 028-622-2941 028-622-2316 午前9時～午後4時

令和 年 月 日

事業者は、利用者へのサービス提供開始にあたり、上記のとおり重要事項を説明しました。

事業者 所在地 栃木県佐野市寺中町2417番地1  
 事業者名 株式会社HSコーポレーション  
 代表者職・氏名 代表取締役 早川 茂 印  
 説明者職・氏名 リハビリパークほほえみ  
 管理者 小林明美 印

私は、本書面に基づいて事業所から重要事項の説明を受け、サービスの提供開始に同意しました。

利用者 住所  
 氏名 印  
 署名代行者（又は法定代理人）  
 住所  
 本人との続柄  
 氏名 印