

花咲さの「(介護予防) 特定施設入居者生活介護」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 1 7 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	花咲さの	
サービスの種類	特定施設入居者生活介護・介護予防特定施設入居者生活介護	
事業所の所在地	〒327-0844 栃木県佐野市富岡町1 4 5 4 番地	
電話番号	0283-86-7830	
指定年月日・事業所番号	令和7年4月1日指定	0970402723
入居定員	定員35人	

3. 事業の目的と運営の方針

事業の目的	要介護状態または要支援状態にある利用者に対し、適正な特定施設入居者生活介護及び介護予防特定施設入居者生活介護を提供することを目的とします。
運営の方針	①事業所は、特定施設サービス計画に基づき、入浴、排せつ、食事等の介護その他の日常生活上の世話、機能訓練及び療養上の世話を行うことにより、要介護状態となった場合でも、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援助を行う。 ②事業所は、介護予防特定施設サービス計画に基づき、入浴、排せつ、食事等の介護その他の日常生活上の支援、機能訓練及び療養上の世話を行うことにより、要支援状態となった場合でも、自立した日常生活を営むことができるよう、利用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事業の実施に当たっては、関係市町村、地域包括支援センター、地域の保健・医療・福祉サービスとの綿密な連携を図り、総合的なサービスの提供に努めるものとする。

4. 施設の概要

(1) 構造等

敷 地		2, 1 6 8 m ²
建 物	構 造	鉄骨造、平屋建て
	延べ床面積	1, 4 1 2 m ²
	利用定員	3 5 名

(2) 居室

居室の種類	室数	1 部屋の面積	備考
居室①	5	1 8. 1 8 m ²	
居室②	2 5	1 8. 0 9 m ²	
居室③	2	1 8. 0 0 m ²	
居室④	3	1 8. 2 7 m ²	

(3) 主な設備

設備	室数	面積	備考
食堂	2	1 2 1. 9 5 m ²	
談話室	2	7 1. 8 8 m ²	
洗濯室	2	1 1. 0 0 m ²	
浴 室	5	3 1. 7 5 m ²	
脱衣室	5	2 8. 1 3 m ²	

5. 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	常勤換算	指定基準
管理者（生活相談員兼務）	1 名	—		
生活相談員	1 名	1 名	1. 4 名	1 名
看護職員	2 名	0 名	1 1. 8 名	1 1. 7 名
介護職員	3 名	1 3 名		
機能訓練指導員	0 名	1 名		
計画作成担当者	1 名	0 名		
栄養士	1 名	0 名		
調理員	3 名	1 名		
事務員（兼務）	1 名	—		

※常勤換算：職員それぞれの週あたりの勤務延時間数の総数を当事業所における常勤職員の所定勤務時間数（週 40 時間）で除した数です。

6. 職員の勤務体制

従業者の職種	勤務体制
管理者	正規の勤務時間帯（８：３０～１７：３０）
生活相談員	正規の勤務時間帯（８：３０～１７：３０）
介護職員	早番： ７：３０～１６：３０ 日勤： ８：００～１７：００ 遅番： １３：００～２２：００ 夜勤： ２２：００～ ９：００
看護職員	日勤： ８：３０～１７：３０
機能訓練指導員	日中： １３：００～１５：００
計画作成担当者	正規の勤務時間帯（８：３０～１７：３０）

7. 提供するサービス内容と利用料金

(1) 介護保険給付対象サービス

ア. サービス内容

種類	内容
特定施設入居者生活介護計画	<ol style="list-style-type: none"> 1 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（介護予防）特定施設サービス計画を作成します。 2 （介護予防）特定施設サービス計画の作成に当たっては、その内容について利用者又はその家族に対して説明し、利用者の同意を得ます。 3 （介護予防）特定施設サービス計画の内容について、利用者の同意を得たときは、（介護予防）特定施設サービス計画書を利用者に交付します。 4 利用者について、（介護予防）特定施設サービス計画に従ったサービスの実施状況及び目標の達成状況の記録を行います。
食事	利用者の状況に応じて適切な食事介助を行うと共に、食事の自立についても適切な援助を行います。
入浴	利用者の状況に応じて適切な入浴介助を行うと共に、入浴の自立についても適切な援助を行います。
排泄	利用者の状況に応じて適切な排泄介助を行うと共に、排泄の自立についても適切な援助を行います。
離床着替え整容等	寝たきり防止のため、出来る限り離床に配慮します。生活のリズムを考え、毎朝夕の着替えを行うよう配慮します。個人としての尊厳に配慮し、適切な整容が行われるよう援助をします。
機能訓練	機能訓練指導員により利用者の状況に適した機能訓練を行い、身体機能の低下を防止するよう努めます。
健康管理	看護職員により入居者の状況に応じて適切な措置を講じます。医療機関に通院する場合は、その介添えについて出来る限り配慮します。
相談及び援助	利用者とその家族からのご相談に応じます。

イ. 利用料金

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。

【基本部分】

利用者の 要介護度	1日あたりの利用料			
	基本利用料 ※(注1)参照	利用者負担額		
		1割	2割	3割
要支援1	1,830円	183円	366円	549円
要支援2	3,130円	313円	626円	939円
要介護1	5,420円	542円	1,084円	1,626円
要介護2	6,090円	609円	1,218円	1,827円
要介護3	6,790円	679円	1,358円	2,037円
要介護4	7,440円	744円	1,488円	2,232円
要介護5	8,130円	813円	1,626円	2,439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。

【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	利用者負担額		
				1割	2割	3割
<input type="checkbox"/>	入居継続支援加算Ⅰ (介護予防を除く)	当該加算の算定要件を満たす場合 (1日につき)	360円	36円	72円	108円
<input type="checkbox"/>	入居継続支援加算Ⅱ (介護予防を除く)	当該加算の算定要件を満たす場合 (1日につき)	220円	22円	44円	66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。 ※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)	1,000円	100円	200円	300円
<input type="checkbox"/>	生活機能向上 連携加算Ⅱ		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	専従の機能訓練指導員を1名以上常勤で 配置し、利用者毎に個別機能訓練計画を 作成・実施した場合(1日につき)	120円	12円	24円	36円
<input type="checkbox"/>	個別機能訓練加算 Ⅱ	個別機能訓練加算(Ⅰ)を算定している利 用者について、個別機能訓練計画の内容 等の情報を厚生労働省に提出し、機能訓 練の実施に当たって当該情報その他機能 訓練の適切かつ有効な実施のために必要 な情報を活用した場合(1月につき)	200円	20円	60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"/>	夜間看護体制加算 I (介護予防を除く)	(1)常勤の看護師を1名以上配置し、看護に係る責任者を定めていること。 (2)夜勤又は宿直を行う看護職員の数が1名以上であって、かつ、必要に応じて健康上の管理等を行う体制を確保していること。 (3)重度化した場合における対応に係る指針を定め、入居の際に、利用者又はその家族等に対して、当該指針内容を説明し、同意を得ていること。(1日につき)	180円	18円	36円	54円
<input type="checkbox"/>	夜間看護体制加算 II (介護予防を除く)	上記(1)及び(3)に該当すること。 ・看護職員により、24時間連絡体制を確保し、健康上の管理等を行う体制を確保した場合(1日につき)	90円	9円	18円	27円
<input type="checkbox"/>	若年者認知症入居者受入加算	受け入れた若年者認知症入居者ごとに個別の担当者を定め、介護を行った場合(1日につき)	1,200円	120円	240円	360円
<input type="checkbox"/>	協力医療機関連携加算	協力医療機関と連携し入所者の情報共有のための会議を定期的開催していること (1月につき)	1,000円	100円	200円	300円
		・入所者が急変した場合の体制が整っていること ・診察の求めがあった場合、診察の体制が確保できていること 上記以外の医療機関と連携している場合	400円	40円	80円	120円
<input type="checkbox"/>	口腔・栄養スクリーニング加算	口腔及び栄養スクリーニングを行い介護支援専門員に栄養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"/>	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"/>	退院・退所時連携加算 (介護予防を除く)	病院等の医療提供施設を退院・退所して特定施設に入居する利用者を受け入れた場合(1日あたり。入居から30日以内まで)	300円	30円	60円	90円
<input type="checkbox"/>	退居時情報提供加算	医療機関へ退所する入所者について、退所後の医療機関に対して心身の状況等を情報提供した場合(1回につき)	2,500円	250円	500円	750円
<input type="checkbox"/>	看取り介護加算 I (介護予防を除く)	・医師が一般に認められている医学的知見に基づき回復の見込みがないと診断した者であること。 ・医師、看護職員、生活相談員、介護支援専門員その他の職種の者が共同で作成した利用者の介護に係る計画について、医師等のうちその内容に応じた適当な者から説明を受け、当該計画について同意している者(その家族等が説明を受けた上で、同意している者を含む。)であること。 ・看取りに関する指針に基づき、利用者の	720円 死亡日以前31日～45日	72円	144円	216円
			1,440円 (死亡日以前4日～30日)	144円	288円	432円

		状態又は家族の求め等に応じ随時、医師等の相互の連携の下、介護記録等利用者に関する記録を活用し行われる介護についての説明を受け、同意した上で介護を受けている者(その家族等が説明を受け、同意した上で介護を受けている者を含む。)であること。 ・「人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドライン」等の内容に沿った取組を行うこと。 ・夜間看護体制加算を算定している場合(1日につき)	6,800円 (死亡日前日及び前々日)	680円	1,360円	2,040円
			12,800円 (死亡日)	1,280円	2,560円	3,840円
□	看取り介護加算Ⅱ (介護予防を除く)	・看取り介護加算(Ⅰ)の算定要件に加え、看取り期において夜勤又は宿直により看護職員を配置していること。(1日につき) ・(Ⅰ)を算定している場合又は夜間看護体制加算を算定していない場合は算定できない。	5,720円 死亡日以前31日～45日	572円	1,144円	1,716円
			6,440円 (死亡日以前4日～30日)	644円	1,288円	1,932円
			11,800円 (死亡日前日及び前々日)	1,180円	2,360円	3,540円
			17,800円 (死亡日)	1,780円	3,560円	5,340円
□	認知症専門ケア加算Ⅰ	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)	30円	3円	6円	9円
□	認知症専門ケア加算Ⅱ		40円	4円	8円	12円
□	高齢者施設等感染対策向上加算Ⅰ	当該加算の算定要件を満たし、サービスを行った場合 (1月につき)	100円	10円	20円	30円
□	高齢者施設等感染対策向上加算Ⅱ		50円	5円	10円	15円
□	新興感染症等施設療養費	入所者が厚生労働大臣が定める感染症に感染した場合の相談対応及び適切な感染対策を行った上で、施設療養した場合 (1月に1回連続する5日まで)	2,400円	240円	480円	720円
□	生産性向上推進体制加算Ⅰ	当該加算の算定要件を満たし、サービスを行った場合 (1月につき)	1,000円	100円	200円	300円
□	生産性向上推進体制加算Ⅱ		100円	10円	20円	30円
□	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日につき) ※加算Ⅰ～Ⅲのいずれか1つを算定する。	220円	22円	44円	66円
□	サービス提供体制強化加算Ⅱ		180円	18円	36円	54円
□	サービス提供体制強化加算Ⅲ		60円	6円	12円	18円
□	介護職員処遇改善加算Ⅰ	当該加算の算定要件を満たす場合 ※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 12.8%を加算			
□	介護職員処遇改善加算Ⅱ		1月の利用料金 (基本部分+各種加算減算)の 12.2%を加算			
□	介護職員処遇改善加算Ⅲ		1月の利用料金 (基本部分+各種加算減算)の 11.0%を加算			
□	介護職員処遇改善加算Ⅳ		1月の利用料金 (基本部分+各種加算減算)の 8.8%を加算			

【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"/>	身体拘束廃止未実施減算	当該減算の要件に該当した場合（1日につき）	1月の利用料金（基本部分）の10%を減算			
<input type="checkbox"/>	看護・介護職員の員数が基準に満たない場合	看護職員又は介護職員の員数が指定基準を満たさない場合	1月の利用料金（基本部分）の30%を減算			
<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			

（２）介護保険給付対象外サービス

以下のサービスは、利用料金の全額がご利用者の負担となります。

サービスの種別	内 容	自己負担額
日常生活用品の購入	歯ブラシ等日用品の購入の代行をさせていただきます。	実費をご負担いただきます。
衣類クリーニング	ご希望に応じて、外部クリーニングを利用することができます。	実費をご負担いただきます。
紙おむつ	施設でも紙おむつを用意しております。	実費をご負担いただきます。
入浴介助	介助が必要な方で週3回以上の場合	1回 1,000円
医療費・薬剤費	医療機関にかかられた場合の費用	実費をご負担いただきます。
行政代行手続き	行政関係の各種手続きの代行を行います。	1回 500円
協力医療機関以外への受診送迎	医療機関への送迎を行います。 ※協力医療機関の場合は無料です。	市内 片道 700円 近隣市町村 片道1,400円
協力医療機関以外への受診付き添え	医療機関への受診付き添えを行います。 ※協力医療機関の場合は無料です。	1時間以内 1,200円 以後30分ごとに 600円 早朝(6-8)・夜間(18-22) 25%割増 深夜(22-6) 50%割増
外出付き添え	買い物等外出時の付き添えを行います。	市内 1回300円 市外・近隣市町村 1回600円
金銭管理サービス	現金、銀行通帳、実印等の保管サービスのほか、公共料金等の支払等代行サービスを行います。利用頂く場合には別途ご契約が必要です。	月額3,000円
レクレーション行事	施設ではレクレーション行事を行います。参加されるか否かは任意です。	材料代等の実費をご負担いただきます。
理髪・美容	ご希望に応じて、理容師・美容師の出張による理美容サービスをご利用いただけます。	実費をご負担いただきます。
新聞・雑誌	ご希望に応じて、新聞や雑誌をとることが出来ます。施設でも新聞を用意しております。	実費をご負担いただきます。

食 事	食事時間 朝食 7時～ 8時まで 昼食12時～13時まで 夕食18時～19時まで	朝食 518円
	食事場所 食堂でお食べください。 食べられないものやアレルギーがある方は事前にご相談ください。	昼食 770円
		夕食 648円

(注) 経済状況の著しい変化その他やむを得ない事由がある場合、相当な額に変更することがあります。その場合事前に変更の内容と変更する事由について、変更を行う2か月前までにご説明します。

(3) 支払い方法

上記(1)及び(2)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。

8. 入居中の医療の提供について

医療を必要とする場合は、ご契約者の希望により、下記協力医療機関において診療を受けることができます。(但し、下記医療機関での優先的な診療・入院治療を保証するものではありません。また、下記医療機関での診療を義務づけるものでもありません。)

(1) 協力医療機関

医療機関の名称	佐野在宅診療所	加藤クリニックプラザ
所在地	栃木県佐野市大橋町 1997-23	栃木県佐野市浅沼町 870-2
診療科	内科・精神科・外科	内科・胃腸内科・外科・肛門科

(2) 協力歯科医療機関

医療機関の名称	大橋歯科医院
所在地	栃木県佐野市富岡町 1500-1

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。

来訪・面会	面会時間 9時～17時 ※ただし、事前に連絡があった場合にはこの限りではありません。 ※来訪者は面会時間を遵守し、必ずその都度職員に届け出てください。
外出・外泊	外出・外泊の際には必ず行き先と帰宅日時を職員に申し出てください
居室・設備・器具の利用	施設内の居室や設備、器具は本来の用法に従ってご利用ください。これに反したご利用により破損等が生じた場合、弁償していただくことがあります、
喫煙・飲酒	喫煙は決められた場所以外ではお断りします。 飲酒は主治医の許可が必要となります。
迷惑行為等	騒音等他の入所者の迷惑になる行為はご遠慮願います。また、他の入所者の許可なく、その居室等に立ち入らないようにしてください
所持品の管理	所持品等の管理は、ご利用者でお願いします。ただし、施設に預けることもできますが、その場合には別途契約書によりまして、費用負担があります。
現金等の管理	現金等の管理は、ご利用者でお願いします。ただし、施設に預けることもできますが、その場合には別途契約書によりまして、費用負担があります。
宗教活動・政治活動	施設内での他の入居者に対する執拗な宗教活動及び政治活動はご遠慮ください
動物飼育	施設内へのペットの持ち込み及び飼育はお断りします。

10. 緊急時等における対応方法

生活相談員等は、サービスの提供を行っているときに、利用者に病状の急変、その他緊急事態が生じたときは、速やかに主治の医師又はあらかじめ定めた協力医療機関に連絡する等の措置を講じます。

11. 非常災害対策

- (1) 事業所に災害対策に関する担当者を置き、非常災害対策に関する取り組みを行います。
- (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 9月・3月)
- (4) (3)の訓練の実施に当たって、地域住民の参加が得られるよう連携に努めます。

12. 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ています。

虐待防止に関する担当者	所長・吉澤 恵美
-------------	----------

- (2) 虐待防止のための対策を検討する委員会を定期的に開催し、その結果について従業員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ています。

- (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。
- (5) サービス提供中に、当該事業所従業者又は養護者（現に養護している家族・親族・同居人等）による虐待を受けたと思われる利用者を発見した場合は、速やかに、これを市町村に通報します。

13. 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。

14. 事故発生時の対応方法

当施設は、ご契約者に対する特定施設入居者生活介護サービスの提供により事故が発生した場合は速やかに市町村、ご契約者の家族に連絡を行うとともに必要な措置を講じます。又、当施設がご契約者に対して行った特定施設入居者生活介護の提供により、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。

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 吉澤 恵美

○受付時間 午前8時30分～午後5時30分

電話番号 0283-85-9188

FAX 0283-22-3212

(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 佐野市高砂町1番地 電話番号 0283-20-3022 FAX 0283-21-3254 受付時間 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 宇都宮市本町3-9 本町合同ビル6階 電話番号 028-643-2220 FAX 028-643-5411 受付時間 午前8時30分～午後5時
栃木県運営適正化委員会	所在地 宇都宮市若草1-10-6 電話番号 028-622-2941 FAX 028-622-2316 受付時間 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 花咲さの管理者 吉澤 恵美 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