

「障害者支援施設 緑の里 重要事項説明書」

この重要事項説明書は社会福祉法人緑和会が運営する指定障害者支援施設において提供する施設入所支援ならびに施設障害福祉サービス（生活介護事業）について利用契約の締結を希望される方に対して、社会福祉法第76条及び第77条並びに「障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律（障害者総合支援法）」（平成17年法律123号。以下「法」という）「沖縄県指定障害者支援施設の人員、設備及び運営に関する基準等を定める条例」（平成25年沖縄県条例第30号）及び「沖縄県障害者支援施設の設備及び運営に関する基準を定める条例」（平成25年沖縄県条例第32号）に基づく指定障害者支援施設の人員、設備及び運営に関する基準に基づき、サービスの内容や利用料金について説明するものです。

1. サービスを提供する事業者

名 称	社会福祉法人 緑和会
所 在 地	沖縄県うるま市字栄野比939番地
電 話 番 号	098-972-4345
代 表 者 名	理事長 上村 哲
設 立 年 月	昭和63年3月22日

2. 利用施設

事業所の種類	指定障害者支援施設 平成23年10月1日指定 通所生活介護 日中一時支援 平成31年4月1日
事業所の名称（事業所番号）	障害者支援施設 緑の里（48711300287）
事業所の所在地	沖縄県うるま市字栄野比939番地
連 絡 先	電話番号 098-972-4313 F A X 098-972-4337
管 理 者	伊禮 司
サービス管理責任者	山田 大樹
日中実施サービスの通常の 実施地域	うるま市・県全域 (通常の実施地域以外の利用希望に対して実施する場合がある)
主たる対象者	知的障害者・精神障害者・身体障害者
定 員	生活介護 50名
開設年月日	平成23年10月1日

3. サービスの目的・運営方針

目 的	生活介護事業の適性な運営を確保する為に必要な人員及び運営管理に関する事項を定め、利用者の意思及び人格を尊重して、常に当該利用者の立場に立った、サービス提供を確保する事を目的とする。
運営方針	関係法令を遵守し、他の社会資源との連携を図った適正且つきめ細やかな施設支援及び施設障害者福祉サービスの提供を行なう。

4. サービスに係る施設・設備等の概要

①施 設

建 物	構 造	鉄筋コンクリート 2階建
	敷地面積	23.800㎡
	延べ床面積	572.5㎡
	利用者定員	定員20名

②主な設備

		面積等
食堂	1室	85.90㎡
機能訓練室	1室	97.20㎡
便所	6室	37.67㎡
医務室	1室（兼用）	21.00㎡
相談室	1室	40.00㎡
会議室	1室	95.20㎡
更衣室	2室	14.60㎡

当事業所では、厚生労働省の定める指定基準を遵守し以上の施設・設備を設置しています。

5. サービス提供職員の設置状況(生活介護)

職 種	員数	常 勤		非常勤		常勤換算	備考
		専 従	兼 務	専 従	兼 務		
管理者	1	1				1	
サービス管理責任者	1	1				1	
医 師	1				1		嘱託
生活支援員	18	18				18	
看護師	1	1				1	
機能訓練指導員	1			1		1	
事務員	1	1				1	

当事業所では、厚生労働省の定める指定基準を遵守し指定障害者福祉サービスを提供する職員として、上記の職種の職員を配置しています。但し指定基準を下回ら

ない範囲で変動することがあります。

※常勤換算とは

職員それぞれの週あたりの勤務延べ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（例：週40時間）で除した数です。

（ア）各職種の勤務体系

職 種	勤務体系
管理者	正規の勤務時間帯 (08:30~17:15)
サービス管理責任者	正規の勤務時間帯 (08:30~17:15)
医 師	正規の勤務時間帯 月1回 (10:00~11:00)
看護師	正規の勤務時間帯 (08:30~17:15)
機能訓練士	正規の勤務時間帯 (08:30~17:15)
生活支援員	早2 (08:00~16:45)
	平 (08:30~17:15)
	平1 (09:45~18:30)
事務員	正規の勤務時間帯 (08:30~17:15)

6. サービスごとの営業日程

【生活介護】

営業日及び営業時間	営業日：月～金ただし、土・日・国民の休日・12月29日～1月3日を除く。 営業時間：8時30分～17時15分
サービス提供日及びサービス提供時間	営業日：月～金ただし、土・日・国民の休日・12月29日～1月3日を除く。尚、管理者が必要と認めた場合はその限りではない。 サービス提供時間：9時00分～16時00分
主たる対象者	(1) 知的障害者 (2) 精神障害者 (3) 身体障害者

7. サービス提供の内容

事業所は当法人の運営規定に基づき、利用者にサービスを提供します。

(1) 介護給付費・訓練等給付費対象サービス内容

相談及び援助	利用者及びその家族が希望する生活や利用者の心身の状況等を把握し、適切な相談、助言、援助等を行います。
訓 練	・生活能力向上のための食事や家族等の日常生活能力等を向上するための訓練をおこないます。 (日常生活訓練・社会適応訓練等) ・身体の機能、生活能力に維持・向上するための訓練を行います。また、基礎体力の向上や知識マナー等の習得の支援を行います。

排 泄	適切な排泄援助を行うと共に、自主排泄を目指した適切な支援を行います。
介 護	利用者の状況に応じて適切な技術をもって食事・整容・更衣・排泄等生活全般にわたる援助を行います。 ①着脱衣 必要に応じて介助、確認します。 ②整容 毎食後の歯磨き援助、介助、確認。洗面に援助、介助、確認等個性を尊重した適切な整容を援助します。 生活のリズムを整えるような支援をします。
健康管理	日常生活上必要なバイタルチェックや投薬、その他必要な管理、記録を行います。また医療機関との連絡調整及び協力医療機関を通じて健康保持のための適切な支援を行います。
創作的活動	利用者さんの興味や適性に合わせ、様々な活動（創作・遊び・趣味ドライブ等）の機会を提供します

(2) 介護給付対象外サービス内容

サービスの種類	サービスの内容	金 額
食事サービス (通所)	希望により食事の提供します。 ※低所得者の軽減措置が適用される方は食料費分のみの負担。 特別食（医師のアドバイスによる）	昼食 600円 (食材料費) 300円 ※特別食は実費
金銭管理等	利用者等の希望により通帳管理、小遣いを管理します。	1,500円（月額）
創作的活動・及びクラブ活動等	創作的活動及びクラブ活動を行う上でかかる費用で、負担して頂くことが適当であるものに関わる費用をいただきます。	実費
日常生活上必要となる諸経費	利用者の日常生活品の購入代金等や日常生活に要する費用で、負担して頂くことが適当であるものに関わる費用をいただきます。 ①日用品費 ②保健衛生費 ③教養娯楽費	実費
生産活動費	生産活動を行う上でかかる費用で、負担して頂くことが適当であるものに関わる費用を頂きます。	実費
社会生活上の便宜の供与等	日常生活に必要な行政機関等への手続き等について、利用者または家族が行うことが困難な場合、利用者の同意を得て代行します。	実費
光熱水費	使用量に関わらず、1日あたり（入所・短期入所）	324円
健康診断	希望により、必要な検診を実施します。	実費
被服費	利用者等の希望により。	実費
その他	必要に応じお互いが了解の下に請求します。	実費

<サービスの概要>

(1) 利用開始

全てのサービスは、「個別支援計画」に基づいて行われます。本事業所のサービス管理責任者が作成し、利用者（家族）の同意をいただきます。尚「個別支援計画」の写しは利用者に交付いたします。また、必要に応じて随時「個別支援計画」の見直しを行います。※個別支援計画については、日中一時支援は除く。

(2) サービスの中止

災害時等こちらの都合でサービスの提供を中止する場合があります。

- 自然災害等（台風、大雨、洪水等）○道路状況等（道路の破損、工事等）
- 感染症拡大等

(3) サービスの終了

○利用者の都合でサービスを終了する場合は、サービス終了を希望する日の1か月前までに事業所へ申出て下さい。

○当事業所の事情（人員不足、事業所閉鎖等）によりサービスの提供を終了させていただく場合があります。この場合、サービス終了日の1か月前までに、文書により通知します。

○次の場合は、自動的にサービスの終了となります。

- ア. 利用者が介護保険サービスに移行した場合
- イ. 利用者が死亡した場合

(4) 契約解除

1. 利用者からの解約等

①利用者は、本契約の有効期間中、本契約を解約する事が出来ます。この場合には、利用者は契約終了を希望する日の30日前までに事業者へ通知するものとします。

②利用者が、第1項の通知を行わずに事業者から退去した場合には、事業者が利用者の解約の意思を知った日をもって、本契約は解約されたものとします。

2. 利用者からの契約解除

利用者は、事業者もしくは従業者が以下の事項に該当する行為を行った場合には、ただちに本契約を解除する事が出来ます。

①事業者もしくは従業者が正当な理由なく本契約に定める障害者サービスを実施しない場合

②事業者もしくは従業者が故意又は過失により利用者の生命・身体・財物・信用を傷つけることなどによって、本契約を継続しがたい重大な事情が認められる場合

③他の利用者が利用者の生命・身体・財物・信用を傷つけた場合もしくは傷つける恐れがある場合において事業者が適切な対応を取らない場合

3. 事業者からの契約解除

事業者は利用者が以下の事項に該当する場合には、本契約を解除する事が出来ます。

①利用者に支払い能力があるにもかかわらず第5条に定めるサービス利用料金の支払が、3ヶ月以上遅滞し、相当期間を定めた催告にもかかわらず故意に支払わない場合

②利用者が、他の利用者の生命・身体・財物・信用を傷つけることなどによって、本契約を継続しがたい重大な事情を生じさせ、その状況の改善が見込めない場合

③利用者が、故意又は重大な過失により事業者もしくは従業者の生命・身体・財物信用を傷つけることなどによって、本契約を継続しがたい重大な事情を生じさせ、その状況の改善が見込めない場合

④利用者が連続して3ヶ月を超えて医療機関に入院すると確実に見込まれる場合又は現に連続して3ヶ月を超えて入院した場合

⑤事業者は、利用者の身元引受人ないしご家族、その他関係者が以下の事項に該当する場合には、本契約を解除する事が出来ます。

ア. 他の利用者の生命・身体・財物・信用を傷つけることなどによって、本契約を継続しがたい重大な事情を生じさせ、その状況の改善が見込めない場合

イ. 故意又は重大な過失により事業者もしくは従業者の生命・身体・財物・信用を傷つけることなどによって、本契約を継続しがたい重大な事情を生じさせ、その状況改善が見込めない場合

ウ. その他前各号に準ずるような故意に法令違反その他著しい常識を逸脱行為し、事業者の事前の申し入れにも関わらず改善の見込みがなく、本契約の目的を達する事が、著しく困難となった場合

8. 利用料金

(1) 介護給付費・訓練等給付費対象サービス内容の料金

介護給付費・訓練等給付費によるサービスを提供した際は、サービス利用料金(厚生労働大臣の定める基準により算出した額)のうち9割が介護給付費・訓練等給付費の給付対象となります。事業者が介護給付費・訓練等給付費の給付を市町村から直接受け取る(代理受領する)場合、利用者負担分として、サービス利用料金全体の1割の額を事業者にお支払いただきます。(定率負担または利用者負担額といいます)

なお、定率負担または利用者負担額の軽減等が適応される場合は、この限りではありません。障害福祉サービス受給者証をご確認ください。

(2) 介護給付費・訓練等給付費対象外サービス内容の料金

上記「7. サービス提供の内容(2) 介護給付費・訓練等給付費対象外サービス内容」の項目をご参照ください。

(3) 利用料金のお支払方法

前記(1)(2)の料金は1ヶ月ごとに計算し、ご請求します。翌月の17日までに以下の方法でお支払ください。

(ア) 金融機関口座からの口座振替

ご利用できる金融機関：県内すべての銀行及び郵便局(手数料はかかりません)

9. 利用者の記録及び情報の管理等

(1) 利用者へのサービス向上に関する事業所におけるサービス会議や他の事業所との連絡調整及び緊急時における病院等への連絡などにおいて情報が必要となる場合があるため、それらについては別紙個人情報使用同意書に基づき対応いたします。また、記録及び情報については契約の終了後5年間保管します。

※閲覧、複写ができる窓口業務時間は、09:00~17:00

- (2) 利用者個人情報については、個人情報保護法にそった対応をおこないます。
但し、市町村及び関係機関に情報提供を要請された場合は利用者の同意（「個人情報使用同意書」による）に基づき情報提供致します。
- (3) 利用者及びその法定代理人は、施設が保有する記録、情報の開示を請求することができる。ただし、開示に必要な費用は、申請する者の負担とする。
コピー（モノクロ）10円/枚 （カラー）20円/枚

10. 緊急時の対応

利用者の病状急変等の緊急時には、速やかに緊急連絡先や医療機関への連絡等を行います。かかりつけ医がない場合には施設で病院を選定し受診します。

利用者かかりつけ医療機関	医療機関名： 診 療 科： 主 治 医： 所 在 地： 電 話 番 号：
利用者かかりつけ医療機関	医療機関名： 診 療 科： 主 治 医： 所 在 地： 電 話 番 号：
緊 急 連 絡 先 ①	TEL: 氏名 続柄
緊 急 連 絡 先 ②	TEL: 氏名 続柄
緊 急 連 絡 先 ③	TEL: 氏名 続柄

11. 事故発生時の対応

事業者は、事故が発生した場合は、県、市町村及び利用者の家族等に連絡を行うとともに必要な措置を講じ、事故の状況及び事故に際して取った処理について記録するものとします。

また、万一の事故に備え、下記の傷害保険に加入するのとし、賠償すべき事故が発生した場合は、損害賠償を適切かつ遅滞なく行うものとします。

ただし、利用者の故意又は過失等が認められる場合はこの限りではありません。

(1) 損害保険会社名 あいおいニッセイ同和損保保険株式会社

(2) 損害保険の種類 介護保険・社会福祉事業者総合保険

(3) 損害保険の内容

①対人賠償保険金 1名あたり (300,000,000円)

②保険期間中最大 (2,000,000,000円)

12. ハラスメント等

1 事業者は、緑和会カスタマーハラスメント指針に基づき、利用者に対してサービスの提供をいたします。

2 利用者・家族等による職員または法人に対する以下のような ハラスメント行為は禁止します。また、ハラスメント行為が確認された場合は、サービスを直ちに中止することができます。

(1) 身体的暴力：身体的な力を使って危害を及ぼす行為・職員が回避したため危害を免れたケースを含む。

例：殴る、蹴る、叩く、物を振り回す、コップを投げつける、塩をつかんで投げつける等。接触がなくても殴りかかろうとすること、椅子や棒を振り回すような危険行為を含む。

(2) 精神的暴力

ア. 暴言型

個人の尊厳や人格を言葉や態度によって傷つけたりおとしめたりする行為。

例：大きな怒鳴り声をあげる、侮辱的発言（バカ、アホ等）、外見の揶揄（デブ、ハゲ、ブス等）、名誉毀損や人格否定、執拗な叱責、気に入っている職員以外に批判的な言動をする、威圧的な態度で文句を言い続ける等。

イ. 威嚇・脅迫型

職員に危害を加えることを予告して怖がらせること。

例：「殺すぞ」「頭かち割ったるか」等の直接的な暴力を予告する発言、「どうなるかわかってるやろな」「俺のバックには〇〇（反社会的勢力と思しき名称の組織等）がおる」等の暗に危害をほのめかす発言、異常に接近しながら怖がらせる行為、刃物を胸元からちらつかせる行為等。

(3) セクシュアルハラスメント

意に沿わない性的誘い掛け、好意的態度の要求等、性的ないやがらせ行為。

例：必要もなく手や腕をさわる、抱きしめる、ヌード写真を見せる、入浴介助中あからさまに性的な話をする、卑猥な言動を繰り返す、サービス提供に無関係に下半身を丸出しにして見せる、活動中のホームヘルパーのジャージに手を入れる、好意的態度を要求する等。

(4) 法人の名誉を傷つけ、業務を妨害する行為

例：SNS等の手段を用いて、特定の職員や法人の悪口を書き込む行為、法人が設定している施設運用のルールに応じず、法人に対して法律や契約の範囲を超えて無理なサービスの提供を求める、無理な主張すること及び過剰なクレームをするなどして法人への対応を迫る、その他手段の如何を問わず、法人のサービス提供を含めた業務を妨げる行為。

1.3. 要望・苦情等申立先及び虐待防止に関する

(1) 要望・苦情等申立先

当事業所 ご利用相談窓口	・窓口担当者 山田 大樹 ・解決責任者 伊禮 司 ・ご利用時間 09:00～17:00 (土・日・祝祭日・年末年始を除く) ・電話番号 098-972-4313 ・FAX 098-972-6029 ・担当者が不在の場合は、事業所事務所までお申し出ください。	
	真壁 弘	介護福祉士
緑和会 第三者委員	比嘉 智子	社会福祉士・精神保健福祉士

うるま市役所 障がい福祉課	・所在地：うるま市みどり町1丁目1番1号 ・TEL：098-973-5452 ・FAX：098-973-5103
沖縄市役所 障がい福祉課	・所在地：沖縄市仲宗根町26番1号 ・TEL：098-939-7894 ・FAX：098-939-7739
嘉手納町役場 福祉課	・所在地：嘉手納町字嘉手納588番地 ・TEL：098-956-1111 ・FAX：098-956-8094
読谷村役場 福祉課	・所在地：読谷村字座喜味2901番地 ・TEL：098-982-9209 ・FAX：098-958-3677
北中城村役場 福祉課	・所在地：北中城村字喜舎場426番地2 ・TEL：098-935- 2233 ・FAX：098-982-0345
沖縄県運営適正委員会	・所在地：那覇市首里石嶺町4丁目373番1号 ・TEL：098-882-5704 ・FAX：098-882-5714

(2) 虐待防止に関する相談窓口

虐待防止に関する相談窓口	<ul style="list-style-type: none"> ・窓口担当者 山田 大樹 ・解決責任者 伊禮 司 ・ご利用時間 09:00～17:00 ・電話番号 098-972-4313 ・FAX 098-972-6029
--------------	--

14. 協力医療機関

医療機関の名称	・医療法人 海秀会 うえむら病院		
医 院 長 名	・上村 哲		
所 在 地	・沖縄県中頭郡中城村字南上原803-3		
電 話 番 号	・098-895-3535		
診 療 科	・産科・婦人科・小児科	入院設備	有り
医療機関の名称	・医療法人 灯信会 石川医院		
医 院 長 名	・石川 隆夫		
所 在 地	・沖縄県うるま市石川2-21-5		
電 話 番 号	・098-964-3049		
診 療 科	・内科・小児科	入院設備	無し

15. 非常災害時の対策

非常時の対応	別途に定める、消防計画により対応いたします。			
平時の訓練	・別途に定める、消防計画書に則り、年6回、避難・防災訓練を利用者の方も参加して実施します。			
	・自動火災報知機	有	・誘導灯	有
	・ガス漏れ報知器	無	・非常通報装置	有

防災設備	・スプリンクラー 無 ・カーテン等は防災性能のある物を使用しています。 (その他、拡声器・携帯ラジオ・ロープ・懐中電灯等)
消防計画	消防署への届出日：令和3年5月 防火管理者：伊禮 司
保険加入	事故・火災に備えて、損害賠償保険に加入しています。 加入保険会社名：あいおいニッセイ同和担保保険株式会社 加入保険内容：介護保険・社会福祉事業者総合保険

16. 当事業所へのご利用の際に留意いただく事項

設備・器具の利用	事業所内の設備・器具は本来の用法にしたがってご利用ください。これらに反したご利用により破損が生じた場合、賠償していただくことがあります。
禁 煙	施設内での喫煙は禁止します。屋外の決められた場所でマナーを守って喫煙下さい。
飲 酒	法人敷地内での飲酒は原則として禁止です。事故等未然に防止したいのでご遠慮下さい。
貴重品の管理	貴重品は、事業所が依頼を受けて管理します。自己管理をする方については、個人の責任で管理し、紛失等の場合事業所で責任を負いかねます。金銭を自己管理できない利用者につきましては、預かり金管理サービス等をご利用ください。
宗教活動・政治活動・営利活動	利用者の思想、信仰は自由ですが、他の利用者に対する宗教活動、政治活動及び営利活動はご遠慮下さい。
損害保険の加入	損害保険について、自己負担で加入をお願いします。
来訪・面会	・平日の月～金（祝日を除く）の午前9時～午後5時までに ご連絡ください。 ・面会時間：午前09時30分から午前11時30分 午後01時30分から午後04時30分までにご利用 します。（それ以外は事前に相談してください） ・施設内に入る際には必ず面会簿にご記入ください。 ・施設内に入る前に体調確認（風邪症状の確認・検温）を行います。 ・感染症対策（マスク着用・手指消毒）にご協力ください。 ・一度に面会できる人数は3名まで。 ・面会は15分以内とします。
嘱託医以外の医療機関への受診	より専門科への受診が必要と判断され、受診が継続的になる場合や、遠方への受診等はお家族により対応して頂く場合があります。

動物飼育	施設内外へのペットの持ち込み、及び飼育についてはご遠慮ください。
防犯対策への協力	①不審者から利用者を守るため、サービス提供中は、中から施錠させていただきます。 ②事業所へのお迎えは、事業所の外でお願いします。 ③事業所へご用の際には、入り口に設置してありますインターホンでお知らせください。 ④防犯カメラシステムを設置しております。
感染症対策への協力 (通所生活介護)	新型コロナウイルスやインフルエンザやその他感染症への感染が確認された場合は、解熱から2日間は、サービスの利用はできません。また、発熱や咽頭痛、咳等の風邪症状やその他の体調不良時はサービス利用をお控えください。
事業所及び法人 施設内での撮影 について	利用者や職員のプライバシー及び、施設内における個人情報保護のため、無断でのカメラ・デジタルカメラ・スマートフォン・ドローン、その他撮影機能を持ったあらゆる機器での無断撮影及び録音を禁止します。あわせてブログ・X・ライン・インスタグラム・フェイスブックなどのSNSへの投稿や共有、その他インターネットを用いた画像の使用、また、撮影物を第三者へ譲渡する行為は禁止とさせていただきます。

17. 虐待の防止について

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) 虐待防止責任者を選定しています。

虐待防止に関する責任者	施設長 伊禮 司
-------------	----------

(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) 職員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ます。

(5) 虐待防止委員会を設置し、虐待の未然防止や虐待事案発生時の検証、再発防止策の検討などを行います。

18. 身体拘束の適正化について

身体拘束の適正化を図るために、下記の対策を講じます。

(1) 身体拘束の適正化を図るために、下記の対策を講じます。

(2) 身体拘束の適正化のための指針を検討する委員会を設置します。

(3) 職員に対する身体拘束の適正化のための研修を実施します。

19. 業務継続計画の策定等について

(1) 感染症や非常災害の発生した場合において、利用者へのサービス提供の継続及び業務の早期再開に向けて業務継続計画（BCP）を策定します。

(2) 従業者に対しBCPについて周知と。必要な研修や訓練を定期的実施します。

(3) 定期的BCPを見直し、必要に応じて変更します。

20. 感染症及び食中毒対策について

(1) 感染症及び食中毒の予防及びまん延の防止のための対策委員会の定期的
に開催しその結果について従業者への周知します。

また、業務の早期再開に向けて業務継続計画（BCP）を策定します。

(2) 施設における感染症及び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) 感染症及び食中毒の予防及びまん延防止のための研修並びに訓練を
定期的実施します。

令和 年 月 日

指定障害者支援施設の利用開始に際し、本書面に基づき重要事項の説明を行いました。

法人名：社会福祉法人 緑和会
施設名：障害者支援施設 緑の里
説明者名：

私は、本書面に基づいて事業者から指定障害者支援施設の利用について重要事項の説明を受け、同意しました。

令和 年 月 日

利用者 住所

氏名 印

利用者は、身体状況等により署名ができないため、利用者本人の意思を確認のうえ、私が利用者に代わってその署名を代筆しました。

署名代理者

住所

氏名 印

続柄（利用者との関係）

個人情報使用同意書

私自身及び家族の個人情報については、サービス計画に沿って円滑にサービスを
提供する為に実施される事業所内におけるサービス会議、他の事業所と私の
利用するサービスに係る連絡調整において必要な場合、緊急時における病院等に
おける病院等への情報提供等、必要最小限の範囲において個人情報を使用するこ
とに同意します。

社会福祉法人 緑和会

障害者支援施設 緑の里

施設長 伊禮 司

令和 年 月 日

利用者住所 _____

氏名 _____ 印

署名代理人住所 _____

氏名 _____ 印

続柄 _____