

重要事項説明書（介護老人福祉施設）

<令和6年8月1日現在>

1 施設経営法人

法人の名称	社会福祉法人 美楽会
代表者名	理事長 井 筒 岳
所在地 電話番号	岩手県奥州市水沢羽田町字水無沢506番6 0197-51-3111
設立年月日	平成11年7月8日

2 事業所の概要

事業所名	特別養護老人ホーム いこいの森
所在地 電話番号	岩手県奥州市水沢羽田町字水無沢497番1 0197-51-1155
介護保険事業所番号	0370400483
管理者	施設長 佐藤 英樹

3 事業の目的及び運営の方針

事業の目的	入居者がその有する能力に応じ可能な限り自立した日常生活を営むことができるよう介護等適切なサービスを提供することを目的とします。
運営の方針	指定介護老人福祉施設の人員、設備及び運営に関する基準に沿って運営することを基本とし、施設サービス計画に基づき、入浴、排泄、食事等の介護、健康管理及び療養その他日常生活上の支援を行います。また、入居者の意思及び人格を尊重し、入居者の立場に立ってサービスを提供するよう努めます。

4 事業所の職員体制等

職 種	従事するサービスの種類、業務	人 員	勤務体制	
			昼	夜
管理者	職員・業務その他の管理	1名（短期兼務）	○	
医 師	健康管理・療養上の指導	1名以上（嘱託）	週1回を 基本に月4回	
事務職員	庶務及び会計事務等	4名（短期兼務）	○	当直1名
生活相談員	諸相談、企画立案・実施	1名（短期兼務）	○	
介護支援専門員	施設サービス計画等介護支援業務	1名	○	
介護職員	生活全般の介護・支援	40名以上	1ユニットに 1名以上	朝夕1ユニットに1名 深夜2ユニットに1名
看護職員	保健衛生・看護業務	3名以上（短期兼務）	7:00～17:15 の間で時間差 勤務	オンコール 対応
機能訓練指導員	機能の改善、維持のための訓練	1名（短期兼務）	○	
管理栄養士	栄養指導・給食管理	1名（短期兼務）	○	

※勤務体制の○は日勤（8:30～17:15、出勤日は勤務表による）

## 5 施設の概要

区分	数量・規模	備考
入居定員	83名	ユニット数：10 (1ユニット8～9名)
居室	個室 83室 (1室約15㎡)	ベッド、収納棚、洗面台、冷暖房
食堂(リビング)	各ユニットに1室	
浴室(各階)	一般浴、リフト浴、特殊浴、個浴	2ユニットに1箇所個浴
トイレ	2ユニットに5箇所	
その他	医務室、面接相談室、地域交流室、喫茶コーナー	

## 6 サービス内容

項目	内容
食事	朝食7:30～ 昼食12:00～ 夕食18:00～ (概ね1～2時間)
介護	食事介助、排泄介助、入浴介助、着替え介助、体位交換、シーツ交換、施設内移動の付き添い等
入浴	最低週2回の入浴が可能です。ただし身体の状態に応じ清拭となる場合があります。
機能訓練	個別に機能訓練計画を作成し、日常生活の中で機能訓練を行います。
生活相談	生活相談員に介護以外の日常生活に関することも含め相談できます。
健康管理	週1回を原則として月4回嘱託医による診察や健康相談を受けることができます。年間1回の健康診断を行います。
理容・美容	定期的に理容美容サービスを実施しています。
レクリエーション	入居者の状況に応じて企画します。
行政手続き代行	行政手続きの代行を施設にて受け付けます。ただし、手続きに経費が伴う場合、その都度お支払いいただきます。
預り金	施設利用料以外の日常生活に係る費用等の支払い代金を施設に依頼することができます。サービスの利用に際しては別途「預かり金依頼書」の提出が必要となり、また、管理については預り金管理規程に基づいて行います。

## 7 利用料等

### (1) 介護報酬に係る負担金

単位：円

区分	サービス内容略称	金額(円)			内容の説明
		1割	2割	3割	
1) 施設 サービス 費	要介護1	670	1,340	2,010	
	要介護2	740	1,480	2,220	
	要介護3	815	1,630	2,445	
	要介護4	886	1,772	2,658	
	要介護5	955	1,910	2,865	
2) 加算	日常生活継続支援 加算Ⅱ	46	92	138	入居者6人に対して介護福祉士を1名以上配置している場合。かつ、新規入居者の総数のうち、要介護4又は要介護5の者が占める割合が70%以上、または認知症日常生活自立度Ⅲ以上の占める割合が65%以上、または入居者のうち胃ろう・吸引等の行為を必要とする者の占める割合が15%以上である場合。

区分	サービス内容略称	金額 (円)			内容の説明
		1割	2割	3割	
2) 加算	看護体制加算(I)ロ	4	8	12	常勤の看護師を1名以上配置している場合。
	看護体制加算(II)ロ	8	16	24	入居者25名に対して1名以上の看護職員を配置している場合。かつ、最低基準を1名以上上回って看護職員を配置している場合。かつ、当施設の看護職員による24時間の連絡体制を確保している場合。
	夜勤職員配置加算(IV)ロ	21	42	63	夜勤職員の数が最低基準を1名以上上回っている場合。かつ、夜勤時間帯を通じて看護職員を配置している場合、または喀痰吸引等の実施ができる介護職員を配置している場合。
	生活機能向上連携加算II	100	200	300	訪問リハ若しくは通所リハ又はリハビリを実施している医療提供施設の理学療法士等が施設を訪問し、施設職員と共同で個別の機能訓練計画を作成し、その計画に基づいて計画的に機能訓練を行っている場合。(月1回)
	個別機能訓練加算I	12	24	36	機能訓練指導員の職務に従事する常勤・専任の職員を1名以上配置し、かつ、各職種と連携しながら入居者ごとに個別機能訓練計画を作成し、計画に基づいて計画的に機能訓練を行っている場合。
	個別機能訓練加算II	20	40	60	個別機能訓練加算Iを算定し、かつ、個別機能訓練計画の内容等の情報を厚労省に提出し、機能訓練の実施に当たって、当該情報その他の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ている場合。(月1回)
	ADL維持等加算I	30	60	90	ADL(日常生活動作)の状況を定期的に評価し、その評価結果を厚労省に提出。ADLの維持または改善の度合いが一定の水準を超えた場合。(月1回)
	ADL維持等加算II	60	120	180	ADL維持等加算Iよりも高い水準でADLの改善が見られた場合。(月1回)
	外泊時費用	246	492	738	病院等へ入院した場合及び居宅等における外泊を認めた場合。(月6日を限度)
	外泊時在宅サービス利用費用	560	1,120	1,680	入居者に対して居宅における外泊を認め、当該入居者が介護老人福祉施設により提供される在宅サービスを利用した場合。(月6日を限度)
	初期加算	30	60	90	入居日から30日以内の期間。30日を超える入院後の再入居も同様。
	退所時栄養情報連携加算	70	140	210	特別食または低栄養状態の入居者の退居に際し、退居先の医療機関等に栄養管理に関する情報を提供した場合。(月1回に限る)
	再入所時栄養連携加算	200	400	600	特別食等の入居者が医療機関から再入所する際、医療機関の管理栄養士と連携し、栄養ケア計画を作成し、施設へ再入居した場合。(1回に限る)
	退所前訪問相談援助加算	460	920	1,380	退居に先立ち、退居後に生活する居宅を訪問し、退居後の相談援助を行った場合。(入居中1回を限度)
	退所後訪問相談援助加算	460	920	1,380	退居後30日以内に退居者の居宅を訪問し、相談援助を行った場合。(退居後1回を限度)
	退所時相談援助加算	400	800	1,200	入居者及びその家族に対して退居後の相談に援助を行い、かつ、退居後2週間以内に退居後の市町村及び老人介護支援センターに対して必要な情報を提供した場合。(1回に限る)
	退所前連携加算	500	1,000	1,500	居宅介護支援事業所と退居前から連携し、情報提供とサービス調整を行った場合。(1回に限る)
退所時情報提供加算	250	500	750	医療機関へ退居する入居者について、心身の状況や生活歴等の情報を提供した場合。(1回に限る)	

区分	サービス内容略称	金額			内容の説明	
		1割	2割	3割		
2) 加算	協力医療機関連携加算(1) (令和7年3月31日まで)	100	200	300	相談・診療を行う体制を常時確保している協力医療機関と連携している場合。(月1回)	
	協力医療機関連携加算(1) (令和7年4月1日から)	50	100	150	相談・診療を行う体制を常時確保している協力医療機関と連携している場合。(月1回)	
	協力医療機関連携加算(2)	5	10	15	上記以外の協力医療機関と連携している場合。(月1回)	
	経口移行加算	28	56	84	経管により栄養摂取される入居者について、経口摂取を進めるための計画を作成し、医師の指示に基づく栄養管理を実施した場合(計画作成から180日を限度)	
	経口維持加算(I)	400	800	1,200	摂食障害があり誤嚥が認められる入居者に対して経口摂取を継続維持するための計画を作成し、食事の観察や多職種による会議等を行っている場合。(月1回)	
	経口維持加算(II)	100	200	300	経口維持加算(I)を算定し、経口摂取を継続維持するための食事の観察や会議に医師、歯科医師、歯科衛生士又は言語聴覚士等が参加した場合。(月1回)	
	療養食加算	6	12	18	医師の指示箋に基づく療養食を提供した場合。(1日3回を限度)	
	特別通院送迎加算	594	1,188	1,782	透析を要する入居者に月12回以上送迎を行った場合。(月1回)	
	配置医師緊急時対応加算(1)	325	650	975	あらかじめ配置医師と施設の間で緊急時の注意事項や病状についての情報共有の方法等具体的な取り決めがなされている場合。かつ、配置医師と協力病院の医師が連携し、施設の求めに応じ24時間対応できる体制を確保している場合で、配置医師が施設の求めに応じ早朝・夜間又は深夜に施設を訪問し、入居者の診療を行った場合。	配置医師の勤務時間外の場合
	配置医師緊急時対応加算(2)	650	1,300	1,950		早朝・夜間の場合
	配置医師緊急時対応加算(3)	1,300	2,600	3,900		深夜の場合
	看取り介護加算(I)1	72	144	216	看取り介護加算に係る施設基準を満たした場合。 <施設基準> ・常勤看護師1名以上配置し、医療食と24時間連絡できる体制を確保 ・入居時に入居者・家族に看取り介護の指針内容を説明、同意を得る ・多職種との協議の上、適宜看取りに関する指針の見直しを行う ・看取りに関する職員研修を行う等	死亡日の 45日前～ 31日前
	看取り介護加算(I)2	144	288	432		死亡日の 4日前～ 30日前
	看取り介護加算(I)3	680	1,360	2,040		死亡日の 前日・前々日
	看取り介護加算(I)4	1,280	2,560	3,840		死亡日
	看取り介護加算(II)1	72	144	216	入居者に対する緊急時の注意事項や病状等について情報共有の方法等具体的な取り決めがなされている場合、かつ、配置医師と協力病院の医師が連携し、施設の求めに応じ24時間対応できる体制を確保している場合で、配置医師が施設の求めに応じ24時間対応できる体制を確保している場合。 また、看護体制加算(II)を算定し、届出を行っているなどの医療体制を整備し、実際に施設内で看取った場合。	死亡日の 45日前～ 31日前
	看取り介護加算(II)1	144	288	432		死亡日の 4日～30日
	看取り介護加算(II)2	780	1,560	2,340		死亡日の 前日・前々日
	看取り介護加算(II)3	1,580	3,160	4,740		死亡日

区分	サービス内容略称	金額			内容の説明
		1割	2割	3割	
2) 加算	在宅復帰支援機能加算	10	20	30	在宅へ退居するにあたり、入居者、家族に対して、入居者が希望する居宅介護支援事業所へ必要な情報の提供、退居後の居宅サービスの利用に関する調整を行うなどの支援を行う場合。
	在宅・入所相互利用加算	40	80	120	複数の方で在宅と入居期間（3カ月を限度）を定めて居室を相互に利用する場合。
	若年性認知症入所者受入加算	120	240	360	初老期における認知症によって要介護者となった入居者を受け入れた場合。
	認知症チームケア推進加算（Ⅱ）	120	240	360	認知症介護に係る専門的な研修修了者1名以上配置し、認知症の行動・心理症状に対応するチームを組み、カンファレンス等を行っている。（月1回）
	認知症行動・心理症状緊急対応加算	200	400	600	認知症の行動・心理症状により緊急入所が適当と医師が判断した場合に7日間を限度として算定する。
	褥瘡マネジメント加算Ⅰ	3	6	9	入居者ごとの褥瘡の発生に係るリスクを施設入居時に評価するとともに、3月に1回評価し、その結果を厚労省に提出、褥瘡管理の実施に当たり、その当該情報その他褥瘡管理の適切かつ有効な実施のために必要な情報を活用する。また、評価の結果褥瘡リスクがあるとされた入居者に対し、関連職種の方が共同して褥瘡ケア計画を作成し、その計画に基づき褥瘡管理を実施し、少なくとも3月に1回褥瘡ケア計画を見直している場合。（月1回）
	褥瘡マネジメント加算Ⅱ	13	26	39	褥瘡マネジメント加算Ⅰの要件を満たし、かつ、施設入居時の評価の結果、褥瘡の認められた入居者について褥瘡が治癒したこと、または褥瘡が発生するリスクがあるとされた入居者について褥瘡の発生がないこと。
	褥瘡マネジメント加算Ⅲ	10	20	30	入居者ごとの褥瘡の発生に係るリスクを施設入居時に評価するとともに、3月に1回評価している場合。また、評価の結果褥瘡リスクがあるとされた入居者に対し、関連職種の方が共同して褥瘡ケア計画を作成し、その計画に基づき褥瘡管理を実施し、少なくとも3月に1回褥瘡ケア計画を見直している場合。（3月に1回を限度）
	科学的介護推進体制加算Ⅰ	40	80	120	入居者ごとのADL値、栄養状態、口腔機能、認知症の状況や心身の状況等に係る基本的な情報を厚労省に提出。また必要に応じて施設サービス計画を見直すなど、サービス提供に当たり、提出した情報その他適切かつ有効に行うために必要な情報を活用している場合。（月1回）
	科学的介護推進体制加算Ⅱ	50	100	150	科学的介護推進体制加算Ⅰの要件に加え、疾病の状況を厚労省に提出している場合。（月1回）
	安全対策体制加算	20	40	60	外部の研修を受けた担当者が配置され、施設内に安全対策部門を設置し、組織的に安全対策を実施する体制が整備されている場合。（入居時に1回）
	高齢者施設等感染対策向上加算（Ⅰ）	10	20	30	感染者の対応を行う医療機関と連携体制を構築。院内感染対策に関する研修訓練に年1回以上参加。（月1回）
	高齢者施設等感染対策向上加算（Ⅱ）	5	10	15	感染対策に係る一定の要件を満たす医療機関から、感染制御等の実地指導を3年に1回以上受ける。（月1回）
	新興感染症等施設内療養費	240	480	720	別に定める感染症に感染した場合に診療等対応する医療機関を確保し、適切な感染対策のもとサービスを提供した場合。（月1回5日を限度）

区分	サービス内容略称	金額			内容の説明
		1割	2割	3割	
2) 加算	生産性向上推進体制加算(Ⅱ)	10	20	30	生産性ガイドラインに基づいた改善活動を継続的に行っている場合。(月1回)
	サービス提供体制強化加算Ⅰ	22	44	66	介護職員の総数に占める介護福祉士の割合が80%以上であるか、若しくは勤続10年以上の介護福祉士が35%以上である場合で、かつ、サービスの質の向上に資する取り組みを実施している場合。 日常生活継続支援加算を算定する場合、算定しない。
	サービス提供体制強化加算Ⅱ	18	36	54	介護職員の総数に占める介護福祉士の割合が60%以上配である場合。 日常生活継続支援加算を算定する場合、算定しない。
	サービス提供体制強化加算Ⅲ	6	12	18	介護職員の総数に占める介護福祉士の割合が50%以上であるか、若しくは看護・介護職員のうち常勤職員が75%以上である、またはサービスを直接提供職員のうち勤続年数7年以上の者を30%配置している場合。 日常生活継続支援加算を算定する場合、算定しない。
	介護職員等処遇改善加算(Ⅰ)	所定単位数に14%を乗じた金額			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の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介護老人福祉施設が、入居者に対し、指定介護福祉施設サービスを行った場合に算定。 ※(施設サービス費+加算)×ひと月の入居日数×0.14で算出された数値を四捨五入したものがこの加算の単位となります。

※加算の詳細については法令等に基づきます。

## (2) 利用料

### ア 運営基準(厚生省令)で定められた「その他の費用」

区分	金額・内容説明
居住費	1日あたり 2,066円 (負担限度額認定証を提示した場合、その限度額が1日あたりの上限) ただし、6日を超えた外泊、入院期間中については、その限度額に関わらず2,066円負担して頂きます。
食費	1日あたり 1,445円 (負担限度額認定証を提示した場合、その限度額が1日あたりの上限)
理美容代	実費
預り金管理料	1日あたり 50円
電気料	1日あたり テレビ、電気毛布、加湿器 30円 ラジオ、CDラジカセ 10円
コピー代	1枚10円 (用紙の大きさを問わず)
行事費	実費
クラブ活動材料費	実費
クリーニング代	実費(施設での洗濯に適さないもの)

※その他医療費、予防接種費用等は別途かかります。

日用品(ティッシュ、歯ブラシ、化粧品など)は持ち込みとなります。

## イ その他の費用

区 分	金額・内容説明
家族室代	1泊1室 1,000円
付添寝具代	1泊1人 1,000円
付添食代	朝食 455円 昼食 495円 夕食 495円
送迎代	片道 1,840円 (送迎の範囲は奥州市及び金ヶ崎町内とする。入居者及び家族等の希望による外泊及び外出時の送迎とし、病院受診を除く。)

### (3) 支払い方法

当月の利用料金は翌月10日過ぎに請求書を発行いたしますので、その月の末日までに窓口又は銀行振込、口座振替でお支払い願います。なお、手数料は利用者負担となります。

## 8 サービス利用にあたっての留意事項

項 目	内 容
面会時間	午前7時から午後8時まで（土日・祝日も同様） 面会の際には、事務所窓口にて面会カードのご記入をお願いいたします。
金銭貴重品の管理	原則として貴重品の持ち込みはお断りします。万一、金銭等（小銭も含む）を入居者ご自身でお持ちになる場合は鍵付きの引き出しに保管するなど、盗難や紛失に十分お気をつけ願います。なお、この場合、盗難や紛失が発生した場合でも当施設ではその責任を一切負いません。
外出・外泊	事前に届出用紙にご記入の上お申し出ください。
飲酒・喫煙	飲酒は他の人の迷惑にならない程度で、喫煙は指定の場所で行います。
宗教活動	信仰の自由を妨げるものではありませんが、騒音等で他の入居者にならない範囲とさせていただきます。
ペット	ペットの持ち込みは原則としてお断りします。
ハラスメント	入居者・家族等からの以下のハラスメントが認められた場合、契約解除となることがあります。 ①身体的暴力（回避したため危害を免れたケースを含む） ②精神的暴力（個人の尊厳や人格を言葉や態度によって傷つけ貶めたりする行為） ③セクシャルハラスメント（意に沿わない性的誘いかけ、好意的態度の要求等、性的ないやがらせ行為） ただし、以下の言動はハラスメントとはいたしません。 ・認知症等の病気又は障害の症状として現れた言動（BPSD等）

## 9 緊急時等の対応方法

入居者に容体の変化があった場合には、協力病院の医師に連絡を取る等必要な措置を講ずるほか、ご家族に速やかに連絡致します。

## 10 協力病院

病院名	所在地・連絡先
井筒 医 院	岩手県奥州市水沢羽田町久保5番地 0197-23-2971
美山 病 院	岩手県奥州市水沢羽田町字水無沢495番地2 0197-24-2141
美希 病 院	岩手県奥州市前沢古城字丑沢上野100番地 0197-56-6111
ちば歯科医院	岩手県奥州市水沢字桜屋敷420 0197-23-2974

### 1.1 入院期間中の居室の利用

入居者の長期入院中の居室について、短期入所生活介護等に利用する場合があります。その場合には、事前に入居者又は代理人にその旨を通知するものとし、その期間の居住費の徴収はしないものとします。

### 1.2 事故発生時の対応

サービス提供により事故が発生した場合には、速やかに代理人、市町村等に連絡を行うとともに必要な措置を講じます。

また、サービス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。ただし、施設の責に帰さない事由による場合はこの限りではありません。

### 1.3 非常災害対策

当施設では次のような防災設備を備えています。また、防災訓練を実施しています。

- ・ 防災設備 屋内消火栓、スプリンクラー、自動火災報知機、非常通報装置、避難滑り台、非常電源設備、消火器、消防署への火災自動通報装置ほか
- ・ 防災訓練 年2回

### 1.4 相談窓口・苦情対応

○サービスに関する相談や苦情については、次の窓口で対応致します。

いこいの森 苦情解決委員	受付担当	電話番号	0197-51-1155
		FAX 番号	0197-51-1251
	担当者	介護支援専門員 千田 恵 佐藤 歩	
	対応時間	8:30~17:15 (月~金)	
第三者 委員	及川信勝	住所 奥州市水沢羽田町字下屋敷 13-2 電話 0197-24-1244	
	古玉 格	住所 奥州市水沢羽田町和田 123 電話 0197-23-3691	
	千葉 新一	住所 奥州市水沢羽田町字洗田 369-20 電話 0197-25-8029	

○次の機関においても、苦情申出ができます。

<input type="checkbox"/>	奥州市 長寿社会課	所在地 岩手県奥州市水沢大手町一丁目1番地 電話番号 0197-24-2111
<input type="checkbox"/>	金ヶ崎町 保健福祉センター	所在地 岩手県胆沢郡金ヶ崎町西根鍬水98番地 電話番号 0197-44-4560
<input type="checkbox"/>	北上市 長寿介護課	所在地 岩手県北上市芳町1-1 電話番号 0197-64-2111
<input type="checkbox"/>	一関市 長寿社会課	所在地 岩手県一関市竹山町7-2 電話番号 0191-21-8370
<input checked="" type="checkbox"/>	岩手県国民健康保険団 体連合会	所在地 岩手県盛岡市大沢川原三丁目7番30号 電話番号 019-604-6700
<input checked="" type="checkbox"/>	岩手県福祉サービス運 営適正化委員会	所在地 岩手県盛岡市三本柳8地割1-3 電話番号 019-637-8871
<input type="checkbox"/>		所在地 電話番号



## 15 第三者評価の実施について

当施設では第三者評価は受審していません。

### 【緊急連絡先】

第1連絡先	氏名 (続柄 ) 住所 〒 電話番号 (自宅) (携帯) (職場) (会社名 )
第2連絡先	氏名 (続柄 ) 住所 〒 電話番号 (自宅) (携帯) (職場) (会社名 )
第3連絡先	氏名 (続柄 ) 住所 〒 電話番号 (自宅) (携帯) (職場) (会社名 )

### 【説明確認欄】

令和 6年 月 日

介護老人福祉施設をご利用にあたり、入居者に対して契約書及び本書面に基づいて重要な事項を説明しました。

事業者 特別養護老人ホーム いこいの森  
説明者 職名 施設長  
氏名 佐藤 英樹 印

私は、契約書及び本書面により、事業者から介護老人福祉施設について重要事項の説明を受け、サービス提供の開始について同意します。

入居者 住所  
氏名 印  
代理人 住所  
氏名 印  
入居者との続柄 ( )

(本人、代理人用)

## 個人情報の使用に係る同意書

以下に定める条件のとおり、私（ ）及び代理人（ ）は、社会福祉法人美楽会が、私及び代理人、家族の個人情報を下記の利用目的の必要最低限の範囲内で使用、提供、又は収集することに同意します。

### 1. 利用期間

介護サービス提供に必要な期間及び契約期間に準じます。

### 2. 利用目的

- (1) 介護保険における介護認定の申請及び更新、変更のため
- (2) 入居者に関わる介護計画（ケアプラン）を立案し、円滑にサービスが提供されるために実施するサービス担当者会議での情報提供のため
- (3) 医療機関（入院、受診時の情報提供）、福祉事業者、介護支援専門員、介護サービス事業者、自治体（保険者）、その他社会福祉団体等との連絡調整のため
- (4) 入居者が、医療サービスの利用を希望している場合及び主治医等の意見を求める必要のある場合
- (5) 入居者の利用する介護事業所内のカンファレンスのため
- (6) 行政の開催する評価会議、サービス担当者会議
- (7) その他サービス提供で必要な場合
- (8) 上記各号に関わらず、緊急を要する時の連絡等の場合

### 3. 使用条件

個人情報の提供は必要最低限とし、サービス提供に関わる目的以外決して利用しません。また、入居者とのサービス利用に関わる契約の締結前からサービス終了後においても、第三者に漏らしません。

令和 年 月 日

入居者 住所.....

氏名..... 印.....

代理人 住所.....

氏名..... 印.....

入居者との続柄（.....）