

# 社会福祉法人 十字の園

## 伊豆高原十字の園デイサービスセンター

### 「日常生活支援総合事業通所介護」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。

( 静岡県指定 第 2270400068 号 )

当事業所はご利用者に対して、日常生活支援総合事業通所介護サービスを提供します。事業所の概要や提供されるサービスの内容、契約上ご注意くださいことを次の通り説明いたします。

※ 当サービスの利用は、原則として要介護認定の結果「要支援」と……認定された方が対象となります。要支援認定をまだ受けていない方でもサービスの利用は可能です。

#### ◆◆ 目 次 ◆◆

1	日常生活支援総合事業通所介護の運営の方針	1
2	事業所の目的	1
3	事業所の概要	1
4	事業所の職員の概要	2
5	日常生活支援総合事業通所介護施設の概要	2
6	サービスの内容	2
7	サービスの利用方法	3
8	利用料金	3
9	サービス利用の留意事項	4
10	サービス提供における事業所の義務	4
11	非常災害対策	5
12	苦情処理	5
13	福祉サービスの第三者評価、介護サービス情報の公表	6
14	その他	6

当事業所が提供する日常生活支援総合事業通所介護の内容に関しあなたに説明すべき重要事項は次のとおりです。

## 1. 日常生活支援総合事業通所介護の運営の方針

創立の精神である「キリスト教精神に立って……必要な福祉サービスを総合的に提供する」(定款)を運営の基盤に、職員は、愛と奉仕の姿勢を持ち、『あなたのために』という事業所の理念を実現する為に、ご利用者お一人おひとりに向い合い、その意思を尊重し、明るく家庭的な雰囲気の中で、日ごと生き生きと生活することができるように日常生活支援総合事業通所介護サービスを提供することを運営の方針にします。

## 2. 事業所の目的

1. 従業者は、要支援状態にある高齢者に対し、適正な要支援者等の心身の特性を踏まえて、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支援を行います。
2. 事業の実施にあたっては、居宅介護支援事業所その他、関係市町村、地域の保険・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ます。

## 3. 事業所の概要

法人の種別及び名称	社会福祉法人 十字の園
法人所在地	静岡県浜松市北区細江町中川番 7220 地の 11
電話番号	053-436-9535
代表者職	理事長
代表者氏名	鈴木 淳司
設立年月日	昭和36年 1月18日

事業所の名称	伊豆高原十字の園デイサービスセンター
事業所の所在地	静岡県伊東市八幡野1028-4
電話番号	0557-54-1630
介護保険事業所番号	2270400068
指定年月日	平成12年 3月 1日
事業所長(管理者)氏名	中村 公美子
開設年月日	平成12年 4月 1日
利用定員	27名(特別養護老人ホーム伊豆高原十字の園に併設)
通常の事業の実施地域	伊東市・東伊豆町・伊豆市中伊豆地区

○建物の構造 鉄骨鉄筋コンクリート造 地上3階

○建物の延べ床面積 5479.56 m<sup>2</sup>

○併設事業 当施設では、次の事業を併設して実施しています。

【介護老人福祉施設】平成12年 4月1日指定 定員90名

【短期入所生活介護】平成12年 3月1日指定 定員10名

【訪問介護】平成12年 3月1日指定

【居宅介護支援事業】平成11年 8月1日指定

【地域包括支援センター】平成18年 4月1日事業受託運営

○施設の周辺環境

富士・箱根・伊豆国立公園の内にあり、周りを木々に囲まれ、夏涼しく冬暖かい、風光明媚で温暖な環境にあります。

#### 4. 事業所の職員の概要

職員の配置については、介護保険法に基づく指定基準を遵守しています。

(※詳細については、別紙1参照)

##### 〈配置職員の職種〉

介護職員…ご利用者の日常生活上の介護並びに健康保持のための相談・助言等を行います。

生活相談員…ご利用者の日常生活上の相談に応じ、適宜生活支援を行います。

看護職員…主にご利用者の健康管理や療養上の世話を行います。日常生活上の介護・介助も行います。

#### 5. 通所介護施設の概要

定員	一般型 27人 (1単位)
食堂兼日常動作訓練室	179.43㎡
浴室	一般浴槽 (個浴)
その他の設備	・静養室・相談室・配膳室・介護者教室等 ・送迎車・リフトバス3台・普通車1台・軽自動車1台

#### 6. サービスの内容

当事業所では、ご利用者に対して以下のサービスを提供します。

当事業所が提供するサービスについて、

- |   |
|---|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>(1) 利用料金が介護保険から給付される場合</li> <li>(2) 利用料金の全額をご契約者に負担いただく場合</li> </ul> |
|---|

があります。

##### (1) 介護保険の給付の対象となるサービス (契約書第4条参照) \*

以下のサービスについては、利用料金の大部分 (通常9割) が介護保険から給付されサービスについては利用者ごとの選択制となります。利用するサービスの種類や実施日、実施内容等については、介護予防ケアマネジメント計画 (ケアプラン) に沿い、事業所と利用者で協議したうえで日常生活支援総合事業通所介護計画に定めます。

##### (1) サービスの概要

契約者が自立した生活を送るために、能力に応じて食事・入浴・排泄などの必要な介助を行います。

##### ① 食事 (食事の提供に要する費用は、別途いただきます)

- ・当事業所では、管理栄養士 (栄養士) の立てる献立表により、栄養並びにご利用者の身体の状態及び嗜好を考慮した食事を提供します。
- ・介助の必要な方等のご希望に添えるように致します。

(食事時間) 昼食: 12:00ごろ～ 13:00ごろ

##### ②送迎サービス

- ・ご利用者の希望により、マイクロバス、車椅子やリクライニング車椅子のまま乗降できるリフト付バスなど、ご利用者の身体の状態、ご自宅の環境に応じてご自宅と事業所間の送迎を行います。但し、通常の事業実施域外からのご利用の場合は、交通費実費をご負担いただきます。

### ① 動器機能向上サービス

機能訓練指導員により、ご契約者の心身等の状況に応じて、運動器機能向上計画を作成し、運動器の機能向上のための訓練を実施します。

### ② 口腔機能向上サービス

言語聴覚士等（実態に応じて歯科衛生士等あるいは看護師等と記載）により、ご契約者の口腔機能の状態に応じて、口腔機能改善管理指導計画を作成し、口腔清潔、摂食・嚥下機能の向上等を図るためのサービスを実施します。

## (2) 営業日及び営業時間

営業日	月曜日～土曜日（但し、12/31～1/3を除く）
受付時間	8：30～17：30
サービス提供時間	9：30～16：30

○サービスの提供は懇切丁寧に行い、サービスの提供方法等について、ご利用者に分かりやすいように説明します。

○サービスの提供に用いる設備、器具等については安全、衛生に常に注意を払い、特に、ご利用者の身体に接触する設備、器具については、サービスごとに消毒したものを使用します。

## 7. サービスの利用方法

### (1) サービスの利用頻度

- ☆利用する曜日や内容等については、介護予防ケアマネジメント計画（ケアプラン）に沿いながら、ご契約者と協議の上決定し、日常生活支援総合事業通所介護計画に定めます。
- ☆ただし、契約者の状態の変化、介護予防ケアマネジメント計画（ケアプラン）に位置付けられた目標の達成度等を踏まえ、必要に応じて変更することがあります。

## 8. 利用料金

当施設の通所介護の提供に際しご利用者が負担する利用料金は、介護保険から給付される場合と、利用料金の全額をご利用者に負担いただく場合があります。

### (1) 介護保険給付対象サービス（契約書第2条参照）

○サービス利用料金（自己負担分）※別紙2参照

### (2) 介護保険の給付対象とならないサービス（契約書第3条参照）

通常の事業の実施地域以外の地域に居住する場合の送迎に要する費用、食事の提供に要する費用、教養娯楽や趣味活動の材料費、行事等にかかる費用、理美容代、その他の日常生活において通常必要とされる費用はご利用者の負担となります。

### (3) 利用料金のお支払い方法（契約書第12条参照）

前記（1）、（2）の料金・費用は、1か月ごとに計算し、翌月ご請求します。以下のいずれかの方法でお支払い下さい。

- ア. 金融機関口座からの自動引き落とし
- イ. 窓口での現金支払
- ウ. 下記指定口座への振り込み

三島信用金庫 伊豆高原支店 普通預金 0122365  
 口座名義 伊豆高原十字の園 施設長 山本 隆弘

#### (4) 利用の中止、変更、追加

- ☆利用予定日の前に、ご契約者の都合により日常生活支援総合事業通所介護サービスの利用を中止、変更することができます。この場合にはサービスの実施日の前日までに事業者へ申し出てください。
- ☆月のサービス利用日や回数については、契約者の状態の変化、介護予防ケアマネジメント計画（ケアプラン）に位置付けられた目標の達成度等を踏まえ、必要に応じて変更することがあります。
- ☆契約者の体調不良や状態の改善等により日常生活支援総合事業通所介護計画に定めた期日より利用が少なかった場合、又は日常生活支援総合事業通所介護計画に定めた期日より多かった場合、利用回数により、ひと月ごとの定額制、又は、積み上げ式での計算方法となりますのでご了承下さい。
- ☆ご契約者の状態の変化等により、サービス提供量が、日常生活支援総合事業通所介護計画に定めた実施回数より多く必要と考えられる場合には、介護予防支援事業者と調整の上、介護予防ケアマネジメント計画（ケアプラン）の変更又は要支援認定の変更申請、要介護認定申請の援助等必要な支援を行います。
- ☆利用回数により月ごとの定額制又は、積み上げ式での計算方法となります。
  - ※ サービス提供料金の詳細 別紙2参照

### 9. サービス利用にあたっての留意事項

- 施設、設備、敷地はその本来の用途にしたがって利用してください。
- 施設、設備について、故意又は重大な過失により滅失、破損、汚損もしくは変更した場合には、自己の費用により原状に復していただくか、又は相当の代価をお支払いいただく場合があります。
- 当事業所の職員や他の利用者に対し、迷惑を及ぼすような宗教活動、政治活動、営利活動を行うことはできません。
- 事業所内の決められた場所以外での喫煙はできません。

### 10. サービス提供における事業所の義務

当事業所は、ご利用者に対してサービスを提供するにあたって、次のことを守ります。

- ①ご利用者の生命、身体、財産の安全・確保に配慮します。
- ②ご利用者の体調、健康状態からみて必要な場合には、医師又は看護職員と連携のうえ、ご利用者及びご家族等から聴取、確認します。
- ③ご利用者へのサービス提供時において、ご利用者に急変生じた場合、その他必要な場合には、速やかにご家族等及び主治医への連絡を行う等、必要な処置を講じます。
- ④ご利用者に対し、サービス提供により事故が発生した場合は、速やかに市町村、ご家族等及び、ご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。
- ⑤非常災害に関する具体的計画を策定するとともに、ご利用者に対して、定期的に避難、救出その他必要な訓練を行います。
- ⑥ご利用者に提供したサービスについて記録を作成し、2年間保管するとともに、利用者または代理人の請求に応じて閲覧、複写物の交付をします。
- ⑦事業所及びサービス従業者は、サービスを提供するにあたって知り得たご利用者又はご家族等に関する事項を正当な理由なく、第三者に漏洩しません。（守秘義務）  
ただし、ご利用者に緊急な医療上の必要性がある場合には、医療機関等にご利用者の心身等の情報を提供します。又、ご利用者との契約の終了に伴う援助を行う際には、あらかじめ文書にて、ご利用者の同意を得ます。

## 1 1. 非常災害対策

非常時の対応	防災規程に定める
平常時の防災訓練等	非常災害に関する具体的計画を策定するとともに、ご利用者に対して、定期的に避難、救出その他必要な訓練を行います
防災設備	消火器、スプリンクラー、自家発電装置、防災倉庫など

## 1 2. 苦情の受付について (契約書第 2 5 条参照)

### (1) 当事業所における苦情の受付

当事業所における苦情やご相談は以下の専用窓口で受け付けます。

なお、苦情を申立てたことによる何らの差別待遇もいたしません。

#### ○苦情受付窓口

担 当 中村 公美子

電話番号 0 5 5 7 - 5 4 - 1 6 3 0

#### ○受付時間 [別紙 1] 記載の、営業日及び受付時間内

また、苦情受付ボックスをデイサービス内のホワイトボード横に設置しています。

### (2) 苦情対応について

当施設における苦情に迅速かつ適切に対応するために、必要な措置を講じます。

- ① 苦情を受け付けた場合には、苦情の内容等を記録します。
- ② 苦情の内容を確認し、管理者は苦情処理に向けた検討会議を行います。
- ③ 検討会議の結果を基に処理結果をまとめ、具体的な対応を行います。
- ④ 苦情処理結果を台帳記載し、再発防止に努めます。

### (3) 第三者委員について

- ① 苦情解決第三者委員を設置し、利用者や利用者のご家族等からの苦情、要望、意見等の受付をしています。
- ② 委員会を定期的で開催し、苦情解決責任者(施設長)より、第三者委員に報告を行います。
- ③ 第三者委員を設置は、苦情解決に社会性や客観性を確保し、利用者の立場や特性に配慮した対応を推進する事を目的としています。

#### ④ 第三者委員

上田 彰 氏 (日本キリスト教団伊東教会牧師)	住所 静岡県伊東市松川町 5 - 6 電話番号 0 5 5 7 - 3 7 - 5 2 4 8
相磯 英之 氏 (伊東市社会福祉協議会)	住所 静岡県伊東市桜木町 2 - 2 - 3 電話番号 0 5 5 7 - 3 2 - 1 5 6 3 F A X 0 5 5 7 - 3 6 - 1 1 6 5

**(3) 行政機関その他苦情受付機関**

伊東市役所 高齢者福祉課介護保険係	所在地 静岡県伊東市大原2丁目1番1号 電話番号 0557-32-1563 FAX 0557-36-1165
東伊豆町役場 健康づくり課介護保険係	所在地 静岡県賀茂郡東伊豆町稲取3354番地 電話番号 0557-95-1124 FAX 0557-95-5191
伊豆市役所 長寿介護課介護保険係	所在地 静岡県伊豆市小立野38番2号 電話番号 0558-74-0150 FAX 0558-74-0151
静岡県 国民健康保険団体連合会	所在地 静岡県静岡市葵区春日2丁目4番34号 電話番号 054-253-5590 FAX 054-253-5589
静岡県 福祉サービス運営適正化委員会	所在地 静岡県静岡市葵区駿府町1番70号 電話番号 054-653-0840 FAX 054-653-0840

**13. 福祉サービスの第三者評価、介護サービス情報の公表**

## ○福祉サービスの第三者評価

実施の有無	実施した直近の年月日	評価機関	評価結果の開示状況
無			

## ○介護サービス情報の公表

実施の有無	更新年月日	評価結果の開示状況
有	2024年11月30日	静岡県公式ホームページ (介護サービス情報公表システムに掲載)

**14. その他**

- (1) 事業計画書及び予算書類・事業報告書及び決算書類は、玄関ロビーにありますので自由に閲覧することができます。

年 月 日

日常生活支援総合事業通所介護サービスの提供の開始に際し、本書面に基づき重要事項の説明を行いました。

伊豆高原十字の園デイサービスセンター

説明者職名 生活相談員 氏 名 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、日常生活支援総合事業通所介護サービスの提供開始に同意しました。また、利用者の希望により、円滑な援助を行うため医療機関等に利用者に関する心身等の情報提供の必要がある場合、事業所が利用者の情報を関係機関へ提供することに同意します。

利用者 住 所  
氏 名 印

家族の代表 住 所  
氏 名 印  
続 柄

利用者は、身体の状態等によって署名ができないため、利用者本人の意思を確認の上、私が利用者に代わって、その署名を代筆しました。

署名代筆者 住 所  
氏 名 印  
続 柄

\*この重要事項説明書は、厚生省令第35号(平成18年3月14日)第107条(第8条)の規定に基づき、利用申込者又はその家族への重要事項説明のために作成したものです。

**別紙 1****職員の概要**

当事業所では、ご利用者に対して指定通所介護サービスを提供する職員として、以下の職種の職員を配置しています。

**〈主な職員の配置状況〉**

職員の配置については、指定基準を遵守しています。

職 種	資 格	員数	勤 務 の 体 制		
管理者	介護福祉士	1人	常勤（兼務）		1人
生活相談員	介護福祉士他	2人	常勤	1人	常勤（兼務） 1人
看護職員	看護師・准看護師	6人	常勤（兼務）	1人	非常勤 5人
介護職員	介護福祉士等	7人	常勤（兼務）	5人	非常勤（兼務） 2人
機能訓練指導員	看護師・准看護師	6人	常勤（兼務）	1人	非常勤（兼務） 5人

**〈主な職種の勤務体制〉**

職種	業務内容	勤務時間
管理者	事業所の管理とともに、相談援助、介護等の業務も行います	8：30～17：30 *他の職種を兼務して勤務します
生活相談員	日常生活上の相談に応じ、適宜生活支援及び介護、介助を行います	8：30～17：30 内 *毎日1名の相談員が勤務します
看護職員	主に健康管理、機能訓練、日常生活上の看護、介助を行います	9：30～16：30 *毎日1名看護職員が勤務します
介護職員	日常生活上の介護、並びに健康保持のための相談・助言等を行います	8：00～17：30 *毎日3名以上の介護職員が勤務します
機能訓練指導員	機能訓練を助言、指導します	9：30～16：30 内 *看護職員等が兼務します

**〈営業日及び営業時間〉**

営業日	月曜日～土曜日（但し、12/31～1/3を除く）
受付時間	8：30～17：30
サービス提供時間	9：30～16：30

**〈苦情受付窓口〉**

担 当	中村 公美子
電話番号	0557-54-1630
受付時間	上記の、営業日及び受付時間内

別紙2

1. 介護保険の給付の対象となるサービス (契約書第2条参照)

下記の料金表によって、ご契約者の要支援度に応じたサービス利用料金から介護保険給付費額を除いた金額 (自己負担額) をお支払い下さい。(サービス利用料金は、ご契約者の要支援度に応じて異なります。)

★基本サービス

1月につき定額制の場合

1割負担の場合

ご契約者の要支援度	事業対象者 要支援1 通所型サービス1 (1月で5回以上利用)	事業対象者 要支援2 通所型サービス2 (1月で9回以上利用)
1. サービス利用料金	17,980 円	36,210 円
2. うち、介護保険から給付される金額	16,182 円	32,589 円
3. サービス利用に係る利用者負担額 (1-2)	1,798 円	3,621 円

1回につき

1割負担の場合

ご契約者の要支援度	事業対象者 要支援1 通所型サービス1 (1月で4回まで)	事業対象者 要支援2 通所型サービス2 (1月で5回以上8回まで)
サービス利用料金	436 円	447 円

1日につき (日割り計算の場合)

1割負担の場合

ご契約者の要支援度	事業対象者 要支援1 通所型サービス1	事業対象者 要支援2 通所型サービス2
サービス利用料金	59 円	119 円

\* 体制加算 (1月につき)

※介護職員の内、介護福祉士を70%以上配置しています。

サービス提供体制強化加算 (I) 要支援1	88 円
サービス提供体制強化加算 (I) 要支援2	176 円

\* 個別加算 (実施した場合)

運動機能向上加算 (1月につき)	225 円
送迎減算	-47 円

※職員が送迎しなかった場合、片道につき1回分の減算となります。

介護職員処遇改善加算 (I) ※区分支給限度基準額の対象外	所定単位数 × 9.2% (サービス別加算率)
----------------------------------	-------------------------

★基本サービス

1月につき定額制の場合

2割負担の場合

ご契約者の要支援度	事業対象者 要支援1 通所型サービス1 (1月で5回以上利用)	事業対象者 要支援2 通所型サービス2 (1月で9回以上利用)
1. サービス利用料金	17,980 円	36,210 円
2. うち、介護保険から給付される金額	14,384 円	28,968 円
3. サービス利用に係る利用者負担額(1-2)	3,596 円	7,242 円

1回につき

1割負担の場合

ご契約者の要支援度	要支援1 通所型サービス1 (1月で4回まで)	事業対象者 要支援2 通所型サービス2 (1月で5回以上8回 まで)
サービス利用料金	872 円	894 円

1日につき (日割り計算の場合)

2割負担の場合

ご契約者の要支援度	事業対象者 要支援1 通所型サービス1	事業対象者 要支援2 通所型サービス2
サービス利用料金	118 円	238 円

\* 体制加算 (1月につき)

※介護職員の内、介護福祉士を70%以上配置しています。

サービス提供体制強化加算 (I) 要支援1	176 円
サービス提供体制強化加算 (I) 要支援2	352 円

\* 個別加算 (実施した場合)

運動機能向上加算 (1月につき)	450 円
送迎減算	-94 円

※職員が送迎しなかった場合、片道につき1回分の減算となります。

介護職員処遇改善加算 (I) ※区分支給限度基準額の対象外	所定単位数 × 9.2% (サービス別加算率)
----------------------------------	-------------------------

★基本サービス

1月につき定額制の場合

3割負担の場合

ご契約者の要支援度	事業対象者 要支援1 通所型サービス1 (1月で5回以上利用)	事業対象者 要支援2 通所型サービス2 (1月で9回以上利用)
1. サービス利用料金	17,980 円	36,210 円
2. うち、介護保険から給付される金額	12,586 円	25,347 円
3. サービス利用に係る利用者負担額(1-2)	5,394 円	10,863 円

1回につき

1割負担の場合

ご契約者の要支援度	事業対象者 要支援1 通所型サービス1 (1月で4回まで)	事業対象者 要支援2 通所型サービス2 (1月で5回以上8回 まで)
サービス利用料金	1,308 円	1,341 円

1日につき (日割り計算の場合)

3割負担の場合

ご契約者の要支援度	事業対象者 要支援1 通所型サービス1	事業対象者 要支援2 通所型サービス2
サービス利用料金	177 円	357 円

\* 体制加算 (1月につき) ※介護職員の内、介護福祉士を70%以上配置しています。

サービス提供体制強化加算 (I) 要支援1	264 円
サービス提供体制強化加算 (I) 要支援2	528 円

\* 個別加算 (実施した場合)

運動機能向上加算 (1月につき)	675 円
送迎減算	-141 円

※職員が送迎しなかった場合、片道につき1回分の減算となります。

介護職員処遇改善加算 (I) ※区分支給限度基準額の対象外	所定単位数 × 9.2% (サービス別加算率)
----------------------------------	-------------------------

※介護保険からの給付額に変更があった場合、変更された額に合わせて、ご利用者の負担額を変更します。

☆ご契約者がまだ要支援認定を受けていない場合には、サービス利用料金の全額をいったんお支払いいただきます。要支援の認定を受けた後、自己負担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、介護予防ケアマネジメント（ケアプラン）が作成されていない場合も償還払いとなります。償還払いとなる場合、ご契約者が保険給付の申請を行うために必要となる事項を記載した「サービス提供証明書」を交付します。

☆ご契約者に提供する食事に係る費用は別途いただきます。（下記（2）①参照）

☆介護保険からの給付額に変更があった場合、変更された額に合わせて、ご契約者の負担額を変更します。

## 2. 介護保険の給付対象とならないサービス（契約書第3条参照）

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。

### ①食事の提供にかかる費用

ご契約者に提供する食事の材料費や調理等にかかる費用です。

昼食 : 1回あたり 680円

おやつ代 : 1回あたり 90円

### ②理美容

予約により、理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。

要した費用の実費をご負担下さい。

### ③レクリエーション、クラブ活動

ご契約者の希望によりレクリエーションやクラブ活動に参加していただくことができます。

レク教材費 : 1回あたり 70円

レクリエーションを希望しますか？                      する・しない

### ④複写物の交付

ご利用者は、サービス提供についての記録をいつでも閲覧できますが、複写物を必要とする場合には実費（1枚につき 10円）をご負担いただきます。

### ⑤日常生活上必要となる諸費用実費

日常生活品の購入代金等がご利用者の日常生活に要する費用で、ご利用者に負担いただくことが適当であるものには、かかる費用をご負担下さい。

\* 紙おむつについて……紙おむつをデイサービスセンターで提供させて頂いた場合は有料（実費程度）となります。（デイサービス利用日にはご家庭で使われる枚数よりも多めにご用意くださることをお勧め致します。）

### ⑥通常の事業の実施地域を越えて行う指定予防通所介護に要した交通費

通常の実施地域（伊東市、東伊豆町、伊豆市中伊豆地区）を越えて行う送迎の交通費は、その実費をご負担いただきます。

☆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。

**緊急連絡先**

氏名

続柄 ( )

連絡先

①

自宅

②

勤務先/携帯

**ご家族**

**主治医**

医療機関名

連絡先

**救急搬送先**

医療機関名

連絡先