

重 要 事 項 説 明 書

特別養護老人ホーム 香樹の里

当施設は介護保険の指定を受けています。

(横浜市指定 第 1470500867 号)

【施設の概要や提供されるサービスの内容、契約上ご注意いただきたい内容です】

1 施設経営法人

- (1) 法人名 社会福祉法人 楠会
(2) 法人所在地 横浜市南区六ッ川四丁目 1234 番地 45
TEL 045-820-4123 FAX 045-820-4131
(3) 代表者氏名 理事長 田澤 勝幸
(4) 設立年月日 平成 14 年 12 月 16 日

2 施設の概要

- (1) 施設の種類 老人福祉法第 20 条の 5 に定める特別養護老人ホーム
(介護保険法第 86 条に基づき指定された介護老人福祉施設)
(平成 14 年 3 月 1 日介国保第 40-022 号指定)
- (2) 施設の目的 要介護 1 から 5 の認定を受けた方で、自宅での介護を受けることのできない高齢者の方に入所していただき、日常生活に必要なサービスを行うことを目的とした施設です。
- (3) 施設の名称 特別養護老人ホーム 香樹の里
(横浜市指定 第 1470500867 号)
- (4) 所在地 横浜市南区六ッ川四丁目 1234 番地 45
TEL 045-820-4123 FAX 045-820-4131
- (5) 施設長氏名 田澤 勇希
(6) 開設年月日 平成 16 年 4 月 1 日
(7) 定員 85 名

3 居室の概要

(1) 居室等の概要

当施設では次のような居室・設備をご用意しています。入所される居室は 1 人部屋、2 人～4 人部屋となります。ご利用いただくお部屋につきましては、ご利用者の状況により、施設側で指定させていただきます。

なお、入所された後のご契約者の心身の状況により居室を変更する場合があります。

☆ 居室等の概要

居室・設備の種類	室数	備考
個室（1 人部屋）	8 室	従来型個室
2 人部屋	1 室	多床室
3 人部屋	1 室	多床室
4 人部屋	18 室	多床室
合計	28 室	

4 職員の配置状況

当施設では、ご契約者に対して指定介護福祉施設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

職種	常勤換算	指定基準
1 施設長（管理者）	1名	1名
2 介護職員	26名	26名
3 生活相談員	2名	1名
4 看護職員	5.8名	3名
5 機能訓練指導員	1名	1名
6 介護支援専門員	1名	1名
7 栄養士（管理栄養士）	1名	1名
8 医師	0.1名	必要数

- ・職員の配置については、指定基準を遵守しています。
- ・常勤換算：職員それぞれの週あたりの勤務時間数の総数を当施設における常勤職員の所定勤務時間数（週 37.5 時間）で除した数です。

※ 主な職員の勤務体制

職種	勤務時間		
1 医師	木曜日	13:30	～ 15:30
2 介護職員	早 出	7:00	～ 15:30
	平 常	9:00	～ 17:30
	遅 出	10:30	～ 19:00
	夜 勤	17:00	～ 翌日 9:30
3 看護職員	早 出	7:00	～ 15:30
	平 常	9:00	～ 17:30
	遅 出	10:00	～ 18:30

5 第三者評価の実施 なし（令和6年6月1日現在）

6 当施設が提供するサービスと利用料金

当施設では、ご契約者に対して次のサービスを提供します。なお、当施設が提供するサービスについて、利用料金が介護保険から給付される場合と利用料金の全額がご契約者負担になる場合があります。

(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）

以下のサービスの利用料につきましては、介護保険負担割合証に記載されている利用者の負担割合に応じて介護保険から給付されます

<サービスの概要>

①食事

- ・当施設では、管理栄養士が作成する献立表により、栄養並びにご契約者の身体の状況および嗜好を考慮した食事を提供します。
- ・ご契約者の自立支援のため離床して、食堂にて食事をとっていただくことを原則としています。
- ・食事時間
朝食：7:30より　　昼食：12:00より　　夕食：17:30より

②入浴

- ・入浴または清拭を週2回行います。
- ・寝たきりの方でも特殊浴槽を使用して入浴することができます。

③排泄

- ・排泄の自立を促すため、ご契約者の身体能力を最大限活用した援助を行います。

④機能訓練

- ・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、日常生活を送るのに必要な機能の回復またはその減退を防止する訓練を実施します。

⑤健康管理

- ・医師や看護職員が、健康管理を行います。

⑥その他自立への支援

- ・寝たきり防止のため、できるかぎ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。
- ・清潔で快適な生活が送れるよう、適切な整容が行われるよう援助します。

(2) サービス利用料金（1日あたり）（契約書第7条参照）

次の料金表によって、ご契約者の要介護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）と食費と居住費に係る標準自己負担額の合計金額をお支払いいただきます。（サービスの利用料金は、ご契約者の要介護度に応じて異なります）

◆介護保険負担割合：1割の方

(1日あたり)

要介護度		要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
(1) 基本単位数		589単位	659単位	732単位	802単位	871単位
(2) 加算単位数計(注1)		55単位	55単位	55単位	55単位	55単位
加 算 内 訳	看護体制加算I口	4単位	4単位	4単位	4単位	4単位
	看護体制加算II口	8単位	8単位	8単位	8単位	8単位
	サービス提供体制強化加算II	18単位	18単位	18	18単位	18単位
	夜勤職員配置加算I口	13単位	13単位	13単位	13単位	13単位
	個別機能訓練加算I	12単位	12単位	12単位	12単位	12単位
(3) 介護職員等処遇改善加算I※1		90単位	100単位	110単位	120単位	130単位
(4) 合計単位(①+②+③)		734単位	814単位	897単位	977単位	1056単位
(5) 地域区分(2級地)				10.72		
1	利用料金(④×⑤)	7,868円	8,726円	9,615円	10,473円	11,320円
2	介護保険給付費額(9割)	7,081円	7,853円	8,653円	9,425円	10,188円
3	自己負担額(1-2)	787円	873円	962円	1,048円	1,132円
4	食事提供費※2			1,630円		
5	居住費(従来型個室)※2			1,700円		
6	居住費(多床室)※2			955円		
7	従来型個室利用の場合 合計負担額(3+4+5)	4,117円	4,203円	4,292円	4,378円	4,462円
8	多床室利用の場合 合計負担額(3+4+6)	3,372円	3,458円	3,547円	3,633円	3,717円
9	減免対象の方	上記7又は8の自己負担額合計×減免率				

(注1) 当施設で基本的に算定している加算を、「看護体制加算I口」・「看護体制加算II口」・「サービス提供体制強化加算II」・「夜勤職員配置加算I口」「個別機能訓練加算I」としています。その他の加算等については、別表1、「施設入所サービス利用料金表」をご覧ください。

※1 介護職員等処遇改善加算Iとは、所定単位(基本単位+加算単位)数に14.0%を乗じたものが加算単位数となります。

※2 表の食費および居住費(従来型個室・多床室)は課税世帯(第4段階)の金額です。非課税世帯(第1~3段階)の場合、負担限度額認定証に記載された金額を負担していただきます。

※ 上記表の介護保険の自己負担額は1日当たりの単位数から算出した金額です。ご請求は毎月に、合計単位数(基本単位数+加算単位数)×地域区分で算出した金額からそれぞれの負担割合に応じた介護保険給付費額を差引いたものとなります。

◆介護保険負担割合：2割の方

(1日あたり)

要介護度		要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
(1) 基本単位数		589単位	659単位	732単位	802単位	871単位
(2) 加算単位数計(注1)		55単位	55単位	55単位	55単位	55単位
加 算 内 訳	看護体制加算I口	4単位	4単位	4単位	4単位	4単位
	看護体制加算II口	8単位	8単位	8単位	8単位	8単位
	サービス提供体制強化加算II	18単位	18単位	18単位	18単位	18単位
	夜勤職員配置加算I口	13単位	13単位	13単位	13単位	13単位
	個別機能訓練加算I	12単位	12単位	12単位	12単位	12単位
(3) 介護職員等処遇改善加算I※1		90単位	100単位	110単位	120単位	130単位
(4) 合計単位(①+②+③)		734単位	814単位	897単位	977単位	1056単位
(5) 地域区分(2級地)		10.72				
1	利用料金(④×⑤)	7,868円	8,726円	9,615円	10,473円	11,320円
2	介護保険給付費額(8割)	6,294円	6,980円	7,692円	8,378円	9,056円
3	自己負担額(1-2)	1,574円	1,746円	1,923円	2,095円	2,264円
4	食事提供費※2	1,630円				
5	居住費(従来型個室)※2	1,700円				
6	居住費(多床室)※2	955円				
7	従来型個室利用の場合 合計負担額(3+4+5)	4,904円	5,076円	5,253円	5,425円	5,594円
8	多床室利用の場合 合計負担額(3+4+6)	4,159円	4,331円	4,508円	4,680円	4,849円
9	減免対象の方	上記7又は8の自己負担額合計×減免率				

(注1) 当施設で基本的に算定している加算を、「看護体制加算I口」・「看護体制加算II口」・「サービス提供体制強化加算II」・「夜勤職員配置加算I口」「個別機能訓練加算I」としています。その他の加算等については、別表1、「施設入所サービス利用料金表」をご覧ください。

※1 処遇改善加算Iとは、所定単位(基本単位+加算単位)数に8.3%を乗じたものが加算単位数となります。

※2 表の食費および居住費(従来型個室・多床室)は課税世帯(第4段階)の金額です。非課税世帯(第1~3段階)の場合、負担限度額認定証に記載された金額を負担していただきます。

※ 上記表の介護保険の自己負担額は1日当たりの単位数から算出した金額です。ご請求は毎月に、合計単位数(基本単位数+加算単位数)×地域区分で算出した金額からそれぞれの負担割合に応じた介護保険給付費額を差引いたものとなります。

◆介護保険負担割合：3割 方

(1日あたり)

要介護度		要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
① 基本単位数		589単位	659単位	732単位	802単位	871単位
② 加算単位数計(注1)		55単位	55単位	55単位	55単位	55単位
加 算 内 訳	看護体制加算Ⅰ口	4単位	4単位	4単位	4単位	4単位
	看護体制加算Ⅱ口	8単位	8単位	8単位	8単位	8単位
	サービス提供体制強化加算Ⅱ	18単位	18単位	18単位	18単位	18単位
	夜勤職員配置加算Ⅰ口	13単位	13単位	13単位	13単位	13単位
	個別機能訓練加算Ⅰ	12単位	12単位	12単位	12単位	12単位
③ 介護職員等処遇改善加算Ⅰ※1		90単位	100単位	110単位	120単位	130単位
④ 合計単位(①+②+③)		734単位	814単位	897単位	977単位	1056単位
⑤ 地域区分(2級地)				10.72		
1 利用料金(④×⑤)		7,868円	8,726円	9,615円	10,473円	11,320円
2 介護保険給付費額(7割)		5,507円	6,108円	6,730円	7,331円	7,924円
3 自己負担額(1-2)		2,361円	2,618円	2,885円	3,142円	3,396円
4 食事提供費※2				1,630円		
5 居住費(従来型個室)※2				1,700円		
6 居住費(多床室)※2				955円		
7 従来型個室利用の場合 合計負担額(3+4+5)		5,691円	5,948円	6,215円	6,472円	6,726円
8 多床室利用の場合 合計負担額(3+4+6)		4,946円	5,203円	5,470円	5,727円	5,981円
9 減免対象の方		上記7又は8の自己負担額合計×減免率				

(注1) 当施設で基本的に算定している加算を、「看護体制加算Ⅰ口」・「看護体制加算Ⅱ口」・「サービス提供体制強化加算Ⅱ」・「夜勤職員配置加算Ⅰ口」「個別機能訓練加算Ⅰ」としています。その他の加算等については、別表1、「施設入所サービス利用料金表」をご覧ください。

※1 処遇改善加算Ⅰとは、所定単位(基本単位+加算単位)数に8.3%を乗じたものが加算単位数となります。

※2 表の食費および居住費(従来型個室・多床室)は課税世帯(第4段階)の金額です。非課税世帯(第1~3段階)の場合、負担限度額認定証に記載された金額を負担していただきます。

※ 上記表の介護保険の自己負担額は1日当たりの単位数から算出した金額です。ご請求は毎月に、合計単位数(基本単位数+加算単位数)×地域区分で算出した金額からそれぞれの負担割合に応じた介護保険給付費額を差引いたものとなります。

- ☆上記料金は介護保険の負担割合に応じて、加算を含む標準的な金額を記載しています。詳しくは、別表1、「施設入所サービス利用料金表」をご覧ください。また、ご不明の点は担当者にお尋ねください。
- ☆介護保険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。
- ※介護保険証および介護保険負担割合証のご提示が必要です。
- ☆食事と居室に係る費用について、負担限度額認定を受けている場合には認定証に記載している負担限度額とします。
- ※介護保険負担限度額認定証のご提示が必要です。
- ☆ご契約者がまだ要介護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。要介護の認定を受けた後、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）。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。
- ☆ご契約者が、1月につき外泊又は入院された日の翌日から起算して6日（1回の外泊又は入院で月をまたがる場合は最大で連続12日）を限度とし、基本単位に代わって外泊時加算を算定します。その場合にお支払い頂く利用料金は、下記のとおりです。（契約書第21条、第24条参照）

外泊時加算	246 単位		
介護職員等処遇改善加算	34 単位		
加算合計	280 単位		
地域区分（2級地）	10.72		
サービス利用料金……① (合計加算単位×地域区分)	3,001 円		
負担割合	1割負担	2割負担	3割負担
介護保険から給付される金額…②	2,700 円	2,400 円	2,100 円
自己負担額 (①-②)	301 円	601 円	901 円

※外泊時加算算定期間の居住費はご負担となります。

※外泊時加算算定期間に居室が短期入所生活介護として利用された期間については加算および居住費は算定いたしません。

(3) 介護保険の給付の対象とならないサービス（契約書第5条、第7条参照）
以下のサービスは、利用料金の全額がご契約者の負担となります。

【サービスの概要と利用料金】

① 特別な食事

ご契約者のご希望又は身体の状況により治療食を提供した場合は要した費用の実費をご負担いただきます。

② 理美容サービス

月1回、理美容師の出張による理髪サービス（調髪、顔剃）をご利用いただけます。利用料金は実費をご負担いただきます。

③ 貴重品の管理

貴重品管理サービスをご利用の場合は、手数料として毎月1,000円いただきます。ご利用に際しましては同意書を提出していただきます。

- ・管理する金銭の形態：施設の指定する金融機関に預け入れている預金と日常的に使用する1万円以下の小口現金
- ・お預りするもの : 上記預金通帳と金融機関へ届け出た印鑑、有価証券、年金証書、小口現金
- ・保管管理者 : 施設長
- ・事務取扱者 : 事業本部長・生活相談員
- ・出納方法 : ご契約者又はご家族の申し出により預金の預け入れ、引き出しを行います。
- ・事務取扱者への依頼は勤務時間内に行うものとします。
- ・事務取扱者は入出金の都度、預り金入出金書を作成します。
- ・銀行への預金預け入れ、引き出しは週3回（月・水・金曜日依頼、受領）とします。

④ 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頂くことができます。

※クラブ活動の材料費等につきましては実費負担になります。

⑤ 複写物の交付

ご契約者は、サービス提供についての記録を閲覧できますが、複写物を必要とする場合には実費をご負担いただきます。（1枚につき50円）ただし、他の利用者のプライバシーにかかる閲覧、複写はお断りする場合があります。

⑥ 日常生活上必要となる諸費用の実費負担

日常生活品の購入代金等、ご契約者の日常生活に要する費用でご契約者に負担いただくことが適当であるものに係る費用につきましては実費をご負担いただきますが、オムツ代は介護保険給付対象となっていますのでご負担の必要はありません。

⑦ 利用者の申し出による個人外出付き添いサービス費用
〈付き添い人件費〉

1 時間あたり、1 職員の料金

	看護師	介護士・相談員等
基本料金	2,000 円	1,500 円

⑧ 契約書第 22 条に定める所定の料金

ご契約者が、契約終了後も居室を明け渡さない場合等に、本来の契約終了日から現に居室が明け渡された日までの期間に係る料金として契約者は 1 日につき 11,000 円を支払うものとします。

(4) 入所中の医療の提供について

医療を必要とする場合は、下記協力医療機関において診療や入院治療を受けることができます。ただし、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・入院治療を義務づけるものではありません。

協力医療機関

済生会 横浜市南部病院

明理会 東戸塚記念病院

協力歯科医療機関

スマイル歯科医院

7 施設を退所していただく場合（契約の終了について）

当施設との契約有効期間は契約書第 2 条で定めるとおりですが、以下のような事由が生じた場合は契約書第 16 条により当施設との契約は終了し、ご契約者に退所していただくことになります。

- (1) ご契約者が亡くなられた場合
- (2) 要介護認定によりご契約者の心身の状況が「自立」、「要支援 1・2」と認定された場合
- (3) 事業者が解散命令を受けた場合、破産した場合又はやむを得ない事由によりホームを閉鎖した場合
- (4) 施設の滅失や重大な毀損又は建替等により、ご契約者に対するサービスの提供が不可能になった場合
- (5) 当施設が介護保険の指定を取り消された場合又は指定を辞退した場合
- (6) 要介護 1 又は 2 であって特例入所の要件に該当しなくなった場合
(平成 27 年 3 月 31 日までに入所した入所者は除く)
- (7) 契約書第 17 条から第 19 条に基づき契約が解約又は解除された場合

(8) 契約期間が満了した場合

(9) ご契約者から退所の申し出があった場合（契約書第17条、第18条参照）

契約の有効期間であっても、ご契約者は当施設からの退所を申し出ることができます。その場合退所を希望する日の14日前までに解約届出書をご提出ください。ただし、以下の場合には即時に契約を解約、解除し、施設を退所することができます。

- ① 介護保険給付対象外サービスの利用料金の変更に同意できない場合
- ② ご契約者が入院された場合
- ③ 事業者又はサービス従事者が正当な理由なく本契約に定める介護福祉施設サービスを実施しない場合
- ④ 事業者又はサービス従事者が守秘義務に違反した場合
- ⑤ 事業者又はサービス従事者が故意又は過失により、ご契約者の身体・財物・信用等を傷つけ、又は著しい不信行為、その他本契約を継続しがたい重大な事情が認められる場合
- ⑥ 他の利用者がご契約者の身体・財物・信用等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とらない場合

(10) 事業者からの申し出により退所していただく場合（契約書第19条参照）以下の事項に該当する場合には、当施設から退所していただくことがあります。

- ① ご契約者が、契約締結時にその心身の状況及び病歴等の重要事項について、故意にこれを告げず、又は不実の告知を行い、その結果本契約を継続しがたい重大な事情を生じさせた場合
- ② ご契約者による、サービス利用料金の支払が3か月以上遅延し、相当期間を定めた催告にもかかわらず、これが支払われない場合
- ③ ご契約者が故意又は重大な過失により、事業者又はサービス従事者もしくは他の利用者等の生命・身体・財物・信用等を傷つけ、又は著しい不信行為を行うことなどによって、本契約を継続しがたい重大な事情を生じさせた場合
- ④ ご契約者が連續して3か月を超えて病院又は診療所に入院すると見込まれる場合もしくは入院した場合
- ⑤ ご契約者が介護老人保健施設に入所した場合もしくは介護療養型医療施設に入院した場合
- ⑥ ご契約者が正当な理由なく2週間以上居室を利用しない場合

(11) 契約者が病院等に入院された場合の対応について（契約書第21条参照）当施設に入所中に、医療機関への入院の必要が生じた場合の対応は、次のとおりです。

- ① 検査入院等、6日間以内の短期入院の場合

6日以内に退院された場合は、退院後再び施設に入所することができます。ただし、入院期間中は外泊時加算の算定対象期間となり、所定の利用

料金をご負担いただきます。

※外泊の場合の利用料金は前項に準ずるものとします。

② 7日間以上3か月以内の入院の場合

3か月以内に退院された場合には、退院後再び施設に入所することができます。ただし、入院時に予定された退院日よりも早く退院した場合等、退院時にホームの受入準備が整っていない時には、併設されている短期入所生活介護の居室等をご利用いただく場合があります。

③ 3か月以内の退院が見込まれない場合

3か月以内の退院が見込まれない場合には、契約を解除する場合があります。この場合には、当施設に再び優先的に入所することはできません。

(12) 円滑な退所のための援助（契約書第20条参照）

ご契約者が当施設を退所する場合には、ご契約者の希望により、事業者はご契約者の心身の状況、置かれている環境等を勘案し、円滑な退所のために必要な以下の援助をご契約者に対して速やかに行うよう努めるものとします。

① 適切な病院もしくは診療所又は介護老人保健施設等の紹介

② 居宅介護支援事業者の紹介

② その他保健医療サービス又は福祉サービスの提供者の紹介

8 残置物引取人（契約書第23条参照）

入所契約が終了した後、当施設に残されたご契約者の所持品（残置物）をご契約者自身が引き取れない場合に備えて、「残置物引取人」を定めていただきます。当施設は、「残置物引取人」に連絡のうえ、残置物を引き取っていただきます。

また、引渡しにかかる費用については、ご契約者又は残置物引取人にご負担いただきます。

※ 入所契約時に残置物引取人を定められなくても入所契約を締結することは可能ですが、その場合の残置物の処置については施設の判断で行います。

9 守秘義務と個人情報の保護

当施設が得たご契約者等の個人情報については、施設サービスの提供以外の目的では原則的に利用しないものとし、外部等への情報提供については、当法人のプライバシーポリシーに則り、ご契約者等の同意を予め書面に得るものとします。また、従業者は業務上知り得たご契約者等の秘密を保持します。

10 緊急時等における対応

施設サービス提供中に、ご契約者の病状の急変、その他緊急事態が生じたときは、速やかに主治医又は施設が定めた協力医療機関および身元引受人等の関係機関に連絡するとともに、救急搬送等の必要な措置を講じます。

11 事故発生時の取り組み

事故発生時には、当施設が定める指針及び事故対応マニュアルに基づき適切に対処することとし、速やかに身元引受人および関係機関に連絡を行うとともに、必要な措置を講じます。また、従業者に周知徹底する体制を整備し、事故カンファレンスおよび事故防止対策委員会にて発生原因の追究と対策を講じ、事故の再発防止を図ります。

12 損害賠償

当施設において、事業者の責任によりご契約者に生じた損害については、速やかにその損害を賠償いたします。ただし、その損害の発生について、ご契約者等に故意又は過失が認められる場合には、事業者の損害賠償責任と相殺いたします。

13 虐待の防止

当施設は、入所者的人権の擁護および虐待の発生又はその再発を防止するため、指針の整備、委員会および担当者の設置、研修の実施等必要な措置を講じます。

14 身体的拘束の制限

当施設では、ご契約者に対する身体的拘束は行いません。ただし、ご契約者又は他の入所者等の生命又は身体を保護するため緊急やむを得ない場合には、適正化を図るための必要な措置を講じて行うこととします。

15 感染症対策

施設において感染症又は食中毒が発生し、又はまん延しないよう指針を整備し、感染症対策委員会の設置および従業者への定期的な研修等必要な措置を講じます。

16 非常災害対策

施設は、非常災害に備えて、消防計画、風水害、地震等の災害に対処する計画を作成し、定期的に避難・救出、その他必要な訓練を行います。

17 業務継続計画の策定

施設は、感染症や非常災害の発生時において、入所者に対する施設サービスの提供を継続的に実施するため、及び非常時の体制で早期の業務再開を図るための計画を策定し、計画に従って必要な措置を講じます。

施設は、従業者に対し、業務継続計画について周知するとともに、必要な研修および訓練を定期的に実施します。

18 苦情の受付

(1) 施設の相談・苦情窓口

施設に対するご相談や苦情は以下の専用窓口で受け付けます。

○受付窓口	特別養護老人ホーム香樹の里 生活相談員 TEL 045-820-4123 FAX 045-820-4131
○受付時間	毎日 9:00～17:30 施設内に苦情受付ボックスも設置しております。

(2) 行政機関その他苦情受付機関

各区福祉保健センター 高齢・障害支援課 介護保険担当		
○受付時間	月曜日～金曜日（祝祭日除く） 9:00～17:00	
区	所 在 地	電 話 番 号
南	横浜市南区浦舟町 2-33	045-341-1138
港 南	横浜市港南区港南 4-2-10	045-847-8495
戸 塚	横浜市戸塚区戸塚町 16-17	045-866-8452
保土ヶ谷	横浜市保土ヶ谷区川辺町 2-9	045-334-6394
磯 子	横浜市磯子区磯子 3-5-1	045-750-2494
金 沢	横浜市金沢区泥亀 2-9-1	045-788-7868
中	横浜市中区日本大通 35	045-224-8163
神奈川	横浜市神奈川区広台太田町 3-8	045-411-7019
横浜市健康福祉局 高齢施設課		
所在地	横浜市中区本町 6-50-10	
TEL	045-671-3923	
○受付時間	月曜日～金曜日（祝祭日除く） 9:00～17:00	
横浜市福祉調整委員会 事務局（横浜市健康福祉局 相談調整課）		
所在地	横浜市中区本町 6-50-10	
TEL	045-671-4045	
○受付時間	月曜日～金曜日（祝祭日除く） 8:45～17:15	
神奈川県国民健康保険団体連合会 介護保険課 介護苦情相談係		
所在地	横浜市西区楠町 27-1	
TEL	045-329-3447	
○受付時間	月曜日～金曜日（祝祭日・年末年始除く） 8:30～17:15	

令和 年 月 日

指定介護福祉施設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。

指定介護老人福祉施設 香樹の里

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者から重要事項の説明を受け、指定介護福祉施設サービスの提供開始に同意するとともに、本書2通に署名（記名）捺印した内の1通を受け取りました。

利 用 者

住 所 _____

氏 名 _____ 印

身元引受人

住 所 _____

氏 名 _____ 印