

「宮崎医療センター病院 介護医療院」重要事項説明書

1. 事業者（法人）の概要

名称・法人種別	医療法人社団 晴緑会
所在地	高知県高知市一宮南町1丁目10番15号 電話 088-845-1641 ファックス 088-846-2811
代表者名	理事長 種子田 吉郎

2. 事業所（ご利用施設）

施設の名称	宮崎医療センター病院 介護医療院
所在地・連絡先	宮崎県宮崎市高松町2番16号 電話 0985-26-2800 ファックス 0985-27-6811
事業所番号	45B0100043
施設長氏名	田畑 直人

3. 施設の目的及び運営方針

（1）施設の目的

この施設は、介護保険法令の定めるところにより、要介護者であって、主として長期にわたり療養が必要である者に対し、施設サービス計画に基づいて、療養上の管理、看護、医学的管理の下における介護及び機能訓練、その他の必要な医療並びに日常生活上の世話をを行うことを目的とします。

（2）運営方針

ア 入所者の意思及び人格を尊重し、常に入所者の立場に立って介護医療院サービス提供に努めます。

イ 明るく家庭的な雰囲気有し、地域や家庭との結びつきを重視した運営を行い、市町村、居宅介護支援事業者、居宅サービス事業者、他の介護保健施設その他の保健医療サービス又は福祉サービスを提供する者との密接な連携に努めます。

上記事項を円滑に進めるため、ご家族および関係機関との連携を図りますが、ご本人の判断能力が不十分な方、ご親族の協力が得にくい方につきましては、成年後見制度をご利用することを推進しております。その手続き等に関しては施設介護支援専門員がお手伝いさせていただきます。

4. 施設の概要

(1) 構造等

敷 地		
建 物	建物	鉄筋コンクリート 6 階（内 5 階部分）
	延床面積	1315.19 m ²
	利用病床	58 床（AB 館 5 階部分）

(2) 主な施設

設 備	室 数	備 考
居 室	15	7.47 m ² 以上（一人当たり） 4 人室 14 室 2 人室 1 室
食堂兼談話室	1	一人当たり 1 m ² 以上
機能訓練室（兼用）	1	理学療法室、作業療法室、言語聴覚室
浴 室	2	一般浴 1 機械浴 1

5. 施設の職員体制

当施設では、入所者に対して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。

従業者の職種	専従・兼務	常勤換算後の人員
管理者	兼務	1 人
医師	兼務	1.3 人以上
薬剤師	兼務	0.4 人以上
管理栄養士	兼務	1.2 人以上
看護職員	専従	10 人以上
介護職員	専従	15 人以上
介護支援専門員	専従	1 人以上
理学療法士	専従	1 人以上
作業療法士	専従	1 人以上
言語聴覚士	専従	1 人以上

6. 職員の勤務体制

従業者の職種	勤 務 体 制	備 考
施設長	①正規の勤務時間帯 8：30～17：00	
医 師	病院との兼務のため 24 時間体制となります	
薬剤師	上記①に同じ	
管理栄養士	上記①に同じ	

看護職員	日勤 8:30~17:00 ※1 夜勤 16:30~9:00 * 夜間帯: 1名勤務	
介護職員	日勤 08:30~17:00 ※1 夜勤 16:30~9:00 * 夜間帯: 2名勤務	
理学療法士	上記①に同じ	
作業療法士	上記①に同じ	
言語聴覚士	上記①に同じ	
介護支援専門員	上記①に同じ	

※1 看護・介護職員は日勤の勤務の他、早出、遅出等の勤務があります。

※ 当施設では、必要に応じた職員研修を実施しております。また、施設外の専門研修等にも参加することで、職員の資質向上を図っております。

7. 施設サービスの内容と利用料金

当施設では、ご契約者に対し以下のサービスを提供いたします。

(1) サービスの種類と内容

種類	内容	備考
ケアプランの作成	<ul style="list-style-type: none"> ① 入所者が自立した日常生活を営むことができるように支援するうえで解決すべき課題の把握（以下「アセスメント」という。）を行います ② 入所者の了解を得て、主治の医師に意見を尋ねることがあります ③ 介護支援専門員を中心にカンファレンスを開いて検討します ④ 入所者の希望及び入所者についてのアセスメントの結果及び医師の治療の方針に基づき、入所者の家族の希望を勘案して、ケアプランの原案を作成します ⑤ ケアプラン原案の内容について、入所者又はその家族に対して説明し、同意を得ます ⑥ ケアプランを作成した際には、入所者又は家族に交付します ⑦ ケアプランの作成後、定期的にケアプランの実施状況の把握を行い、必要時に応じて変更を行います 	
食事	<p>入所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</p> <p>時間帯) 朝食 8:00~ 昼食 12:00~ 夕食 18:00~</p> <p>※経管栄養の方につきましては、適宜状態に合わせた時間帯で提供を行います</p>	
医療・看護	① 医師の診察は必要時に適宜行います。	

	② 当施設では行えない急性期治療（手術等）については併設医療機関に移っての治療、もしくは他医療機関等へのご紹介となります ③ 歯科治療、眼科治療は当施設ではなく、歯科、眼科（外部）での治療となります。また、精神科治療が必要な場合には、精神科病院に入院して治療していただく場合があります	
機能訓練	理学療法士、作業療法士、言語聴覚士により入所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に努めます	
入浴・清拭	年間を通して週2回の入浴又は清拭を行います。	
排 泄	入所者の状況に応じて、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	オムツ使用の入所者負担はありません
離床・着替え・整容等	① 寝たきり防止のため、毎日の離床のお手伝いをします ② 生活のリズムが整えられるように、個々に応じた対応をいたします ③ 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します	
シーツ交換	シーツ交換は週1回行います	
洗濯	(株)カクイックス	業者委託可能
施設行事等	① 当施設では季節に合わせて次のような行事の提供をいたしております ② ひなまつり、お花見、七夕、敬老会、クリスマスなど参加は任意ですが、費用負担が発生した場合は実費で請求させていただきます	
相談及び援助	入所者とそのご家族からのご相談に応じます	

(2) サービス利用料金

当施設が提供するサービスの利用料金につきましては、介護保険適用分については原則、法定代理受領（介護保険負担割合（1割～3割）を乗じた額）を前提としております。食事等に関しては、介護保険適用外となりますので原則全額自己負担となります。

※ 入所時に担当介護支援専門員、事務職員がご説明いたします。（お住まいの市町村により制度の違い等ございますので、詳しくは市町村の窓口でご確認ください）

<基本料金>

要介護度に応じた基本料金は下記のとおりです。（1日につき）

I型介護医療院サービス費（I）

（1単位10円で算出）

区 分	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
基本料金	8,330円	9,430円	11,820円	12,830円	13,750円
自己負担額(1割)	833円	943円	1,182円	1,283円	1,375円
自己負担額(2割)	1,666円	1,886円	2,364円	2,566円	2,750円
自己負担額(3割)	2,499円	2,829円	3,546円	3,849円	4,125円

<その他の加算及び特別診療費>

※ その他の加算及び特別診療費については、実施した場合にのみ利用料金に加算されます。金額の詳細な情報については、本説明書の説明者にご確認下さい。

加算金額については、介護保険法に基づき算出しております。同法改正等により変更が生じる場合がありますので、ご了承ください。

(1 単位 10 円で算出)

【その他の加算】項目	1割負担	2割負担	3割負担	備考
療養環境減算(Ⅱ)	-25円	-50円	-75円	1日
夜間勤務等看護(夜勤Ⅳ)	7円	14円	21円	1日
若年性認知症受入加算	12円	24円	36円	1日
外泊時費用加算	362円	724円	1,086円	1日(月6日限度)
試行的退所サービス費	800円	1,600円	2,400円	1日(月6日限度)
他科受診時費用	362円	724円	1,086円	1日(月4日限度)
初期加算	30円	60円	90円	1日(30日)
退所時栄養情報連携加算	70円	140円	210円	1回(月1回限度)
再入所持栄養連携加算	200円	400円	600円	1回
退所前訪問指導加算	460円	920円	1,380円	1回又は2回
退所後訪問指導加算	460円	920円	1,380円	1回
退所時指導加算	400円	800円	1,200円	1回
退所時情報提供加算(Ⅰ)	500円	1,000円	1,500円	1回
退所時情報提供加算(Ⅱ)	250円	500円	750円	1回
退所前連携加算	500円	1,000円	1,500円	1回
訪問看護指示加算	300円	600円	900円	1回
協力医療機関連携加算	100円	200円	300円	1月(R7年度~50円)
協力医療機関連携加算	5円	10円	15円	1回
栄養マネジメント強化加算	11円	22円	33円	1日
経口移行加算	28円	56円	84円	1日(180日以内限度)
経口維持加算(Ⅰ)	400円	800円	1,200円	1月
経口維持加算(Ⅱ)	100円	200円	300円	1月
口腔衛生管理加算(Ⅰ)	90円	180円	270円	1月
口腔衛生管理加算(Ⅱ)	110円	220円	330円	1月
療養食加算	6円	12円	18円	1回(日3回限度)
在宅復帰支援機能加算	10円	20円	30円	1日
緊急時治療管理	518円	1,036円	1,554円	1回(連続3日/月限度)
認知症専門ケア加算(Ⅰ)	3円	6円	9円	1日
認知症専門ケア加算(Ⅱ)	4円	8円	12円	1日
認知症チームケア推進加算(Ⅰ)	150円	300円	450円	1月
認知症チームケア推進加算(Ⅱ)	120円	240円	360円	1月
認知症行動・心理症状緊急対応加算	200円	400円	600円	1日(入所後7日限り)

【その他の加算】項目	1割負担	2割負担	3割負担	備考
重度認知症疾患療養体制加算（Ⅰ）	140円	280円	420円	1日（要介護1・2）
重度認知症疾患療養体制加算（Ⅰ）	40円	80円	120円	1日（要介護3・4・5）
重度認知症疾患療養体制加算（Ⅱ）	200円	400円	600円	1日（要介護1・2）
重度認知症疾患療養体制加算（Ⅱ）	100円	200円	300円	1日（要介護3・4・5）
排せつ支援加算（Ⅰ）	10円	20円	30円	1月
排せつ支援加算（Ⅱ）	15円	30円	45円	1月
排せつ支援加算（Ⅲ）	20円	40円	60円	1月
自立支援促進加算	280円	560円	840円	1月
科学的介護推進体制加算（Ⅰ）	40円	80円	120円	1月
科学的介護推進体制加算（Ⅱ）	60円	120円	180円	1月
安全対策体制加算	20円	40円	60円	1回（入所初日限り）
高齢者施設等感染対策向上加算（Ⅰ）	10円	20円	30円	1月
高齢者施設等感染対策向上加算（Ⅱ）	5円	10円	15円	1月
新興感染症等施設療養費	240円	480円	720円	1回（連続5日/月限度）
生産性向上推進体制加算（Ⅰ）	100円	200円	300円	1月
生産性向上推進体制加算（Ⅱ）	10円	20円	30円	1月
サービス提供体制強化加算（Ⅰ）	22円	44円	66円	1日
サービス提供体制強化加算（Ⅱ）	18円	36円	54円	1日
サービス提供体制強化加算（Ⅲ）	6円	12円	18円	1日
介護職員処遇改善加算（Ⅰ）	（所定単位数×5.1%×10）の1割、2割、又は3割負担額（月）			
介護職員処遇改善加算（Ⅱ）	（所定単位数×4.7%×10）の1割、2割、又は3割負担額（月）			
介護職員処遇改善加算（Ⅲ）	（所定単位数×3.6%×10）の1割、2割、又は3割負担額（月）			
介護職員処遇改善加算（Ⅳ）	（所定単位数×2.9%×10）の1割、2割、又は3割負担額（月）			

【特別診療費】項目	1割負担	2割負担	3割負担	備考
感染対策指導管理	6円	12円	18円	1日
褥瘡対策指導管理（Ⅰ）	6円	12円	18円	1日
褥瘡対策指導管理（Ⅱ）	10円	20円	30円	1月
初期入所診療管理	250円	500円	750円	入所中1回又は2回
特定施設管理	250円	500円	750円	1日
特定施設管理に加算	150円	300円	450円	1日（2人部屋の場合）
重症皮膚潰瘍管理指導加算	18円	36円	54円	1日
薬剤管理指導	350円	700円	1,050円	1回/週（4回/月限度）
薬剤管理指導に加算	20円	40円	60円	1月
薬剤管理指導に加算	50円	100円	150円	1回
医学情報提供（Ⅰ）	220円	440円	660円	1回/退院時
医学情報提供（Ⅱ）	290円	580円	870円	1回/退院時

【特別診療費】項目	1割負担	2割負担	3割負担	備考
理学療法（Ⅰ）	123円	246円	369円	1回
理学療法（Ⅰ）	86円	172円	258円	1回（11回目以降）
（理学療法）リハ ^レ リ-ヨ ^リ 体制強化加算	35円	70円	105円	1回
作業療法	123円	246円	369円	1回
作業療法	86円	172円	258円	1回（11回目以降）
（作業療法）リハ ^レ リ-ヨ ^リ 体制強化加算	35円	70円	105円	1回
言語聴覚療法	203円	406円	609円	1回
言語聴覚療法	142円	284円	426円	1回（11回目以降）
（言語聴覚療法）リハ ^レ リ-ヨ ^リ 体制強化加算	35円	70円	105円	1回
リハビリテーションに加算	33円	66円	99円	1月
集団コミュニケーション療法	50円	100円	150円	1回
摂食機能療法	208円	416円	624円	1回（4回/月限度）
短期集中リハビリテーション	240円	480円	720円	1日
認知症短期集中リハビリテーション	240円	480円	720円	1日（3日/週限度）

※ 介護保険適用の場合でも、保険料の滞納等により、事業者へ直接介護保険給付が行われない場合があります。その場合は、償還払い（全額自己負担）となります。尚、利用料金のお支払いと引き換えにサービス提供証明書と領収書を発行いたします

★ 高額介護サービス費について

月々の介護サービス費の自己負担額が世帯合計で上限額を超えた場合に、その超えた分が払い戻しされるものです。詳しくは相談窓口でお尋ね下さい。

<その他の費用>

区分	第1段階	第2段階	第3段階①	第3段階②	第4段階
食費（※1）（日額）	300円	390円	650円	1,360円	1,445円
居住費（日額）	0円	430円	430円	430円	560円

<介護保険給付対象外サービス>

以下のサービス等は、利用料金の全額が入所者の負担となります

種類	内容	利用料
理容・美容	施設では出張による理美容サービスをご利用いただけます	施設内に利用料金表がございます
日常生活用品	日常生活に必要な物品（ただし、オムツは介護保険給付です）	原則、ご家族でお願い致します
金銭管理	日常生活に係る費用の管理（原則、ご本人・ご家族の管理でお願い致します）	原則、当施設では行いません。事情のある方は、公的サービスの利用又は管理者が責任を持って管理します

洗濯代	当施設では洗濯サービス（1 業者）をご利用できます	(株)カクイックスとのご契約が可能です
-----	---------------------------	---------------------

- ※ 介護保険サービス以外のご利用者の身の回りのお世話等は、原則ご家族による管理です。ご家族で対応できない場合は、公的制度のご利用をお願い致します（日常生活自立支援事業・成年後見制度）
 - ※ 当施設で一時的に管理等を希望される場合は、施設職員にご相談ください
 - ※ 当施設から通常配付される以外の謄写を希望される方は、1 枚 20 円を実費負担していただきます
- 費用等についてのご質問・ご相談は医事課にて承っております

8. 利用料金のお支払い方法

毎月、10日までに前記7に記載の金額を基に算定した、前月分の利用料等を利用料明細書により請求いたしますので、25日までに窓口にてお支払い下さい。なお、クレジットカード、デビットによるお支払いも出来ますので窓口にご相談ください。また、銀行振込も出来ますので下記口座に振り込み送金してお支払い下さい。

- ※ 入金確認後、領収書を発行いたします
- ※ 1月に満たないサービス利用期間に関する料金は、利用日数に基づいて計算した金額となります

銀行名 みずほ銀行 宮崎支店
 預金種類 普通預金
 口座番号 1775970
 口座名 医療法人社団 晴緑会 宮崎医療センター病院
 理事長 種子田 吉郎

9. サービス内容に関する苦情相談窓口

当施設のサービスについて、ご不明な点や疑問、苦情等がございましたら、介護支援専門員までお気軽にご相談ください。

当施設利用者相談窓口	窓口部署	入院介護支援科
	ご利用時間	8:30~17:00（土・日、祝日、および12/31~1/3を除く）
	ご利用方法	直接お話を伺う他、電話やファックス、ホームページのお問合せフォーム、ご意見箱等での受付があります
		電話：0985-26-2800 ファックス：0985-26-2174 メール： https://www.jojinkai.com/miyazaki/ ご意見箱：談話室に設置

※ 当施設では苦情処理委員会を設けて苦情解決に当たり、責任をもって調査、改善をさせていただきます。また、直接申し出にくい場合などは、病院内にも相談窓口がございますので、その場合は、病院総務課までご相談ください。

その他の苦情相談窓口

宮崎県庁 福祉保健部 長寿介護課 施設介護担当	所在地	宮崎市橘通東1丁目9-18
	電話番号	0985-26-7058
	対応時間	平日8:00~17:15
宮崎市役所 福祉部 介護保険課	所在地	宮崎市橘通西1丁目1番地1号
	電話番号	0985-21-1777
	対応時間	8:30~17:15(月~金) 祝・休日及び12/29~1/3除く
国民健康保険団体連 合会(国保連) 相談苦情窓口	所在地	宮崎市下原町231番地1号
	電話番号	0985-35-5301
	対応時間	8:30~17:15(月~金) 祝・休日及び12/29~1/3除く
宮崎市小戸・橘地区 地域包括支援センタ ー	所在地	宮崎市末広1丁目4番39号
	電話番号	0985-29-5073
	対応時間	8:30~17:00(月~金) 祝・休日及び12/29~1/3除く
宮崎県福祉サービ ス運営適正化委員 会	所在地	宮崎市原町2番22号 宮崎県福祉総合センター
	電話番号	0985-60-0822
	対応時間	9:00~12:00、 13:00~16:30(月~金) 祝・休日及び12/29~1/3除く

10. 非常災害（大規模災害）時の対策

非常時の対応	別途定める「宮崎医療センター病院 介護医療院 消防計画」にのっとり対応を行います。			
避難訓練及び 防災設備	別途定める「宮崎医療センター病院 介護医療院 消防計画」にのっとり年2回夜間及び昼間を想定した避難訓練を、入所者の方も参加して行います。			
	設備名称	有無	設備名称	有無
	自動火災報知器	有	スプリンクラー	有
	非常通報装置	有	屋内消火栓	有
	誘導灯	有	消火器	有
	防火扉	有	非常用電源	有
<p>* カーテン、布団などは防災性能のあるものを使用しています</p> <p>* 宮崎市消防所への届出日 1988年6月1日</p>				

11. 協力医療機関

医療機関の名称	医療法人社団 晴緑会 宮崎医療センター病院
院長名	田畑 直人
所在地	宮崎市高松町2番16号
電話番号	0985 - 26 - 2800
診療科	内科・外科・消化器内科・消化器外科・整形外科 リハビリテーション科・麻酔科・緩和ケア内科
病床数	292床

12. 協力歯科医療機関

歯科医療機関の名称	医療法人社団 秀歌会 青山歯科医院
歯科医師	青山 修
所在地	宮崎市本郷南方2040番地6
電話番号	0985 - 56 - 2337

13. 施設利用にあたっての留意事項

来訪・面会	<ul style="list-style-type: none">・面会時間 14:00～17:00（平日のみ） ※感染症の流行などの影響により、時間を変更する場合や面会が中止になることもありますのでご了承ください・来訪者は面会時間を遵守し、必ずその都度面会記録簿に記入してください・時間外に来所される場合には、必ず事前に許可を得てください
外出・外泊	外出・外泊の際は、必ず行き先と帰宅日時を施設職員に申し出てください
他科受診	他診療機関での診療や投薬を受けられる際は、主治医の紹介状等が必要になりますので、必ず事前に施設職員にご連絡下さい
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、弁償していただく場合があります
喫煙・飲酒	当施設敷地内、および隣接する道路等での喫煙・飲酒ならびに煙草、酒類の持ち込みはご遠慮願います
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ください。また、むやみに他の入所者の居室等に立ち入らないでください
所持品の管理	所持金品は、自己の責任で管理してください。もし、紛失盗難等が発生いたしましても責任は負いかねます
宗教活動・政治活動	施設内での他の入所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

14. 虐待防止のための措置

介護医療院は、虐待の発生又はその再発を防止するため、以下の措置を講じます。

- (1) 介護医療院における虐待の防止のための対策を検討する委員会を定期的を開催するとともに、その結果について、従業者に周知徹底を図ります。
- (2) 介護医療院における虐待の防止のための指針を整備します。
- (3) 介護医療院において、従業者に対し、虐待の防止のための研修を定期的を実施します。
- (4) (1)～(3)に掲げる措置を適切に実施するための担当者を置きます。

2 介護医療院は虐待等が発生した場合、速やかに市町村へ通報し、市町村が行う虐待等に対する調査等に協力するよう努めます。

15. 個人情報の利用及び秘密保持

当施設では、入所者及びご家族等の皆様の個人情報を下記目的で利用させて頂くことがあります。これら以外の目的で利用させて頂く必要が生じた場合には、改めて入所者又はご家族の皆様からの同意を頂くことにしておりますのでご安心ください。同意し難いものがある場合には、その旨をお申出ください。お申出がないものについては、同意して頂けたものとして取り扱わせて頂きます。またこれらのお申出は後からいつでも撤回、変更等を行うことが可能です。

個人情報の取り扱いには万全の体制で取り組み、秘密保持を遵守致します。

当施設における個人情報の利用目的

- 介護サービスの提供
 - ・ 当施設での介護サービスの提供
 - ・ 他の病院、診療所、薬局、訪問看護ステーション、介護サービス事業者、行政機関等との連携及び照会への回答
 - ・ ご家族などへの介護サービスの説明
 - ・ その他、入所者様への介護サービスの提供に関する利用
- 介護サービス費請求のための事務
 - ・ 当施設での医療・介護・労災保険、公費負担介護サービスに関する事務及びその委託審査支払機関へのレセプト提出
 - ・ 審査支払機関又は保険会社からの照会への回答
 - ・ 公費負担介護サービスに関する行政機関等へのレセプト提出、照会への回答
 - ・ その他、医療・介護・労災保険、公費負担介護サービスに関する介護サービス費請求他の為の利用
- 当施設の管理運営業務
 - ・ 会計、経理
 - ・ 医療事故等の報告
 - ・ 当該入所者様の介護サービスの向上
 - ・ その他、当施設の管理運営業務に関する利用
- 医療介護賠償責任保険などに係る専門の団体、保険会社等への相談又は届出等
- 医療・介護サービスや業務の維持・改善のための基礎資料
- 当施設内において行われる実習への協力
- 介護の質の向上を目的とした施設内での症例研究
- 外部監査機関への情報提供

上記個人情報の利用及び秘密保持に同意します

入 所 者 氏 名 _____ 印 _____

代 筆 及 び 氏 名 _____ 印 _____ 続 柄 _____

同 意 者 代筆理由：身体的な障がい等で署名困難
判断能力に障がいがあり署名困難
その他（ _____ ）

20 年 月 日

宮崎医療センター病院 介護医療院のサービス開始にあたり、ご入所者に対して契約書および本説明書にもとづいて重要な事項を説明しました。

事業者

所在地 宮崎市高松町2番16号
名称 医療法人社団 晴緑会 宮崎医療センター病院 介護医療院
代表者 理事長 種子田 吉郎 印
電話番号 0985-26-2800

説明者

所属 宮崎医療センター病院 介護医療院

職種 _____ 氏名 _____ 印

私は、契約書および本書面により事業者から施設サービスについての重要事項説明を受けました。

入所者 住所 _____

氏名 _____ 印

電話番号 _____

代筆者 住所 _____

氏名 _____ 印 続柄 _____

電話番号 _____

代筆理由：身体的な障がいでの署名困難

判断能力に障がいがあり署名困難

その他（ _____ ）

身元引受人 住所 _____

氏名 _____ 印 続柄 _____

電話番号 _____