

## 身元保証<施設入所特化型>申込書

ふりがな		性別	男性 女性	年齢	歳
利用者の方の氏名	様	生年月日	明治 大正 昭和	年 月 日	
おすまい	住所	電話			
	駐車場 有・無 ( )	携帯			
	独居・同居 ( )	メール			
緊急連絡先	ふりがな	続柄	電話		
	氏名 様		メール		
	ふりがな	続柄	電話		
	氏名 様		メール		
※法定相続人代表者の方を必ず記載下さい。	ふりがな	続柄	電話		
	氏名 様		メール		
主治医	氏名	Dr. 医療機関名			
	住所	電話			
ケアマネジャー	氏名 様	事業所名			
	住所	電話 メール			
お身体等の状況 ご家族情報 特記事項等	<介護度> 申請中(認定予定 頃)・要支援( )・要介護( )				
	<既往症等> <input type="checkbox"/> 無し <input type="checkbox"/> 下記に無し( ) 脳疾患 <input type="checkbox"/> 脳出血 <input type="checkbox"/> くも膜下出血 <input type="checkbox"/> 脳梗塞 <input type="checkbox"/> パーキンソン病 <input type="checkbox"/> 認知症 慢性疾患 <input type="checkbox"/> 高血圧 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 高脂血症 <input type="checkbox"/> 閉塞性動脈硬化症 心臓疾患 <input type="checkbox"/> 狭心症 <input type="checkbox"/> 心筋梗塞 <input type="checkbox"/> 心不全 呼吸器疾患 <input type="checkbox"/> 気管支喘息 <input type="checkbox"/> 肺気腫 <input type="checkbox"/> 肺炎 <input type="checkbox"/> 肺結核 が ん <input type="checkbox"/> 肺がん <input type="checkbox"/> 胃がん <input type="checkbox"/> 肝がん <input type="checkbox"/> 大腸がん <input type="checkbox"/> 乳がん <input type="checkbox"/> 白血病				備考
施設入所について	施設名	(施設長氏名 )			
	住所	電話			
	入所希望日	平成 年 月 日	(利用日数 泊 日 ※ショートステイのみ記入)		
	財産管理や金銭管理を	当会	もしくは(第三者)	に委託されますか?	<input checked="" type="radio"/> する <input type="radio"/> しない
	<施設種類>	<input type="checkbox"/> 下記に無し( ) <input type="checkbox"/> 介護保険施設 <input type="checkbox"/> 特別養護老人ホーム <input type="checkbox"/> 介護老人保健施設 <input type="checkbox"/> 介護療養型医療施設 <input type="checkbox"/> ショートステイ <input type="checkbox"/> 老人福祉施設 <input type="checkbox"/> 養護老人ホーム <input type="checkbox"/> 軽費老人ホーム <input type="checkbox"/> その他民間施設 <input type="checkbox"/> 有料老人ホーム <input type="checkbox"/> サービス付き高齢者住宅 <input type="checkbox"/> グループホーム			

NPO 法人 ひとり暮らし高齢者の笑顔をつくる会 御中

平成 年 月 日

私は裏面重要事項説明書に同意の上、身元保証<施設入所特化型>を申し込みます。

ご利用者又は代筆される方のご署名

印

当申込書は、「NPO 法人ひとり暮らし高齢者の笑顔をつくる会 事務局」まで送付下さい。お問い合わせ先 TEL 06-6585-7131  
FAX 06-6585-7131 郵送 〒556-0023 大阪府大阪市浪速区稲荷 1-5-39 ターミナルサイド太田 702 号

<添付資料> 添付漏れが無いよう、チェックをおつけ下さい。

健康保険被保険者証、後期高齢者医療被保険者証等コピー

当会に財産管理や金銭管理を委託されない方は以下も忘れずに添付下さい。

年金や給与等定期所得あるいは一定残高を証する通帳コピー (表紙裏面と直近 3 ヶ月分の記帳内容)

# 重要事項説明書

## 1. サポートを提供する事業者およびスタッフについて

事業者 (相談・苦情窓口)	NPO 法人 ひとり暮らし高齢者の笑顔をつくる会 (大阪市指令市民第 1115 号) 理事長 兼 事務局長 野崎ジョン全也 (のぎきじゅんまさや) 大阪市浪速区稲荷一丁目 5 番 39 号 ターミナルサイド太田 702 号 電話: 06-6585-7131 FAX: 06-6585-7818 メール: <a href="mailto:info@npo1182.com">info@npo1182.com</a>
担当スタッフ	支部名 スタッフ名
営業日・営業時間	以下日程・時間帯は割増料金を申し受けます。 * 24 時間対応ではありません。対応できない場合があります。 日祝、特定期間 (正月・GW・お盆)、時間外 (20:00~24:00、0:00~8:00)

## 2. 身元保証<施設入所特化型>について

【内容】 適用地域は大阪府内および近畿一部 \* 対応困難な地域もあります。お問い合わせ下さい。

身寄りがおられない方や、ご家族・親戚がおられても疎遠であったり入院・入所されていたりご結婚や転勤・海外赴任等で離れてお住まいであったり、身内には身元保証を頼みづらいあるいは頼みたくないといった方の家族代わりとして、当会が施設入所時の身元保証人(キーパーソン)を務めます。

### < 身元保証人 (キーパーソン) として提供するサポート >

- ・ あらゆる場面でご本人やご家族の意志決定を合理的に支援致します。
- ・ 連帯保証人として、施設費滞納等債務の履行責任を負います。
- ・ 入所時のあらゆる手続 (医療・介護サービス等の契約も含む) の補助・代行を務めます。
- ・ 問題行動があった際には、ご本人と会話を重ね、ケアマネジャーや施設とも連携し、再発防止に努めます。
- ・ 緊急時や救急搬送時の対応を致します。(可能な限り速やかに行いますが、即時を謳うものではありません)
- ・ 入院中は、見舞や情報収集を通じて施設やケアマネジャーに情報提供致します。
- ・ 入院が長引く等施設を退所せざるを得ない際には身元を引き受けると共に、部屋を明け渡します。
- ・ 死亡時には縁故者への連絡や葬儀社の手配を致します。

### < 必要に応じてあるいはご依頼に応じて提供するサポート >

- ・ 転入届や印鑑登録、必要に応じて障害者手帳の住所書き換えといった市区役所での手続
- ・ 郵便局や金融機関、携帯キャリアといった民間事業者における住所変更手続の補助・代行を務めます。
- ・ 入所前住居の家財運搬・廃棄および明け渡し、電気/ガス/水道閉栓手続、電話回線の廃止手続等の補助・代行を務めます。
- ・ 日常の買物代行や外出、通院をお手伝い致します。

【料金】 \* 記載されている料金は、全て税抜表示です。

- ① 身元保証料金・・・入所施設の月額利用料金\*をベースに算出し、お申し込みから 24 時間以内に利用可否と共に提示します。  
\* 月額施設利用料金は賃料、管理・運営費、共益費、食費、介護保険負担額の合計で、オムツ等消耗品費を除く自己負担額です。  
介護老人保健施設・ショートステイは、身元保証料金を一度お支払い頂くと、滞納が無いことを条件に繰り返しご利用頂けます。  
料金は掛け捨て、預託金 (無利息でお預かりし、退所時や定められた期間経過後に返金する金銭) ではありません。
  - ・ ご自分で財産管理をされる方・・・入所施設における入所当初の月額利用料金 × 3 ヶ月分
  - ・ 当会に財産管理を委任される方・・・入所施設における入所当初の月額利用料金 × 概ね 1 ヶ月分
  - ・ 入所施設や後見人に財産管理を委任される方・・・入所施設における入所当初の月額利用料金 × 概ね 2 ヶ月分
  - ・ 介護老人保健施設を利用される方・・・入所施設における入所当初の月額利用料金 × 概ね 1 ヶ月分
  - ・ ショートステイをご利用される方・・・一律 10,000 円
- ② 各種手続代行や外出・入通院、施設からの対応要請時等には、身元保証料金とは別途規定した料金を申し受けます。  
詳しくは生活サポート、外出サポート、通院サポート、入院サポートの概要・料金表をご覧ください。  
入所前住居の家財運搬・廃棄については、別途お見積もりをさせていただきます。お気軽にお申し付け下さい。

## 3. 個人情報取扱および守秘義務について

当会では、利用者の方の個人情報について「個人情報の保護に関する法律」および厚生労働省「医療・介護関係事業者における個人情報の適切な取り扱いのためのガイドライン」に準じた適切な取扱いに努めます。当会および当会のスタッフがサポートを提供する上で知り得た利用者の方およびそのご家族に関する個人情報について、以下範囲以外に使用すること、および第三者への開示を固く禁じています。

- ① 郵便や DM、電子メール等による当会サポート、イベントに関する情報提供
- ② サポート提供上必要な書類等の送付
- ③ サポートに関するご相談・お問合せ等の連絡および対応業務
- ④ サポート向上や各種企画のための統計資料作成

ただし、例外的に、ご本人もしくはご家族の許可のもと、ホームページ等に写真や活動内容を掲載させて頂くことがございますのでご了承下さい。  
また、当会が管理する情報については利用者の方の求めに応じてその内容を開示することとし、開示結果、情報訂正・追加または削除を求められた場合は停滞なく調査を行い、訂正等を行うものとします。

## 4. 事故発生時の対応方法について

利用者の方へのサポート提供により事故が発生した場合は、市町村・ご家族・担当ケアマネジャー等に連絡を行うと共に、必要な措置を講じます。  
なお、当会では下記損害保険に加入しています。元受会社: 三井住友海上火災保険(株)

福祉事業者総合賠償責任保険 (業務遂行損害補償、生産物損害補償、受託財物損害補償等)、自動車保険

## 5. 重要事項説明の年月日 平成 年 月 日

上記内容について、利用者の方に説明を行いました。

説明者署名

印