

## 身元保証サポート<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				
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					
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 ( )			備考		
	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
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)		
	金銭預託もしくは金銭管理を施設に委託されますか?	<input checked="" type="radio"/> する <input type="radio"/> しない					
<施設種類>	<input type="checkbox"/> 下記に無し ( )						
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			
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					
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、身元保証サポート<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。  
 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。  
 健康保険証コピー  
 入所施設に金銭預託および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・FAX : 06-6585-7131 メール : <a href="mailto:info@npo1182.com">info@npo1182.com</a> <b>各種ご相談やサポートにかかわる苦情も上記にお寄せ下さい。</b>
担当スタッフ	支部名 <span style="float: right;">スタッフ名</span>
営業日・営業時間	以下日程や時間帯のサポートにつきましては割増料金を申し受けます。 日祝、特定期間 (正月・GW・お盆)、深夜・早朝 (22:00~24:00/0:00~5:00)

## 2. 身元保証サポート<施設入所特化型>について

### 【目的】

身寄りの無い方をはじめ施設入所時の身元保証人にお困りの方を対象に、当社が身元保証を務めることで円滑な施設入所をサポートします。また、ご結婚や転勤・海外赴任等親御さんと遠く離れてお住まいで、緊急時の駆けつけが困難といったご家族の負担を軽減致します。

### 【適用地域】

大阪府内、近畿一部、金沢市、富山市内。ただし、緊急時対応等で現地のソーシャルワーカーやケースワーカー、ケアマネジャーと連携ができる場合に限り、書類上の身元保証は日本国内全域でお届け致します。

### 【サポート内容および料金】 ※記載されている料金は、全て税抜表示です。

- ① 当社が施設ごと、入所ごとに身元保証をお願いします。具体的には申込書に記載された方の身元引受人・連帯保証人として、万が一施設費を滞納された場合の債務履行や緊急時の駆けつけ、お亡くなりになった際の身柄引受や各種手続等の責を負います。
- ② 身元保証サポート料金は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。
  - ・ 入所施設に金銭預託もしくは管理を委託される方および介護老人保健施設を利用される方は、月額施設利用料金 1 ヶ月分の料金
  - ・ 入所施設に金銭預託もしくは金銭管理を委託されない方は、月額施設利用料金 3 ヶ月分の料金
  - ・ ショートステイをご利用される方は一律 10,000 円
- ③ 介護老人保健施設やショートステイは、利用料金の滞納が無いことを条件に、1 回のご契約で繰り返しご利用頂けます。
- ④ 日常のサポートや緊急時対応等は、ご利用頂いた分だけ都度お支払い頂く料金体系です。緊急時対応以外は別途お申し込みが必要です。詳しくは生活/通院/外出/入院サポートのご案内をご覧ください。
- ⑤ 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。

### 【禁止事項】

- ① 医療行為ならびにご家族やケアマネジャーよりご依頼の無い身体介助
- ② 100 万円を超える現金取扱
- ③ 利用者の方又はご家族の自動車運転代行
- ④ 送迎のみを目的とした当社および当社スタッフが所有する自動車によるサポート
- ⑤ 危険、専門性を伴う作業 (営繕・修理、高所作業等)

## 3. 個人情報取扱および守秘義務について

当社では、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。当社および当社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社サポート、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、当社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. 緊急時の対応方法について

サポート提供中に緊急の事態が発生した場合、利用者の方の主治医および予め指定された緊急連絡先に連絡します。

## 5. 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、当社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

## 6. 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