

重要事項説明書

1. 当法人の概要

- ◇法人種別・名称
社会福祉法人 鈴保福祉会
- ◇代表者名
理事長 鈴木 聡
- ◇所在地
川崎市麻生区上麻生5-19-10
- ◇事業概要
 - ★特別養護老人ホーム 柿生アルナ園（介護老人福祉施設）
 - ・日帰り通所介護事業
 - ・短期入所生活介護事業
 - ・居宅介護支援事業
 - ・地域包括支援センター
 - ★放課後児童健全育成事業
 - ★保育所柿生保育園
 - ★柿生かきっこ保育園

2. 事業所の概要

- ◇事業所名
社会福祉法人 鈴保福祉会
特別養護老人ホーム 柿生アルナ園（介護老人福祉施設）
- ◇所在地
川崎市麻生区上麻生5-19-10
電話番号 044-987-0021 Fax 044-989-1440
- ◇提供可能サービス
・介護老人福祉施設（特別養護老人ホーム）
・短期入所生活介護事業・予防短期入所生活介護事業所（ショートステイ）
- ◇事業者番号
・介護老人福祉施設 1475600126
・短期入所生活介護事業所 1475600217
- ◇管理者及び連絡先
鈴木 聡 Tel 044-987-0021
- ◇サービス提供地域
川崎市内

3. 事業所の職員体制

- ◆管理者 2名（常勤・兼務） ◆生活相談員 2名（常勤・兼務）
- ◆介護支援専門員 2名（常勤・非常勤・兼務） ◆看護職員 5名（常勤・非常勤・兼務）
- ◆機能訓練指導員 1名（非常勤・兼務） ◆管理栄養士 2名（常勤・兼務）
- ◆介護職員 33名（常勤・非常勤・兼務） ◆医師 1名（非常勤・兼務）
- ◆その他の職員（事務員・調理員・運転士・夜間管理人他） 19名（常勤・非常勤・兼務）
(2024年4月1日現在)

4. 居室等の設備

- ◇居室 2人部屋 6室（1階 6室 /2階 0室）
4人部屋 17室（1階 8室 /2階 9室）
- ◇食堂 2室（1階 1室 /2階 1室）
- ◇浴室 2室（2階のみ2室 一般浴室/中間浴・特殊浴槽）
- ◇医務室 1室 2階
- ◇静養室 1室 2階

5. サービス利用料及び利用者負担（重要事項説明書別紙参照）

厚生労働省の通知等により変更の可能性があります、原則的には次の通りです。

- ◇介護保険給付サービスに係る費用及び介護給付サービス加算は、介護保険の法定利用料に基づき要介護度別に算定します。その金額の1割、2割または3割を介護保険負担割合証に基づきお支払いいただきます。
- ◇介護保険外のサービスとなる場合（サービス利用料の一部が制度上の支給限度額を超える場合を含む。）には、全額自己負担となります。
- ◇介護保険の給付対象とならないサービスは、事業所の定める料金に基づき算定し、お支払いいただきます。
施設全体の行事食、おむつ代、日常生活最低限必要な日用品費は介護保険給付サービスに係る費用に含まれます。
（介護保険負担限度額認定証に基づき一部上限がもうけられる場合があります。）
- ◇自己負担金は、利用翌月の27日にご指定の金融機関の口座から引き落としさせていただきます。
- ◇理美容・クラブ活動等趣味にかかる費用、ティッシュペーパー等利用者個人に係る費用については、ご利用者負担となります。必要の都度説明・確認をさせていただきます。

6. 施設の利用に当たっての留意事項

- (1) 共同生活の秩序を保ち、相互の親睦に努めていただきます。
- (2) 外出・外泊を希望する場合には、所定の手続により管理者に届け出し許可を取っていただきます。
- (3) 健康に留意し、施設で行なう健康診断は、特別な理由がない限り受診していただきます。
- (4) 施設の清潔、整頓、その他環境衛生の保持の為に施設に協力して生活していただきます。
- (5) サービスに係る利用料等を、当該サービスを利用した月の翌月27日までに速やかに現金又は銀行振込でお支払いいただきます。
- (6) 見守りカメラの設置、職員の写真を撮影する等の行為を個人情報保護法に照らし合わせて禁じています。万が一必要が認められた場合においても、本人の事前同意等が不可欠となります。
- (7) 施設内における次の行為を禁止し、改善が見込めず、健全な信頼関係を築き維持する事が出来ないと判断した場合は、サービスを中止し契約を解除させていただきます。
 - イ けんか、口論、泥酔などで他の利用者等に迷惑を及ぼすこと
 - ロ 施設の秩序、風紀を乱し、安全衛生を害すること
 - ハ 指定した場所以外で火気を用いること
 - ニ 故意に施設もしくは物品に損害を与え、又はこれを持ち出すこと
 - ホ 宗教や信条の相違などで他人を攻撃し、又は自己の利益の為に他人の自由を侵すこと
 - へ 事業者に対し行ふ暴言・暴力・嫌がらせ・誹謗中傷等の迷惑行為、様々なハラスメント行為などがあった場合

7. 協力医療機関

(1) 協力病院

たま日吉台病院

所在地：神奈川県川崎市麻生区王禅寺1107

TEL：044-955-8220

FAX：044-953-8199

※受診の際はご家族にご連絡致します。ご家族の付き添いを原則とさせていただきます。

(2) 嘱託医（週2回）

柿生すずき内科・循環器内科

所在地：神奈川県川崎市麻生区上麻生5-23-6

TEL：044-988-5577

FAX：044-988-5572

(3) 訪問歯科診療（週1回）

医療法人桜樹会 カオス歯科

所在地：神奈川県逗子市逗子2-10-8 NFCビル2F

TEL：046-872-5080

FAX：046-872-5081

8. 相談窓口、苦情対応

◇サービスに関する相談や苦情については、次の窓口で対応いたします。

☆相談苦情窓口

★電話番号 044-987-0021 Fax 044-989-1440

★相談員（責任者） 岩渕 淳子

★対応時間 9：00～18：00

☆公的機関においても、次の機関において苦情申出等ができます。

★川崎市健康福祉局高齢者事業推進課

・所在地 川崎区宮本町1

・電話番号 044-200-2910 Fax 044-200-3926

・対応時間 9：00～17：15

★神奈川県国民健康保険団体連合会（国保連）

・所在地 横浜市西区楠町27-1

・電話番号 045-329-3447

・対応時間 9：00～17：00

9. 事故発生時の対応方法

1. 利用者に対する当施設のサービスの提供により、事故が発生した場合は、速やかに市町 村、利用者の家族等に連絡を行うとともに、必要な措置を講じます。
2. 利用者に対する当施設のサービスの提供により、賠償すべき事故が発生した場合は、損害賠償を速やかに行います。
3. 前項の事故及び事故に際して採った処置を記録します。

10. 第三者評価の実施状況

第三者評価の実施状況について直近ではありません。

11. 特別に契約する事項

以上

説明確認欄 _____ 年 ____ 月 ____ 日

サービス契約の締結に当たり、上記により重要事項を説明しました。

事業所 所在地 川崎市麻生区上麻生5-19-10

事業者名 特別養護老人ホーム柿生アルナ園

管理者 _____ 印

説明者 _____ 印

サービス契約の締結に当たり、上記の説明を受け同意しました。

利用者 住所 _____

氏名 _____ 印

身元引受人 住所 _____

氏名 _____ 印

重要事項説明書

別紙 (令和6年度 改訂版)

地域区分：2級地 1単位=10.72円

1. 介護保険給付サービスに係る費用

施設ご利用料基本額 (利用者負担額は、介護保険負担割合証の割合率による)

介護度	単位数 (1日あたり)	介護保険 負担割合 1割 (1日あたり)	介護保険 負担割合 2割 (1日あたり)	介護保険 負担割合 3割 (1日あたり)	内容のご説明
要介護1	589 単位	631 円	1,262 円	1,894 円	施設のご利用料
要介護2	659 単位	706 円	1,412 円	2,119 円	
要介護3	732 単位	784 円	1,569 円	2,354 円	
要介護4	802 単位	859 円	1,719 円	2,579 円	
要介護5	871 単位	933 円	1,867 円	2,801 円	

2. 介護給付サービス加算

①施設加算

<月単位> (利用者負担額は、介護保険負担割合証の割合率による)

加算名	単位数 (1月あたり)	介護保険 負担割合 1割 (1月あたり)	介護保険 負担割合 2割 (1月あたり)	介護保険 負担割合 3割 (1月あたり)	内容(加算)のご説明
介護職員等処遇 改善加算 (I)	月総単位数の 14%	月総単位数の14%の 1割、2割または3割			介護職員の給与や労働環境の 改善を促進するための加算 で、職員のキャリアパスを明 確に整備し職場環境の改善に 取り組んでいる場合。
サービス提供体制 強化加算 (I)	22 単位	23 円	47 円	70 円	介護福祉士を 80/100 以上配置 している場合。
サービス提供体制 強化加算 (II)	18 単位	19 円	38 円	57 円	介護福祉士を 60/100 以上配置 している場合。
生産性向上推進体 制加算 (I)	100 単位	107 円	214 円	321 円	(II) の要件を満たし、見守 り機器等のテクノロジーを複 数導入し、介護職の役割分担 (介護助手などの活用) を行 う場合。
生産性向上推進体 制加算 (II)	10 単位	10 円	21 円	32 円	入居者の安全、介護サービ スの質の確保、職員の負担軽減 等の検討を委員会にて継続的 に実施している場合。見守り 機器等テクノロジーを1つ以 上導入し1年に1回取組デー タ提出を行う場合。

協力医療機関連携 加算 (Ⅰ)	100 単位 令和7年度より 50 単位	107 円 54 円	214 円 108 円	321 円 161 円	協力医療機関が一定の条件を満した上で、定期的な会議において入居者の現病等の情報共有を行った場合。
協力医療機関連携 加算 (Ⅱ)	5 単位	5 円	10 円	16 円	協力医療機関と、定期的な会議において入居者の現病等の情報共有を行った場合。
高齢者施設等 感染対策向上 加算 (Ⅰ)	10 単位	10 円	21 円	32 円	第二種協定指定医療機関との間で、新興感染症の発生時等の対応を行う体制を確保し、協力医療機関との間で、新興感染症以外の一般的な感染症の発生時等の対応を取り決めている場合。 研修又は訓練に1年に1回以上参加している場合。
高齢者施設等 感染対策向上 加算 (Ⅱ)	5 単位	5 円	10 円	16 円	(Ⅰ)に加え3年に1回以上施設内で感染者が発生した場合の感染制御等に係る実地指導を受けている場合。

<日単位> (利用者負担額は、介護保険負担割合証の割合率による)

加算名	単位数 (1日あたり)	介護保険 負担割合 1割 (1日あたり)	介護保険 負担割合 2割 (1日あたり)	介護保険 負担割合 3割 (1日あたり)	内容(加算)のご説明
夜勤職員配置加算 (Ⅰ) 口	13 単位	14 円	28 円	42 円	夜勤職員の数を基準以上配置している場合。
看護体制加算 (Ⅰ) 口	4 単位	4 円	8 円	12 円	常勤の正看護師1名以上を配置している場合。
看護体制加算 (Ⅱ) 口	8 単位	8 円	17 円	25 円	看護職員の数を基準以上配置し、24時間の連絡体制を確保出来ている場合。
日常生活継続 支援加算 (Ⅰ)	36 単位	38 円	77 円	115 円	前6ヶ月または12ヶ月間における入居者数の割合が基準以上である場合。 職員の介護福祉士数が基準以上配置されている場合。

②個別加算

<月単位> (利用者負担額は、介護保険負担割合証の割合率による)

加算名	単位数 (1月あたり)	介護保険 負担割合 1割 (1月あたり)	介護保険 負担割合 2割 (1月あたり)	介護保険 負担割合 3割 (1月あたり)	内容(加算)のご説明
口腔衛生管理 加算 (Ⅰ)	90 単位	96 円	193 円	289 円	口腔衛生の管理体制を整備し計画的に行い歯科衛生士が介護職員に年2回の指導を実施し、情報を活用し継続的な管理をする場合。

口腔衛生管理加算(Ⅱ)	110 単位	118 円	236 円	354 円	口腔衛生管理加算(Ⅰ)を満たすとともに口腔機能改善管理指導計画等の情報を厚生労働省に提出。情報を活用し継続的な管理をする場合。
科学的介護推進加算(Ⅰ)	40 単位	43 円	85 円	128 円	心身の状況等に係る基本的な情報を厚生労働省に提出し情報を活用し継続的な管理をする場合。
科学的介護推進加算(Ⅱ)	50 単位	54 円	108 円	161 円	科学的介護推進加算(Ⅰ)を満たすとともに疾病の状況や服薬情報等の情報を厚生労働省に提出する場合。
ADL維持等加算(Ⅰ)	30 単位	32 円	64 円	96 円	評価対象入居者等の総数が10人以上であり、ADL値を測定し厚生労働省に提出。評価対象入居者等の調整済ADL利得が1以上であり情報を活用し継続的な管理をする場合。
ADL維持等加算(Ⅱ)	60 単位	65 円	129 円	193 円	評価対象入居者等の総数が10人以上である。ADL値を測定し厚生労働省に提出。評価対象入居者等の調整済ADL利得が3以上であり情報を活用し継続的な管理をする場合。
褥瘡マネジメント加算(Ⅰ)	3 単位	3 円	6 円	9 円	3ヶ月に1回評価を行い厚生労働省に報告。褥瘡管理に関する褥瘡ケア計画を作成し情報を活用し継続的な管理をする場合。
褥瘡マネジメント加算(Ⅱ)	13 単位	14 円	28 円	42 円	褥瘡マネジメント加算(Ⅰ)を満たすとともに褥瘡が発生するリスクがあるとされた入居者について褥瘡の発生がなく、情報を活用し継続的な管理をする場合。
認知症チームケア推進加算(Ⅰ)	150 単位	160 円	321 円	482 円	認知症の方が1/2以上入居しており、認知症介護の指導に関する専門的な研修を修了した者を1名以上配置し、チームケアにて計画や評価、見直し等を実施した場合。
認知症チームケア推進加算(Ⅱ)	120 単位	128 円	257 円	385 円	認知症の方が1/2以上入居しており、認知症介護に関する専門的な研修を修了した者を1名以上配置し、チームケアにて計画や評価、見直し等を実施した場合。
特別通院送迎加算	594 単位	636 円	1,273 円	1,910 円	透析を要する入居者で、家族が病院等への送迎が困難と判断され月に12回以上、通院の送迎を行った場合。
経口維持加算(Ⅰ)	400 単位	428 円	857 円	1,286 円	摂食機能障害を有し、誤嚥が認められる入居者ごとに多職種で経口維持加算計画を作成し管理栄養士等が栄養管理を行う場合。
経口維持加算(Ⅱ)	100 単位	107 円	214 円	321 円	(Ⅰ)に加え、協力歯科医療機関の歯科医師または歯科衛生士が加わった場合。

個別機能訓練加算 (Ⅱ)	20 単位	21 円	42 円	64 円	LIFE への提出情報・フィードバック情報の活用をしている場合。個別機能訓練加算(Ⅰ)に上乗せが可能。
個別機能訓練加算 (Ⅲ)	20 単位	21 円	42 円	64 円	理学療法士等が個別機能訓練計画の内容と口腔の健康状態及び栄養状態を相互に情報共有し、見直しについても関係職種と共有している場合。
排せつ支援加算(Ⅰ)	10 単位	10 円	21 円	32 円	3ヶ月に1回評価を行い厚生労働省に報告。3ヶ月に1回支援計画を作成し支援を継続して実施する場合。
排せつ支援加算(Ⅱ)	15 単位	16 円	32 円	48 円	排せつ支援加算(Ⅰ)を満たすとともに入居時と比較して改善している。入居時に尿道カテーテルが留置されていた者が抜去された場合。
排せつ支援加算(Ⅲ)	20 単位	22 円	43 円	64 円	排せつ支援加算(Ⅰ)(Ⅱ)を満たすとともにおむつ使用ありから使用なしに改善している場合。
自立支援促進加算	280 単位	322 円	644 円	965 円	医師の関与の下、リハビリテーション・機能訓練、介護等を行う取り組みの推進アセスメントを実施。適切なケアを実施するための計画を策定し評価。LIFE へのデータ提出とフィードバックの活用等ケアの向上を図る。情報を活用し継続的な管理をする場合。

<日単位> (利用者負担額は、介護保険負担割合証の割合率による)

加算名	単位数 (1日あたり)	介護保険 負担割合 1割 (1日あたり)	介護保険 負担割合 2割 (1日あたり)	介護保険 負担割合 3割 (1日あたり)	内容(加算)のご説明
初期加算	30 単位	32 円	64 円	96 円	入居日から30日以内に限りです。
個別機能訓練加算 (Ⅰ)	12 単位	12 円	25 円	38 円	利用者の生活機能の維持・向上を目的とした評価・計画・訓練を提供する場合。
入院・外泊時加算	246 単位	264 円	528 円	792 円	外泊や入院で居室の利用が一時的でない場合。1ヶ月に6日を上限とします。
看取り介護加算 (Ⅰ)(Ⅱ) (死亡日)	1,280 単位 (Ⅰ) 1,580 単位 (Ⅱ)	1,372 円 (Ⅰ) 1,693 円 (Ⅱ)	2,744 円 (Ⅰ) 3,387 円 (Ⅱ)	4,116 円 (Ⅰ) 5,081 円 (Ⅱ)	看取りケアの同意のもとで死亡日以前45日を上限とします。加算区分(Ⅱ)は配置医師緊急時対応加算取得をした場合。
看取り介護加算 (Ⅰ)(Ⅱ) (死亡日前日・前々日)	680 単位 (Ⅰ) 780 単位 (Ⅱ)	729 円 (Ⅰ) 836 円 (Ⅱ)	1,458 円 (Ⅰ) 1,672 円 (Ⅱ)	2,187 円 (Ⅰ) 2,508 円 (Ⅱ)	
看取り介護加算 (Ⅰ)(Ⅱ) (死亡日以前 4日以上30日以下)	144 単位	154 円	309 円	463 円	

看取り介護加算 (Ⅰ) (Ⅱ) (死亡日以前 31日前～45日前)	72 単位	77 円	154 円	231 円	
新興感染症等施設 療養費	240 単位	257 円	514 円	771 円	入居者が国の定める感染症に感染した場合に医療機関と連携をとり、施設内で介護サービスを提供した場合。1ヶ月に1回連続する5日間を上限とします。
栄養マネジメント 強化加算	11 単位	11 円	23 円	35 円	管理栄養士を2名以上配置。低栄養状態の入所者食事の観察を週3回以上行う。調整等を行い情報を厚生労働省に提出。情報を活用し継続的な管理をする場合。
経口移行加算	28 単位	30 円	60 円	90 円	経管栄養を行っている入居者ごとに多職種で経口移行計画を作成し、管理栄養士等が栄養管理・支援を行う場合。
若年性認知症入所 者受入加算	120 単位	128 円	257 円	385 円	若年性認知症入居者ごとに個別に担当者を置き、当該入居者の特性やニーズに応じたサービスを提供する場合。65歳の誕生日の前々日まで適応。

<食単位> (利用者負担額は、介護保険負担割合証の割合率による)

加算名	単位数 (1食あたり)	介護保険 負担割合 1割 (1食あたり)	介護保険 負担割合 2割 (1食あたり)	介護保険 負担割合 3割 (1食あたり)	内容(加算)のご説明
療養食加算	6 単位	6 円	12 円	19 円	医師の食事箋に基づき食事を提供した場合。 1日3食を上限とします。

<回単位> (利用者負担額は、介護保険負担割合証の割合率による)

加算名	単位数 (1回あたり)	介護保険 負担割合 1割 (1回あたり)	介護保険 負担割合 2割 (1回あたり)	介護保険 負担割合 3割 (1回あたり)	内容(加算)のご説明
安全対策体制加算	20 単位	22 円	43 円	64 円	外部の研修を受けた担当者が配置され、施設内に安全対策部門を設置し、組織的に安全対策を実施する体制が整備されている場合。入居の際に1回を上限とします。

再入所時栄養連携加算	200 単位	215 円	429 円	644 円	退院後、施設入所時とは大きく異なる栄養管理が必要となった場合、管理栄養士が、病院での栄養食事指導に同席し、栄養管理について、病院の管理栄養士と相談の上、栄養ケア計画の原案を作成した場合。1回を上限とします。
退所時栄養情報連携加算	70 単位	75 円	150 円	225 円	特別食の必要や低栄養状態と医師が判断した入居者が退去し、医療機関へ移動する際、管理栄養士が栄養管理についての情報を医療機関へ提供した場合。1ヶ月に1回を上限とします。
退所前訪問相談援助加算	460 単位	493 円	986 円	1,479 円	特定の職種が、入居者の退去時に、その後生活する居宅を訪問し、今後のサービスについて相談援助を行った場合。居宅以外の入居施設も同様に可能。入居中1回を上限とします。
退所後訪問相談援助加算	460 単位	493 円	986 円	1,479 円	入居者の退去後 30 日以内に、生活する居宅を訪問し、今後のサービスについて相談援助を行った場合。居宅以外の入居施設も同様に可能。退去後1回を上限とします。
退所時相談援助加算	400 単位	428 円	857 円	1,286 円	入居者の退去後 14 日以内に、生活する居宅管轄の市区町村及び老人介護支援センターに対し、必要な情報を提供した場合。1人につき1回を上限とします。
退所前連携加算	500 単位	536 円	1,072 円	1,608 円	入居者の退去に際し、居宅サービスや地域密着型サービス利用において必要な情報を提供し、サービス事業者と連携し調整を行った場合。1人につき1回を上限とします。
退所時情報提供加算	250 単位	268 円	536 円	804 円	施設を退去し医療機関へ移動の際に、入居者の同意のもと心身の状況や生活歴等を示す情報を提供した場合。1人につき1回を上限とします。
配置医師緊急時対応加算	早朝・夜間 650 単位	696 円	1,393 円	2,090 円	午前6時から午前8時の間と午後6時から午後10時の間で施設からの依頼に対し、配置医師が施設を訪問し治療かつ、その記録をした場合。

	深夜 1,300 単位	1,393 円	2,787 円	4,180 円	午後 10 時から午前 6 時の間で施設からの依頼に対し、配置医師が施設を訪問し治療かつ、その記録をした場合。
	通常勤務 時間外 325 単位	348 円	696 円	1,045 円	通常の勤務時間以外で施設からの依頼に対し、配置医師が施設を訪問し治療かつ記録した場合。

※個別加算は該当するサービスがある場合にのみ算定されます。

3. 特定入所者介護サービス費

①食事（食材費及び調理費）の提供に要する費用

負担限度額認定証をお持ちの方は、限度額に応じてご請求いたします。

区分	介護保険 負担限度額 認定証	料金 (1日あたり)	内容のご説明
食費	第1段階	300 円	朝食・昼食・夕食 (おやつ代も含まれます)
	第2段階	390 円	
	第3段階①	650 円	
	第3段階②	1,360 円	
	限度額なし	1,880 円	

②居住費（室料）

負担限度額認定証をお持ちの方は、限度額に応じてご請求いたします。

区分	介護保険 負担限度額 認定証	料 金 (1日あたり)	内容のご説明
多床室	第1段階	0 円	1日あたりの室料 (2人部屋・4人部屋は同額となります)
	第2段階	370 円 令和6年8月より 430 円	
	第3段階	370 円 令和6年8月より 430 円	
	限度額なし	1,100 円 令和6年8月より 1,160 円	

4. その他の介護保険の給付対象とならないサービス <その他の費用>

区分	料金	内容のご説明
テレビ・電気毛布 使用料	50 円/日	テレビや電気毛布の家電を持参し、使用した場合
持ち込み 電化製品	50～100 円/日	4 個以上の電化製品を持ち込みされた場合は 100 円/日になります
理髪・理美容代	実費	理髪・理美容サービスを利用した場合
教育娯楽費	実費	クラブ活動に係る材料代等
健康管理費	実費	受診にかかる費用、予防接種代等
飲食代	実費	趣味・嗜好品・外注食の飲食代
送迎代	実費	個人の希望で遠方の病院等へ通院する際の送迎や買物・外食等の外出外泊にかかる送迎に要する費用
行事参加費用	実費	行事に参加する際の費用
私物洗濯代	実費	私物のクリーニングを外注した場合
買物代	実費	買物等で個人購入したものにかかる費用
郵便物転送費用	実費	郵便物の転送にかかる費用
日用品費	実費	利用者の希望する日用品費【内訳】ティッシュペーパー、電池等
コピー費	10 円/枚	保険証類・利用者の絵等希望された場合
申請代行費	500 円/回	介護保険更新・その他代行申請を希望された場合

※施設全体の行事食、おむつ代、日常生活上最低限必要な日用品費は、介護保険給付サービスに係る費用に含まれます。

上記料金表内その他の介護費用の負担に同意します。

年 月 日

入居者氏名

身元引受人 _____ 印