

通所介護サービス契約書

様（以下、「ご利用者」といいます）と社会福祉法人奉優会（以下「事業者」といいます。）は、事業者がご利用者に対して行う通所介護について、次のとおり契約します。

第 1 条(契約の目的)

事業者は、ご利用者に対し、介護保険法令の趣旨にしたがって、ご利用者が可能な限りその居宅において、その有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるよう通所介護を提供し、ご利用者は、事業者に対し、そのサービスに対する料金を支払います。

第 2 条(契約期間)

1. この契約の契約期間は 契約締結日から、ご利用者の要介護認定または要支援認定の有効期間満了日までとします。
2. 契約満了の一週間前までに、ご利用者から事業者に対して、文書により契約終了の申し出がない場合、契約は自動更新されるものとします。

第 3 条(通所介護計画)

事業者は、ご利用者の日常生活全般の状況および希望を踏まえて、「居宅サービス計画」に沿って「通所介護計画」を作成します。事業者はこの「通所介護計画」の内容をご利用者およびそのご家族に説明します。

第 4 条(通所介護の提供場所・内容)

1. 通所介護の提供場所・所在地及び設備の概要は、【重要事項説明書】のとおりです。
2. 事業者は、第3条に定めた通所介護計画に沿って通所介護を提供します。事業者は通所介護の提供にあたり、その内容についてご利用者に説明します。
3. ご利用者は、サービス内容の変更を希望する場合には、事業者に申し入れることができます。その場合、事業者は、可能な限りご利用者の希望に添うようにします。

第 5 条(サービスの提供の記録)

1. 事業者はサービスの提供ごとに、サービスの内容等を通所介護記録書に記入し、サービスの終了時にご利用者の確認を受けることとします。ご利用者の確認を受けた後、その控えをご利用者に交付します。
2. ご利用者が、その判断能力から前項の確認をすることができない場合は、ご利用者の成年後見人・任意後見人・代理人またはご家族等から確認を得るものとします。サービス提供時に、ご家族等確認できる方がいないときは、後日まとめて確認していただきます。
3. 事業者は、通所介護記録書を、この契約の終了後2年間保管します。
4. ご利用者は、事業所にて営業時間内に、ご本人に関する通所介護記録書をご覧頂けます。
5. ご利用者は、重要事項説明書記載の複写料金を負担すれば、ご本人に関する通所介護記録書の複写の交付を受けることができます。

第 6 条(料金)

1. ご利用者は、サービスの対価として別表に定める利用単位毎の料金をもとに計算された

月ごとの合計額を支払います。

2. 事業者は、当月の料金の合計額の請求書に明細を付して、翌月 25 日頃までにご利用者に送付します。
3. ご利用者は、当月の料金の合計額を翌月 27 日に(自動引き落としの方法で)支払います。(27 日が土日祝の場合は後ろにずれる場合があります。)
なお、ご利用者の口座からの自動引落としに関する手続き日の関係、またはご利用者のご都合で口座からの自動引落とし等ができなかった場合には、現金で回収させて頂くことがあります。
4. 事業者は、ご利用者から料金の支払いを受けたときは、ご利用者に対し領収証を発行します。
5. ご利用者負担金は関係法令及び告示・通達等に基づいて定められるため、契約期間中に関係法令及び告示・通達等が改訂された場合には、改訂後の金額を適用するものとします。

第7条(サービスのキャンセル)

1. ご利用者は、事業者に対して、サービス提供日の前日午後5時まで(前日が日曜日の場合は土曜日の午後5時まで)に通知をすることにより、料金を負担することなくサービス利用を中止することができます。
2. ご利用者がサービス提供日の前日午後5時までに通知することなくサービスの中止を申し出た場合は、事業者は、ご利用者に対して昼食代を請求することができます。この場合の料金は第6条の他の料金の支払いと合わせて請求します。
3. 事業者は、ご利用者の体調不良等の理由により、通所介護の実施が困難と判断した場合、サービスを中止することができます。この場合の取扱いについては【重要事項説明書】に記載したとおりです。

第8条(契約の終了)

1. ご利用者は事業者に対して、1週間の予告期間をおいて文書で通知をすることにより、この契約を解約することができます。ただし、ご利用者の病変、急な入院などやむを得ない事情がある場合は、予告期間が1週間以内の通知でもこの契約を解約することができます。
2. 事業者はやむを得ない事情がある場合、ご利用者に対して、契約終了日一ヶ月前までに理由を示した文書で通知することにより、この契約を解約することができます。その場合、他の事業所を紹介いたします。
3. 次の事由に該当した場合は、ご利用者は文書で通知することにより、直ちにこの契約を解約することができます。
 - ① 事業者が正当な理由なくサービスを提供しない場合
 - ② 事業者が守秘義務に反した場合
 - ③ 事業者がご利用者やそのご家族などに対して社会通念を逸脱する行為を行った場合
 - ④ 事業者がやむを得ない事情により閉鎖・縮小した場合
4. 次の事由に該当した場合は、事業者は文書で通知することにより、直ちにこの契約を解約することができます。
 - ① ご利用者のサービス利用料金の支払が3ヶ月以上遅延し、料金を支払うよう催告したにもかかわらず 10 日以内に支払われない場合
 - ② ご利用者が正当な理由なくサービスの中止をしばしば繰り返した場合、またはご利用者の入院もしくは病気等により、3ヶ月以上にわたってサービスが利用できない

状態であることが明らかになった場合

- ③ ご利用者または、ご利用者の成年後見人・任意後見人・代理人・ご家族・ご利用者の関係者等(以下、「ご家族等」といいます)が、事業者職員・通所介護職員等に対して、暴力・セクハラ行為・暴言を行った場合、その他事業者または事業者職員・通所介護職員等に関して誹謗中傷する等して、サービス提供の続行が困難な場合。

5. 次の事由に該当した場合は、この契約は自動的に終了します。

- ① ご利用者が介護保険施設等に入所した場合
- ② ご利用者の要介護認定区分が、非該当または要支援と認定された場合
- ③ ご利用者が死亡した場合
- ④ ご利用者の転居により、事業者によるサービス提供が不可能となった場合

6. この契約の有効期間内であっても、事業者とご利用者の双方の合意により、この契約を解約できます。

第 9 条(秘密保持)

- 1. 事業者または事業者職員・通所介護職員・退職後職員等はサービスを提供する上で知り得たご利用者及びそのご家族に関する秘密を正当な理由なく、第三者に漏らしません。この守秘義務は契約終了後も同様です。
- 2. 事業者はご利用者およびそのご家族に関する個人情報について、【重要事項説明書】に記載している目的において、あらかじめ文書で同意を得て必要最小限の範囲内で使用します。ただし、提供にあたっては、関係者以外の者に漏れることのないよう細心の注意を払います。

第 10 条(賠償責任)

事業者は、サービスの提供にともなって、事業者の責めに帰すべき事由によりご利用者の生命・身体・財産に損害を及ぼした場合は、適正な賠償義務の履行を誠実にを行います。

第 11 条(緊急時の対応)

- 1. 事業者は、現に通所介護の提供を行っているときにご利用者の病状の急変が生じた場合その他必要な場合は、ご家族または緊急連絡先へ連絡するとともに、速やかに主治医に連絡を取る等、必要な措置を講じます。
- 2. サービス提供時に事故が発生した場合には、ご家族、市区町村、関係医療機関への連絡を行うなど必要な措置を講じ、事故の状況や処置について記録します。

第 12 条(身体拘束)

利用者の自由を制限するような身体拘束は行いません。ただし、緊急やむおえない理由により拘束せざるを得ない場合には、事前に利用者およびその家族に十分な説明を行い同意を得て実施します。

第 13 条(連携)

事業者は、通所介護の提供にあたり、介護支援専門員および保健医療サービスまた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。

第 14 条(相談・苦情対応)

事業者は、ご利用者からの相談、苦情等に対応する窓口を設置し、通所介護に関するご

利用者の要望、苦情等に対し、迅速に対応します。

第 15 条(本契約に定めのない事項)

1. ご利用者および事業者は、信義誠実をもってこの契約を履行するものとします。
2. この契約に定めのない事項については、介護保険法令その他諸法令の定めるところを尊重し、双方が誠意をもって協議のうえ定めます。

第 16 条(裁判管轄)

この契約に関してやむを得ず訴訟となる場合は、ご利用者および事業者は、事物管轄の定めに従い、東京地方裁判所または東京簡易裁判所を管轄裁判所とすることにあらかじめ合意します。

上記の契約を証するため、本書2通を作成し、ご利用者、事業者が署名押印の上、1通ずつ保有するものとします。

契約締結日 令和 年 月 日

1. 本人

私は、上記の重要事項について説明を受け、内容を十分に理解し、承諾しました。

署名: _____

日付: _____ 年 ____ 月 ____ 日

2. 連帯保証人

私は、上記の内容を確認し、保証人としての責任を承諾しました。

極度額: 300 万円

署名: _____

続柄: _____

住所: _____

日付: _____ 年 ____ 月 ____ 日

3. 代理人(後見人等)

私は、本人の代理人として、上記の内容を確認し、承諾しました。

(※後見人の場合、「後見人」と明記してください)

署名: _____

代理人区分: ☐ 法定後見人 ☐ 任意後見人 ☐ その他(_____)

住所: _____

日付: _____ 年 ____ 月 ____ 日

事業者 〈住 所〉 東京都世田谷区駒沢 1 丁目 4 番 15 号 真井ビル 5F-A
 〈名 称〉 社会福祉法人 奉優会
 〈代表者〉 理事長 香取 寛

通所介護サービス重要事項説明書

1. 事業所概要

サービス提供を 行う施設	所在地	東京都板橋区成増 4 丁目 37 番 1 号		
	名称	成増高齢者在宅サ―ビ スセンター	電話	Tel 03-5383-1111 Fax 03-5383-6289
介護保険指定番号	通所介護（東京都）			
管理責任者	氏名	齋藤 裕章	連絡先	上記と同じ
営業日 営業時間	月～土	8:30 ～ 17:30		
	但し、12 月 30 日から1月 3 日までを除きます。			
施設概要	定員		30 人(1 日あたり)	
	教室		1 室	
	相談室		1 室	
	静養室		1 室	
	浴室		1 室	
	送迎車		ワゴンタイプ 10 人乗りリフト車 2 台 バネット 1 台	
職員体制(兼務有)		職員数	業務内容	
	管理者	1 名	施設運営管理など	
	生活相談員	1 名以上	生活相談・生活指導、通所介護計画 の策定等	
	看護職員	1 名以上	健康チェック、養護、機能訓練等	
	介護職員	4 名以上	介護サービス等	

(令和 6 年 4 月 1 日現在)

2. サービスの内容

- (1)「通所介護サービス」はご利用者が奉優会の管理運営する施設に通って、当該施設において、食事の提供(これらに伴う介護を含む)、生活等に関する相談・助言、健康状態の確認、その他ご利用者に必要な日常生活上の世話、並びに機能訓練を行うサービスです。
- (2)奉優会は上記の施設及び日程によりサービスを提供します。
- (3)サービス提供にあたっては「通所介護計画書」に沿って計画的に提供します。

サービス 内容	通所介護計画に沿って送迎サービス、食事サービス、機能訓練（日常動作訓練）、その他必要な介護をおこないます。	
	送迎サービス	リフト付ワゴン車にて、送り迎えを行います。 車椅子での乗車も可能です。
	食事サービス	昼食の提供をします。 刻み食等の対応も可能です。
	機能訓練 （日常動作訓練）	日常動作訓練を行います。 ※機能訓練指導体制加算あり （曜日によって異なります）
	入浴サービス	特殊浴により、入浴サービスを提供します。
	生活相談	利用者や家族からの介護等に関する相談をお受けします。
	趣味いきがい活動	手工芸・ゲームなど、趣味や生きがいにつながる活動 をします。
	その他介護サービス	その他、必要に応じて介護サービスを行います。
サービス 提供地域	板橋区	

3. サービス提供の記録等

- (1) サービス提供をした際には、あらかじめ定めた「通所介護記録書」の書面に必要事項を記入して、利用者の確認を受けます。
- (2) 事業所は、一定期間ごとに「通所介護計画書」の内容に沿って、サービス提供の状況、目標達成等の状況等に関する「通所介護記録書」、その他の記録を作成して、ご利用者に説明のうえ交付すると共に、居宅介護支援事業所に提出します。
- (3) 事業所は、前記「通所介護記録書」その他の記録を作成完了後２年間は適正に保管し、ご利用者の求めに応じて閲覧に供し、又はご利用者の実費負担により、その写しを交付します。

4. 利用者負担金

(1)ご利用者負担金は次表のとおりです。

通所介護費 所要時間 8 時間以上 9 時間未満の場合

通所介護 利用料	1日あたりの利用料金	介護保険適用時の 1日の自己負担金額(1割)	介護保険適用時の 1日の自己負担金額(2割)	介護保険適用時の 1日の自己負担金額(3割)
要介護度 1	7,292 円	730 円	1,459 円	2,188 円
要介護度 2	8,621 円	863 円	1,725 円	2,587 円
要介護度 3	9,973 円	998 円	1,995 円	2,992 円
要介護度 4	11,346 円	1,135 円	2,270 円	3,404 円
要介護度 5	12,731 円	1,274 円	2,547 円	3,820 円

通所介護費 所要時間 7 時間以上 8 時間未満の場合

通所介護 利用料	1日あたりの利用料金	介護保険適用時の 1日の自己負担金額(1割)	介護保険適用時の 1日の自己負担金額(2割)	介護保険適用時の 1日の自己負担金額(3割)
要介護度 1	7,172 円	718 円	1,435 円	2,152 円
要介護度 2	8,469 円	847 円	1,694 円	2,541 円
要介護度 3	9,810 円	981 円	1,962 円	2,943 円
要介護度 4	11,150 円	1,115 円	2,230 円	3,345 円
要介護度 5	12,513 円	1,252 円	2,503 円	3,754 円

通所介護費 所要時間 6 時間以上 7 時間未満の場合

通所介護 利用料	1日あたりの利用料金	介護保険適用時の 1日の自己負担金額(1割)	介護保険適用時の 1日の自己負担金額(2割)	介護保険適用時の 1日の自己負担金額(3割)
要介護度 1	6,365 円	637 円	1,273 円	1,910 円
要介護度 2	7,510 円	751 円	1,502 円	2,253 円
要介護度 3	8,676 円	868 円	1,736 円	2,603 円
要介護度 4	9,820 円	982 円	1,964 円	2,946 円
要介護度 5	10,987 円	1,099 円	2,198 円	3,297 円

通所介護費 所要時間 5 時間以上 6 時間未満の場合

通所介護 利用料	1日あたりの利用料金	介護保険適用時の 1日の自己負担金額(1割)	介護保険適用時の 1日の自己負担金額(2割)	介護保険適用時の 1日の自己負担金額(3割)
要介護度 1	6,213 円	622 円	1,243 円	1,864 円
要介護度 2	7,335 円	734 円	1,467 円	2,201 円
要介護度 3	8,469 円	847 円	1,694 円	2,541 円
要介護度 4	9,592 円	960 円	1,919 円	2,878 円
要介護度 5	10,725 円	1,073 円	2,145 円	3,218 円

各種加算

通所介護 利用料	1日あたりの利用料金	介護保険適用時の 1日の自己負担金額(1割)	介護保険適用時の 1日の自己負担金額(2割)	介護保険適用時の 1日の自己負担金額(3割)
入浴加算Ⅰ	436 円	44 円	88 円	131 円
入浴加算Ⅱ	599 円	60 円	120 円	180 円
個別機能訓練加 算(Ⅰ)イ	610 円	61 円	122 円	183 円
個別機能訓練加 算(Ⅱ)	218 円	22 円	44 円	66 円
口腔機能向上加 算Ⅱ	1744円(ひと月2回)	175 円	349 円	524 円
中重度者ケア体制加算	490 円	49 円	98 円	147 円
科学的介護推進 体制加算	436 円(ひと月あたり)	44 円	88 円	131 円
ADL 維持等加算(Ⅰ)	327 円(ひと月あたり)	33 円	66 円	99 円
ADL 維持等加算(Ⅱ)	654 円(ひと月あたり)	66 円	131 円	197 円
サービス提供体制 強化加算Ⅰ	239 円	24 円	48 円	72 円
サービス提供体制 強化加算Ⅱ	196 円	20 円	40 円	59 円
サービス提供 体制強化加算Ⅲ	65 円	7 円	13 円	20 円
送迎減算(片道)	-47 円	-52 円	-103 円	-154 円
介護職員処遇改善加算Ⅰ		利用料×9.2%相当		
昼食代(おやつ代含む)		650 円		
入浴加算・サービス提供体制強化加算は上記のいずれかの算定になります。 その他 上記の他、レクリエーションにかかる費用等は自己負担となります。				

(2) 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。(介護保険外のサービスとなる場合には、居宅サービス計画を作成する際に居宅介護支援専門員から説明のうえ、利用者の同意を得ることになります。)

また、要介護認定区分が自立と判定した方など何らかの理由にて介護保険の給付を受けない方についても全額自己負担となります。

(3) 支払い方法

事業者は、当月の料金の合計額の請求書に明細を付して、翌月 25 日頃までにご利用者に送付します。

ご利用者は、当月の料金の合計額を翌月 27 日に(自動引き落としの方法で)支払います。(27 日が土日祝の場合は後ろにずれる場合があります。)

引き落としの手数料は事業所が負担します。

5. 早退、キャンセル及びサービスの中止など

(1)ご利用者がサービスの中止をする際には、すみやかに次の連絡先(又は前記の管理責任者連絡先)までご連絡ください。

連絡先(電話): 03-5383-1111

(2)ご利用者都合でサービスを中止する場合には、できるだけサービス利用の前日午後5時までにご連絡ください。同時刻を過ぎてからのキャンセルは、次のキャンセル料を申し受けることになりますので、ご了承ください(ただし、利用者の容態の急変など、緊急やむを得ない事情がある場合は、キャンセル料は不要です。)

①ご利用日の前営業日午後5時までにご連絡いただいた場合 *	無料
②ご利用日の前営業日午後5時までにご連絡いただけなかった場 (食材料費として)550円	

*ご利用日が月曜日または休前日の場合ご注意ください。

(3)ご利用者がサービス利用中に早退をした場合の利用料金は、基本利用料金の利用者負担金の全額をお支払いいただきます。ただし、基本料金以外のその他の利用料金に関しては、利用した場合のみお支払いいただきます。

(4)健康上の理由による中止

- ① 風邪、病気の際は、サービスの提供をお断りすることがあります。
- ② 当日の健康チェックの結果、体調が悪い場合、サービス内容の変更または中止することがあります。その場合、ご家族にご連絡の上対応いたします。
- ③ サービスをご利用中に体調が悪い場合、サービスを中止することがあります。その場合、ご家族に連絡の上対応いたします。また、必要に応じて主治医に連絡を取るなど、必要な措置を講じます。

6. その他

サービス従業者に対する贈り物や飲食等のもてなしは、ご遠慮させていただきます。

7. 社会福祉法人 奉優会の概要

(1)事業概要

名称・法人種別	社会福祉法人 奉優会
代表者役職・氏名	理事長 香取 寛
本部所在地・電話番号	東京都世田谷区駒沢 1 丁目 4 番 15 号 真井ビル 5F-A TEL 03-5712-3770
事業内容	1、 特別養護老人ホーム
	2、 短期入所生活介護
	3、 介護予防短期入所生活介護
	4、 通所介護事業所
	5、 介護予防通所介護事業所
	6、 認知症対応型通所介護事業所
	7、 介護予防認知症対応型通所介護事業所

	8、訪問介護事業所
	9、介護予防訪問介護事業所
	10、地域包括支援センター
	11、居宅介護支援事業所
	12、介護予防支援事業所
	13、老人福祉センター
	14、敬老館

令和6年4月1日現在

(2)運営の方針

奉優会では、顧客満足を得ることや、潜在的な利用者ニーズを社会のシステムとして具体化し、社会のニーズや「夢」を実現することを通して、広く社会に貢献していくことが必要であると考えます。そのためには社会の新しいニーズ(ソーシャル・ニーズ)を見つけ出し、それに対応する力(ソーシャルワーカーズ・アビリティ)を磨き、社会貢献を通じて法人の社会的責任を担う(ソーシャルレスポンシビリティ)これらの3点を融合させながら、社会全体のニーズを満たすことのできる法人を目指していきます。

(3)守秘義務について

事業所職員・認知症対応型通所介護職員・退職後職員等はサービスを提供するうえで知り得たご利用者及びそのご家族に関する秘密を正当な理由なく第三者に漏らしません。この守秘義務は契約終了後も同様です。

(4)個人情報の取り扱いについて

【個人情報の収集、利用及び提供】

- 1.個人情報の収集は、介護関係ならびに関連事業のサービス提供前に、利用目的の範囲を説明し、同意を頂いた上で収集いたします。
- 2.個人情報の利用は、同意を頂きました利用目的の達成に必要な範囲内において、適正に使用いたします。
- 3.個人情報の第三者への提供は、情報を頂いたご本人の依頼、または同意の無い限り提供することはいたしません。また、同意のもと、提供、委託を行う場合においても、その個人情報に対しては、適正に管理・監督を行って参ります

<同意をいただく必要がある個人情報の利用目的の範囲について>

- 1.奉優会が、ご利用者様からの依頼にもとづいた各種サービスを提供するための利用。
- 2.提供したサービスに対する請求業務などの介護保険事務での利用。
- 3.サービス提供に係わる、事業所等の管理運営業務での利用。
- 4.ご利用者からの依頼に基づいた適正なサービスを提供するための、他サービス事業者や居宅介護支援事業所との連携(サービス担当者会議)、照会への回答。
- 5.ご家族への心身の状況説明。
- 6.当法人からのサービス等のご案内をするための利用。
- 7.当法人からのサービス向上を目的としたアンケートの依頼をするための利用。
- 8.各事業に関する顧客動向分析のため。
- 9.行政機関等からの要求で、法令上応じることが義務付けられている事項に対する利用。

10.その他、特に目的を特定の上、同意を得て収集した個人情報については、その特定した利用目的に沿う利用。

8.緊急時の対応方法

サービス提供中に容体の変化等があった場合は、事前の打合せにより、主治医、救急隊、親族、居宅介護支援事業者等への連絡をいたします。事故発生時、区への報告その他必要な場合も速やかな連絡、必要な措置を取るなど事故の対応を講じます。

※主治医・緊急連絡先は別紙に記載

9.身体拘束について

利用者の自由を制限するような身体拘束は行いません。ただし、緊急やむおえない理由により拘束せざるを得ない場合には、事前に利用者およびその家族に十分な説明を行い同意を得て実施します。

10. サービスの終了について

ご利用者が介護保険施設に入所した場合、要介護区分が非該当または要支援と認定された場合、死亡した場合、転居によりサービスの提供が不可能となった場合には自動的に契約は終了となります。契約の有効期間内であっても事業者とご利用者の双方の合意によりこの契約を解約できます。

11. サービス内容に関する苦情

当事業所お客様相談・苦情担当

担当 事業所責任者 TEL 03-5383-1111

上記以外に区市町村の相談・苦情窓口等に苦情を伝えることができます。

区市町村名:健康生きがい部 介護保険課(板橋区役所前)

苦情相談室 TEL:03-3579-2079

FAX:03-3579-3402

国民健康保険団体連合会: 介護相談指導課

介護相談窓口 TEL:03-6238-0177

12. 非常災害対策

非常災害に備えるため、消防計画を作成し避難訓練等を次のとおり行うとともに必要な設備(消火器・消火栓等)を備える。

- ・ 防火管理責任者 事業所責任者
- ・ 避難訓練 年 2 回 ・ 防災訓練 年 2 回 ・ 通報訓練 年 1 回

通所介護の提供開始にあたり、利用者に対して、本書面に基づいて重要な事項を説明しました。

令和 年 月 日

社会福祉法人奉優会

所在地 東京都板橋区成増 4 丁目 37 番 1 号

事業所名 成増高齢者在宅サービスセンター

担当者 齋藤 裕章

印

1. 本人

私は、上記の重要事項について説明を受け、内容を十分に理解し、承諾しました。

署名: _____

日付: _____ 年 ____ 月 ____ 日

2. 連帯保証人

私は、上記の内容を確認し、保証人としての責任を承諾しました。

極度額: 300 万円

署名: _____

続柄: _____

住所: _____

日付: _____ 年 ____ 月 ____ 日

3. 代理人(後見人等)

私は、本人の代理人として、上記の内容を確認し、承諾しました。

(※後見人の場合、「後見人」と明記してください)

署名: _____

代理人区分: ☐ 法定後見人 ☐ 任意後見人 ☐ その他(_____)

住所: _____

日付: _____ 年 ____ 月 ____ 日