

別紙様式

重要事項説明書

記入年月日	令和 年 月 日
記入者名	伊藤 理恵
所属・職名	

※ サービス付き高齢者向け住宅の登録を受けている有料老人ホームについては、「登録申請書の添付書類等の参考とする様式について（平成 23 年 10 月 7 日付け厚生労働省老健局高齢者支援課長・国土交通省住宅局安心居住推進課長事務連絡）」の別紙 4 の記載内容を合わせて記載して差し支えありません。その場合、以下の 1 から 3 まで及び 6 の内容については、別紙 4 の記載内容で説明されているものとみなし、欄自体を削除して差し支えありません。

1. 事業主体概要

種類	個人 <u>(法人)</u>	
	※法人の場合、その種類	株式会社
名称	(ふりがな) カブシキガイシャフラット 株式会社フラット	
主たる事務所の所在地	〒377-0064 群馬県渋川市北橘町八崎 7 4 4 番地 1	
連絡先	電話番号	0279-60-7283
	FAX番号	0279-60-7284
	ホームページアドレス	http://
	メールアドレス	Gennkinosato.family@gmail.com
代表者	氏名	伊藤 理恵
	職名	代表取締役
設立年月日	昭和 <u>(平成)</u> 9年 4月 9日	
主な実施事業	※別添 1 (別に実施する介護サービス一覧表)	



2. 有料老人ホーム事業の概要

(住まいの概要)

名称	ユウリョウロウジンホーム ゲンキノサト・ミホノモリ 有料老人ホーム 元気の郷・美保の森	
所在地	〒377-0062 群馬県渋川市北橘町真壁 833 番地 1	
主な利用交通手段	最寄駅	JR 上越線 八木原駅
	交通手段と所要時間	例：①バス利用の場合 ・バスで乗車 15 分、停留所で下車、徒歩 5 分 ②自動車利用の場合 ・乗車 10 分
連絡先	電話番号	0279-26-2251
	FAX番号	0279-26-2252
	ホームページアドレス	なし
	メールアドレス	Genkinosato.family@gmail.com
管理者	氏名	木暮 宰樹
	職名	管理者
建物の竣工日		昭和・平成 30年 3月 31日
有料老人ホーム事業の開始日		昭和・平成 30年 8月 20日

(類型)【表示事項】

1 介護付（一般型特定施設入居者生活介護を提供する場合）		
2 介護付（外部サービス利用型特定施設入居者生活介護を提供する場合）		
3 住宅型		
4 健康型		
1 又は 2 に 該当する場 合	介護保険事業者番号	
	指定した自治体名	
	事業所の指定日	平成 年 月 日
	指定の更新日（直近）	平成 年 月 日

3. 建物概要

土地	敷地面積	933.86 m ²				
	所有関係	1 事業者が自ら所有する土地				
		2 事業者が賃借する土地				
		借地権の種類	1 普通借地権	2 定期借地権		
		抵当権の有無	1 あり	2 なし		
		契約期間	1 あり (令和29年1月1日～令和58年12月31日)			
		2 なし				
	契約の自動更新	1 あり	2 なし			
建物	延床面積	全体	493.65 m ²			
		うち、老人ホーム部分	395.11 m ² 玄関・台所共有部分とする			
	耐火構造	1 耐火建築物 (建築基準法第2条第9号の2)				
		2 準耐火建築物 (建築基準法第2条第9号の3)				
		3 その他 ()				
	構造	1 鉄筋コンクリート造				
2 鉄骨造						
3 木造						
4 その他 ()						
所有関係	1 事業者が自ら所有する建物					
	2 事業者が賃借する建物					
	抵当権の設定	1 あり	2 なし			
	契約期間	1 あり (令和5年3月1日～令和8年2月末日)				
		2 なし				
	契約の自動更新	1 あり	2 なし			
居室の状況	居室区分 【表示事項】	1 全室個室				
		2 相部屋あり				
		最少	人部屋			
	最大	人部屋				
		トイレ	浴室	面積	戸数・室数	区分*
	タイプ1	有/無	有/無	13.65 m ²	2	
	タイプ2	有/無	有/無	13.65 m ²	3	
	タイプ3	有/無	有/無	13.65 m ²	2	
	タイプ4	有/無	有/無	13.65 m ²	6	
	タイプ5	有/無	有/無	m ²		

	タイプ6	有/無	有/無	m ²			
	タイプ7	有/無	有/無	m ²			
	タイプ8	有/無	有/無	m ²			
	タイプ9	有/無	有/無	m ²			
	タイプ10	有/無	有/無	m ²			
※「一般居室個室」「一般居室相部屋」「介護居室個室」「介護居室個室」「介護居室相部屋」「一時介護室」の別を記入。							
共用施設	共用便所における便房	3ヶ所	うち男女別の対応が可能な便房		ヶ所		
			うち車椅子等の対応が可能な便房		2ヶ所		
	共用浴室	1ヶ所	個室		1ヶ所		
			大浴場		ヶ所		
	共用浴室における介護浴槽	0ヶ所	チェアー浴		ヶ所		
			リフト浴		ヶ所		
			ストレッチャー浴		ヶ所		
			その他 ()		ヶ所		
食堂	①	あり	2	なし			
入居者や家族が利用できる調理設備	1	あり	②	なし			
エレベーター	1	あり (車椅子対応)	2	あり (ストレッチャー対応)	3	あり (上記1・2に該当しない)	
	④	なし					
消防用設備等	消火器	①	あり	2	なし		
	自動火災報知設備	①	あり	2	なし		
	火災通報設備	①	あり	2	なし		
	スプリンクラー	①	あり	2	なし		
	防火管理者	①	あり	2	なし		
	防災計画	①	あり	2	なし		
その他							

4. サービスの内容

(全体の方針)

運営に関する方針	～「らしさ」をいつまでも～ 長年暮らした家にいるような自分「らしさ」を出せるホームを目指します。老人ホームの概念にとられず、家族のように笑顔が絶えない明るく充実した生活環境を提供いたします。
サービスの提供内容に関する特色	四季折々の各種イベントを取り入れ、季節を感じながらの生活ができます。
入浴、排せつ又は食事の介護	① 自ら実施 2 委託 3 なし
食事の提供	① 自ら実施 2 委託 3 なし
洗濯、掃除等の家事の供与	① 自ら実施 2 委託 3 なし
健康管理の供与	① 自ら実施 2 委託 3 なし
安否確認又は状況把握サービス	① 自ら実施 2 委託 3 なし
生活相談サービス	① 自ら実施 2 委託 3 なし

(介護サービスの内容) ※特定施設入居者生活介護等の提供を行っていない場合は省略可能

特定施設入居者生活介護の加算の対象となるサービスの体制の有無	個別機能訓練加算	1 あり 2 なし	
	夜間看護体制加算	1 あり 2 なし	
	医療機関連携加算	1 あり 2 なし	
	看取り介護加算	1 あり 2 なし	
	認知症専門ケア加算	(Ⅰ)	1 あり 2 なし
		(Ⅱ)	1 あり 2 なし
	サービス提供体制強化加算	(Ⅰ)イ	1 あり 2 なし
		(Ⅰ)ロ	1 あり 2 なし
		(Ⅱ)	1 あり 2 なし
		(Ⅲ)	1 あり 2 なし
人員配置が手厚い介護サービスの実施の有無	1 あり	(介護・看護職員の配置率) : 1	
	2 なし		

(医療連携の内容)

医療支援		① 救急車の手配 ※複数選択可 ② 入退院の付添い ③ 通院介助 ④ その他 ()	
協力医療機関	1	名称	井口医院
		住所	群馬県渋川市金井 1284-6
		診療科目	内科、緊急時受け入れ
		協力内容	月1回の訪問診療・年1回の健康診断
	2	名称	ともに訪問看護ステーション
		住所	前橋市元総社町 992-17
		診療科目	訪問看護
		協力内容	24時間看護対応
協力歯科医療機関		名称	芳賀歯科医院
		住所	群馬県前橋市高花台1丁目9-2
		協力内容	訪問歯科診療

(入居後に居室を住み替える場合) ※住み替えを行っていない場合は省略可能

入居後に居室を住み替える場合		1 一時介護室へ移る場合 ※複数選択可 2 介護居室へ移る場合 3 その他 ()	
判断基準の内容			
手続の内容			
追加的費用の有無		1 あり	2 なし
居室利用権の取扱い			
前払金償却の調整の有無		1 あり	2 なし
従前の居室との 仕様の変更	面積の増減	1 あり	2 なし
	便所の変更	1 あり	2 なし
	浴室の変更	1 あり	2 なし
	洗面所の変更	1 あり	2 なし
	台所の変更	1 あり	2 なし
	その他の変更	1 あり	(変更内容)
		2 なし	

(入居に関する要件)

入居対象となる者 【表示事項】	自立している者	1 あり (2) なし
	要支援の者	1 あり (2) なし
	要介護の者	(1) あり 2 なし
留意事項	概ね65歳以上で日常生活において介護の必要な方	
契約の解除の内容	① 入居者が逝去した場合 ② 入居者から契約解除が行われた場合 ③ 事業者から契約解除が行われた場合 ・不正手段により入居した時 ・利用料の支払いが正当な理由なくしばしば遅滞する時 ・他の生命に危害を与えたり、その恐れがあり、これを防止することができない時	
事業主体から解約を求める場合	解約条項	上記③の事項による
	解約予告期間	1ヶ月
入居者からの解約予告期間	1ヶ月	
体験入居の内容	1 あり (内容：居室にて生活の体験等) (2) なし	
体験入居の費用		
入居定員	13人	
その他		

5. 職員体制

※有料老人ホームの職員について記載すること（同一法人が運営する他の事業所の職員については記載する必要はありません）。

（職種別の職員数）

	職員数（実人数）			常勤換算人数 ※1※2
	合計	常勤	非常勤	
管理者	1	1		
生活相談員	2	1	1	
直接処遇職員	12	5	7	
介護職員	10	2	8	
看護職員	2	1	1	
機能訓練指導員				
計画作成担当者				
栄養士				
調理員				
事務員				
その他職員				
1週間のうち、常勤の従業者が勤務すべき時間数※2				
※1 常勤換算人数とは、当該事業所の従業者の勤務延時間数を当該事業所において常勤の従業者が勤務すべき時間数で除することにより、当該事業所の従業者の人数を常勤の従業者の人数に換算した人数をいう。				
※2 特定施設入居者生活介護等を提供しない場合は、記入不要。				

（資格を有している介護職員の人数）

	合計		
		常勤	非常勤
社会福祉士			
介護福祉士	3	2	1
実務者研修の修了者			
初任者研修の修了者	1	1	
介護支援専門員			

(資格を有している機能訓練指導員の人数)

	合計		
		常勤	非常勤
看護師又は准看護師	3	1	2
理学療法士			
作業療法士			
言語聴覚士			
柔道整復士			
あん摩マッサージ指圧師			

(夜勤を行う看護・介護職員の人数)

夜勤帯の設定時間 (16時～ 9時)		
	平均人数	最少時人数 (休憩者等を除く)
看護職員		
介護職員	2人	1人

(特定施設入居者生活介護等の提供体制)

特定施設入居者生活介護の利用者に対する看護・介護職員の割合 (一般型特定施設以外の場合、本欄は省略可能)	契約上の職員配置比率※ 【表示事項】	a 1.5 : 1 以上 b 2 : 1 以上 c 2.5 : 1 以上 d 3 : 1 以上
	実際の配置比率 (記入日時点での利用者数 : 常勤換算職員数)	: 1
※広告、パンフレット等における記載内容に合致するものを選択		
外部サービス利用型特定施設である有料老人ホームの介護サービス提供体制(外部サービス利用型特定施設以外の場合、本欄は省略可能)	ホームの職員数	人
	訪問介護事業所の名称	
	訪問看護事業所の名称	
	通所介護事業所の名称	

(職員の状況)

管理者	他の職務との兼務					① あり 2 なし				
	業務に係る資格等		1 あり							
			資格等の名称							
② なし										
	看護職員		介護職員		生活相談員		機能訓練指導員		計画作成担当者	
	常勤	非常勤	常勤	非常勤	常勤	非常勤	常勤	非常勤	常勤	非常勤
前年度1年間の採用者数	1	1	2	2		1				
前年度1年間の退職者数	1			2	1					
応じた業務に従事した経験年数に 職員の数	1年未満			1	2					
	1年以上	1	1	1	3	1				
	3年未満									
	3年以上	1		2	2	1				
	5年未満									
	5年以上				4					
	10年未満									
10年以上										
従業者の健康診断の実施状況				① あり 2 なし						

6. 利用料金

(利用料金の支払い方法)

居住の権利形態 【表示事項】	① 利用権方式 2 建物賃貸借方式 3 終身建物賃貸借方式	
利用料金の支払い方式 【表示事項】	1 全額前払い方式	
	2 一部前払い・一部月払い方式	
	③ 月払い方式	
	4 選択方式 ※該当する方式を全て選択	1 全額前払い方式 2 一部前払い・一部月払い方式 3 月払い方式
年齢に応じた金額設定	1 あり ② なし	
要介護状態に応じた金額設定	1 あり ② なし	
入院等による不在時における利用料金（月払い）の取扱い	① 減額なし 2 日割り計算で減額 3 不在期間が 日以上の場合に限り、日割り計算で減額	
利用料金の改定	条件	料金の改正が必要と判断した時。
	手続	目的施設が所在する地域の自治体が発表する消費者物価指数及び人件費等を懸念し、第8条に定める運営委員会の意見を聞いた上で改定するものとします。

支払方法

毎月10日までに前月分の請求をいたします。月末までに当施設窓口にて現金でお支払いいただくか、銀行振込、ゆうちょ銀行口座引き落としにてお支払いいただきます。

(振込手数料は自己負担とさせていただきます)

なお、窓口お支払いの場合は領収書を発行いたします。お振込の場合はご希望が

無い限り、金融機関発行の振込明細書を領収書と替えさせていただきます。

指定口座

北群馬信用金庫 本店 普通預金 0488773
 株式会社フラット
 代表取締役 伊藤 理恵

※ゆうちょ銀行口座引き落としご希望の方は、申込み用紙がありますのでお申し

てください。

※前記は、「法定代理受領（現物給付）」の場合について記載しています。居宅サービス計画を作成していない場合など、「償還払い」の取り扱いに於いては、一旦利用者に基本料金をお支払いいただき、その後市町村に対して保険給付分（基本料金の9割）を請求していただくこととなります。

（利用料金のプラン【代表的なプランを2例】）

		プラン1	プラン2
入居者の状況	要介護度	要介護3	要介護1
	年齢	77歳	70歳
居室の状況	床面積	13.65㎡	13.65㎡
	便所	1有 ②無	①有 2無
	浴室	1有 ②無	1有 ②無
	台所	1有 ②無	1有 ②無
入居時点で必要な費用	前払金	0円	円
	敷金	0円	円
月額費用の合計		15,260円	156,600円
家賃		55,000円	77,000円
サービス費用	介護保険外※2	特定施設入居者生活介護※1の費用	円
		食費	57,600円
		管理費	20,000円
		介護費用	円
		共益費	20,000円
		その他	円
※1 介護予防・地域密着型の場合を含む。			
※2 有料老人ホーム事業として受領する費用（訪問介護などの介護保険サービスに関わる介護費用は、同一法人によって提供される介護サービスであっても、本欄には記入していない）			

(利用料金の算定根拠)

費目	算定根拠
家賃	家賃 (13 人×12 カ月)
敷金	無し
介護費用	住宅型のため無し
管理費	介助・安否確認・事務管理・緊急対応
食費	1 日 3 食 1.920 円 (おやつ代含む)
共益費	共用部分の管理・水道光熱費
利用者の個別的な選択によるサービス利用料	別添 2
その他のサービス利用料	

(特定施設入居者生活介護に関する利用料金の算定根拠) ※特定施設入居者生活介護等の提供を行っていない場合は省略可能

7. 入居者の状況【冒頭に記した記入日現在】

(入居者の人数)

性別	男性	2 人
	女性	9 人
年齢別	65 歳未満	0 人
	65 歳以上 75 歳未満	0 人
	75 歳以上 85 歳未満	3 人
	85 歳以上	8 人
要介護度別	自立	0 人
	要支援 1	0 人
	要支援 2	0 人
	要介護 1	1 人
	要介護 2	0 人
	要介護 3	2 人
	要介護 4	4 人
入居期間別	要介護 5	4 人
	6 ヶ月未満	0 人
	6 ヶ月以上 1 年未満	1 人
	1 年以上 5 年未満	10 人
	5 年以上 10 年未満	人
	10 年以上 15 年未満	人

	15年以上	人
入居時の住所 地	県内	11人
	うち施設の市町村内	11人
	県外	0人

(入居者の属性)

平均年齢	88歳
入居者数の合計	11人
入居率※	80%
※ 入居者数の合計を入居定員数で除して得られた割合。一時的に不在となっている者も入居者に含む。	

(前年度における退去者の状況)

退去先別の人数	自宅等	0人
	社会福祉施設	0人
	医療機関	0人
	死亡者	2人
	その他	1人
生前解約の状況	施設側の申し出	0人
	入居者側の申し出	0人

8. 苦情・事故等に関する体制

(利用者からの苦情に対応する窓口等の状況) ※複数の窓口がある場合は欄を増やして記入すること。

窓口の名称	有料老人ホーム 元気の郷・美保の森 木暮宰樹	
電話番号	0279-26-2251	
対応している時間	平日	8:00~17:00
	土曜	8:00~17:00
	日曜・祝日	8:00~17:00
定休日	なし	
窓口の名称	群馬県 介護高齢課	
電話番号	027-226-2566 (直通)	
対応している時間	平日	9:00~17:00
	土曜	
	日曜・祝日	
定休日	土曜日、日曜日、祝日	

(サービスの提供により賠償すべき事故が発生したときの対応)

損害賠償責任保険の加入状況	1 あり	(その内容)
	2 なし	
介護サービスの提供により賠償すべき事故が発生したときの対応	1 あり	(その内容)
	2 なし	
事故対応及びその予防のための指針	1 あり	2 なし

(利用者等の意見を把握する体制、第三者による評価の実施状況等)

利用者アンケート調査、意見箱等利用者の意見等を把握する取組の状況	1 あり	実施日	
		結果の開示	1 あり 2 なし
	2 なし		
第三者による評価の実施状況	1 あり	実施日	
		評価機関名称	
		結果の開示	1 あり 2 なし
	2 なし		

9. 入居希望者への事前の情報開示

入居契約書の雛形	<input checked="" type="radio"/> 1 入居希望者に公開 <input type="radio"/> 2 入居希望者に交付 <input type="radio"/> 3 公開していない
管理規程	<input checked="" type="radio"/> 1 入居希望者に公開 <input type="radio"/> 2 入居希望者に交付 <input type="radio"/> 3 公開していない
事業収支計画書	<input type="radio"/> 1 入居希望者に公開 <input type="radio"/> 2 入居希望者に交付 <input checked="" type="radio"/> 3 公開していない
財務諸表の要旨	<input type="radio"/> 1 入居希望者に公開 <input type="radio"/> 2 入居希望者に交付 <input checked="" type="radio"/> 3 公開していない
財務諸表の原本	<input type="radio"/> 1 入居希望者に公開 <input type="radio"/> 2 入居希望者に交付 <input checked="" type="radio"/> 3 公開していない

10. その他

運営懇談会	1 あり	(開催頻度) 年 2 回
	2 なし	
	1 代替措置あり	(内容)
	2 代替措置なし	
提携ホームへの移行 【表示事項】	1 あり (提携ホーム名:)	
	2 なし	
有料老人ホーム設置時の老人福祉法第 29 条第 1 項に規定する届出	1 あり 2 なし	
	3 サービス付き高齢者向け住宅の登録を行っているため、高齢者の居住の安定確保に関する法律第 23 条の規定により、届出が不要	
高齢者の居住の安定確保に関する法律第 5 条第 1 項に規定するサービス付き高齢者向け住宅の登録	1 あり 2 なし	
有料老人ホーム設置運営指導指針「5.規模及び構造設備」に合致しない事項	1 あり 2 なし	
合致しない事項がある場合の内容		
「6.既存建築物等の活用 の場合等の特例」への適合性	1 適合している (代替措置)	
	2 適合している (将来の改善計画)	
	3 適合していない	
有料老人ホーム設置運営指導指針の不適合事項		
不適合事項がある場合の内容		
(公社) 全国有料老人ホーム協会への加入	1 あり 2 なし	

添付書類：別添1（別の実施する介護サービス一覧表）
別添2（個別選択による介護サービス一覧表）

_____様

説明年月日 令和 _____年 _____月 _____日

説明者 伊藤 理恵

重要事項説明について説明を受け、同意しました。

同意者 署名 _____ 印

入居者との続柄 _____

契約を前提として説明を行った場合は、説明を受けた者に同意を受け署名を求める。

別添 1 事業主体が当該都道府県、指定都市、中核市内で実施する他の介護サービス

介護サービスの種類			事業所の名称	所在地
＜居宅サービス＞				
訪問介護	あり	なし		
訪問入浴介護	あり	なし		
訪問看護	あり	なし		
訪問リハビリテーション	あり	なし		
居宅療養管理指導	あり	なし		
通所介護	あり	なし	デイサービス 元気の郷	渋川市北橋町真壁833-1
通所リハビリテーション	あり	なし		
短期入所生活介護	あり	なし		
短期入所療養介護	あり	なし		
特定施設入居者生活介護	あり	なし		
福祉用具貸与	あり	なし		
特定福祉用具販売	あり	なし		
＜地域密着型サービス＞				
定期巡回・随時対応型訪問介護看護	あり	なし		
夜間対応型訪問介護	あり	なし		
認知症対応型通所介護	あり	なし		
小規模多機能型居宅介護	あり	なし		
認知症対応型共同生活介護	あり	なし		
地域密着型特定施設入居者生活介護	あり	なし		
地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護	あり	なし		
看護小規模多機能型居宅介護	あり	なし		
居宅介護支援	あり	なし		
＜居宅介護予防サービス＞				
介護予防訪問介護	あり	なし		
介護予防訪問入浴介護	あり	なし		
介護予防訪問看護	あり	なし		
介護予防訪問リハビリテーション	あり	なし		
介護予防居宅療養管理指導	あり	なし		
介護予防通所介護	あり	なし	デイサービス 美保の森	渋川市北橋町真壁833-2
介護予防通所リハビリテーション	あり	なし		
介護予防短期入所生活介護	あり	なし		
介護予防短期入所療養介護	あり	なし		
介護予防特定施設入居者生活介護	あり	なし		
介護予防福祉用具貸与	あり	なし		
特定介護予防福祉用具販売	あり	なし		
＜地域密着型介護予防サービス＞				
介護予防認知症対応型通所介護	あり	なし		
介護予防小規模多機能型居宅介護	あり	なし		
介護予防認知症対応型共同生活介護	あり	なし		
介護予防支援	あり	なし		
＜介護保険施設＞				
介護老人福祉施設	あり	なし		
介護老人保健施設	あり	なし		
介護療養型医療施設	あり	なし		

別添 2

有料老人ホーム・サービス付き高齢者向け住宅が提供するサービスの一覧表

特定施設入居者生活介護（地域密着型・介護予防を含む）の指定の有無

（なし）

あり

介護サービス	特定施設入居者生活介護費で、実施するサービス（利用者一部負担※1）		個別の利用料で、実施するサービス（利用者が全額負担）		包含※2	都度※2	料金※3	備考
	なし	あり	なし	あり				
食事介助	なし	あり	なし	あり				
排泄介助・おむつ交換	なし	あり	なし	あり				おむつ等購入単価票による。
おむつ代	なし	あり	なし	あり			400	
入浴（一般浴）介助・清拭	なし	あり	なし	あり				
特浴介助	なし	あり	なし	あり				
身辺介助（移動・着替え等）	なし	あり	なし	あり				
機能訓練	なし	あり	なし	あり				
通院介助	なし	あり	なし	あり				通院介助は1回3,000円とする。
生活サービス								
居室清掃	なし	あり	なし	あり				
リネン交換	なし	あり	なし	あり				
日常の洗濯	なし	あり	なし	あり				
居室配膳・下膳	なし	あり	なし	あり				ムース食・ソフト食はご相談ください。
入居者の嗜好に応じた特別な食事	なし	あり	なし	あり				散髪代2,000円/回
おやつ	なし	あり	なし	あり				
理美容師による理美容サービス	なし	あり	なし	あり				
買い物代行	なし	あり	なし	あり				
役所手続き代行	なし	あり	なし	あり				
金銭・貯金管理	なし	あり	なし	あり				
健康管理サービス								
定期健康診断	なし	あり	なし	あり				回数（年2回など）実費
健康相談	なし	あり	なし	あり				
生活指導・栄養指導	なし	あり	なし	あり				
服薬支援	なし	あり	なし	あり				
生活リズムの記録（排便・睡眠等）	なし	あり	なし	あり				
入退院時・入院中のサービス								
移送サービス	なし	あり	なし	あり				
入退院時の同行	なし	あり	なし	あり				入院介助は1回3,000円とする。
入院中の洗濯物交換・買い物	なし	あり	なし	あり				
入院中の見舞い訪問	なし	あり	なし	あり				

※1：利用者の所得等に応じて負担割合が変わる（1割又は2割の利用者負担）。

※2：「あり」を記入したときは、各種サービスの費用が、月額の利用者サービス費用に含まれる場合と、サービス利用の都度払いによる場合に応じて、いずれかの欄に○を記入する。

※3：都度払いの場合、1回あたりの金額など、単位を明確にして記入する