

重要事項説明書

平成30年度改正

住宅型用

記入年月日	令和2年7月1日
記入者名	饒平名 知也
所属・職名	管理者

※ 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5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5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/法人	
	※法人の場合、その種類	株式会社
名称	(ふりがな) かぶしきがいしや ゆーすふる 株式会社 ユースフル	
主たる事務所の所在地	〒904-2244 沖縄県うるま市江洲38番地3	
連絡先	電話番号	098-979-2500
	FAX番号	098-979-2501
	ホームページアドレス	http://
	メールアドレス	
代表者	氏名	江夏 禄栄
	職名	代表取締役
設立年月日	昭和・平成20年 6月 12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	(ふりがな) さーびすつきこうれいしゃむけじゅうたくあおい サービス付き高齢者向け住宅あおい	
所在地	〒904-2155 沖縄県沖縄市美原1丁目11番21号	
主な利用交通手段	最寄駅	駅
	交通手段と所要時間	・ 県道75号線 美原一丁目バス停より徒歩で約2分 主なバス路線 沖縄バス (27番、52番、61番、77番)
連絡先	電話番号	098-939-3311
	FAX番号	098-939-3321
	ホームページアドレス	http://
	メールアドレス	
管理者	氏名	饒平名 知也
	職名	管理者
建物の竣工日		昭和・平成 22年 1月 10日
有料老人ホーム事業の開始日		昭和・平成 25年 2月 1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	県 (市)
	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	673.17㎡				
	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				
		抵当権の有無	1 あり 2 なし			
契約期間		1 あり (年 月 日～ 年 月 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	724.46㎡(地上3階建て)			
		うち、有料老人ホーム部分	460.44㎡(1階部分を除く)			
	耐火構造	① 耐火建築物 2 準耐火建築物 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 (2012年12月1日～2039年11月29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	①有/無	①有/無	18.68㎡	6戸	
	タイプ2	①有/無	①有/無	18.15㎡	8戸	
	タイプ3	有/無	有/無	㎡		
	タイプ4	有/無	有/無	㎡		
	タイプ5	有/無	有/無	㎡		
	タイプ6	有/無	有/無	㎡		
	タイプ7	有/無	有/無	㎡		
	タイプ8	有/無	有/無	㎡		
	タイプ9	有/無	有/無	㎡		
	タイプ10	有/無	有/無	㎡		

※「一般居室個室」「一般居室相部屋」「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	2ヶ所	うち男女別の対応が可能な便房	0ヶ所
			うち車椅子等の対応が可能な便房	2ヶ所
	共用浴室	2ヶ所	個室	2ヶ所
			大浴場	0ヶ所
	共用浴室における介護浴室	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
消防用施設等	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）		
その他		3 あり（上記1・2に該当しない）		
		4 なし		
	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	（119番直通連動）
	スプリンクラー	① あり	2 なし	
その他	防火管理者	① あり	2 なし	
	防災計画	① あり	2 なし	

4 サービスの内容 （全体の方針）

運営に関する方針	当住宅では、居住者に対して個人の有する能力に応じ、自立して日常生活を営むことができるよう、コーディネーターが中心となって居住者様の実態を把握し、基本サービスとして状況把握（安否確認）・生活相談・緊急時対応を行います。 また、併設及び地域の診療所・介護事業所と連携を図り、医療・介護が必要になった方でも安心して住み続けられるよう支援していきます。			
サービスの提供内容に関する特色				
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	

(医療連携の内容)

医療支援 ※複数選択可		<input checked="" type="radio"/> ① 救急車の手配 2 入退院の付き添い 3 通院介助 4 その他 ()	
協力医療機関	1	名称	医療法人一誠会 赤道医院
		住所	沖縄県うるま市赤道 9-10
		診療科目	内科、整形外科、皮膚科、肛門科
		協力内容	入居者について受診、疾病の治療・入院医療等の協力、指導・情報の提供
	2	名称	
		住所	
		診療科目	
		協力内容	
協力歯科医療機関		名称	
		住所	
		協力内容	

(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 ※複数選択可		1 一時介護室へ移る場合 <input checked="" type="radio"/> 2 介護居室へ移る場合 <input checked="" type="radio"/> 3 その他 (一般居宅どうしの住み替え有り)		
判断基準の内容		入居者本人及びその家族の希望があり、移動が可能な場合		
手続きの内容				
追加的費用の有無		1 あり <input checked="" type="radio"/> 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 <input checked="" type="radio"/> 2 なし		
従前の居室との 仕様の変更	面積の増減	1 あり <input checked="" type="radio"/> 2 なし		
	便所の変更	1 あり <input checked="" type="radio"/> 2 なし		
	浴室の変更	1 あり <input checked="" type="radio"/> 2 なし		
	洗面所の変更	1 あり <input checked="" type="radio"/> 2 なし		
	台所の変更	1 あり <input checked="" type="radio"/> 2 なし		
	その他の変更	1 あり	(変更内容)	
		<input checked="" type="radio"/> 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	①単身高齢者世帯 ②高齢者+同居人（配偶者/60歳以上の親族/要介護・要支援認定を受けている60歳未満親族/特別な理由により同居させる必要があると知事が認める者） （「高齢者」とは、60歳以上の者または要介護認定若しくは要支援認定を受けている者をいう）	
契約の解除の内容	①入居者が事業者の掲げる義務に違反した場合において、事業者の定めた履行期間内に当該義務が履行されないとき ②入居者が不正の行為によって本物件に入居したとき ③入居者が禁止事項に該当したとき ④事業者又は入居者が反社会勢力に該当することとなったとき	
事業主体から解約を求める場合	解約条項	入居契約書 第10条
	解約予告期間	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：1泊3,000円） 2 なし	
入居定員	14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				
直接処遇職員				
介護職員	14	5	9	
看護職員				
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、常勤の従事者が勤務すべき時間数※2				
従業員1人あたりの利用者数（利用者数／職員数（実人数）合計）				1.0人
※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	2	1	1
実務者研修の修了者			
初任者研修の修了者	9	3	6
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			
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			
はり師			
きゅう師			

(夜勤を行う看護・介護職員の人数)

夜勤帯の設定時間 (15時15分～ 8時30分)			
	平均人数	最少時人数 (休憩者等を除く)	
看護職員	人	人	
介護職員	3 人	2 人	

(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			介護福祉士			
				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				2						
前年度1年間の退職者数				1						
応じた業務に従事した経験年数に 業務に従事した経験年数に 業務に従事した経験年数に 業務に従事した経験年数に 業務に従事した経験年数に 業務に従事した経験年数に	1年未満			1						
	1年以上 3年未満									
	3年以上 5年未満			3						
	5年以上 10年未満			3						
	10年以上		5	2						
従業者の健康診断の実施状況				① あり 2 なし (夜勤者も年1度のみ)						
従業者に対する教育訓練等、資質向上に向けた取組の実施状況				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法 【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		
	手続き		

(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 5	要介護 4
	年齢		9 2 歳	8 9 歳
居室の状況	床面積		18.68 ㎡	18.15㎡
	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		円	円
	敷金		円	円
月額費用の合計			100,000円	100,000円
家賃			38,000円	38,000円
サービス費用	特定施設入居者生活介護※ 1 の費用		円	円
	介護保険外※ 2	食費	31,000円	31,000円
		管理費	17,000円	17,000円
		介護費用	0円	0円
		光熱水費	0円	0円
		その他	14,000円	14,000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)

費用	算定根拠
家賃	建物購入費及び改装費より算定
敷金	
介護費用	
管理費	共用施設の維持・管理費、事務及び日常サービス人件費、消耗品費
食費	調理にかかる業務委託費、食材料費、厨房器具費
光熱水費	
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	

(前払金の受領) ※前払金を受領していない場合は省略可能

算定根拠		
想定居住期間（償却年月数）		ヶ月
償却の開始日		入居日
想定居住期間を超えて契約が継続する場合に備えて受領する額（初期償却額）		円
初期償却率		%
返還金の算定方法	入居後3月以内の契約終了	
	入居後3月を超えた契約終了	
前払金の保全先	1 連帯保証を行う銀行等の名称	
	2 信託契約を行う信託会社等の名称	
	3 保証保険を行う保険会社の名称	
	4 全国有料老人ホーム協会	
	5 その他（名称： ）	

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	5人
	女性	9人
年齢別	65歳未満	0人
	65歳以上75歳未満	3人
	75歳以上85歳未満	4人
	85歳以上	7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	0人
	要介護 2	0人
	要介護 3	2人
	要介護 4	4人
	要介護 5	8人
入居期間別	6ヶ月未満	0人
	6ヶ月以上1年未満	2人
	1年以上5年未満	6人
	5年以上10年未満	6人
	10年以上15年未満	0人
	15年以上	0人

(入居者の属性)

平均年齢	84歳
入居者数の合計	14人
入居率※	100%
※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	2人
	死亡者	0人
	その他	0人
生前解約の状況	施設側の申し出	0人
		(解約事由の例)
	入居者側の申し出	2人
		(解約事由の例) ・医療機関へ入院

8 苦情・事故等に関する体制

(利用者からの苦情に対する窓口等の状況)※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		株式会社ユースフル相談苦情窓口
電話番号		098-979-2500
対応している時間	平日	9:00～18:00
	土曜	9:00～18:00
	日曜・祝日	9:00～18:00
定休日		日曜日、12/31、1/1～1/3

(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) 東京海上日同火災
	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時の対応	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
第三者による評価の実施状況	② なし		
	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	<ol style="list-style-type: none"> ① 入居希望者に公開 2 入居希望者に交付 3 公表していない
管理規程	<ol style="list-style-type: none"> ① 入居希望者に公開 2 入居希望者に交付 3 公表していない
事業収支計画書	<ol style="list-style-type: none"> 1 入居希望者に公開 2 入居希望者に交付 ③ 公表していない
財務諸表の要旨	<ol style="list-style-type: none"> 1 入居希望者に公開 2 入居希望者に交付 ③ 公表していない
財務諸表の原本	<ol style="list-style-type: none"> 1 入居希望者に公開 2 入居希望者に交付 ③ 公表していない

10 その他

運営懇談会	① あり (開催頻度) 年 1 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29条第1項に 規定する届出	1 届出あり 2 届出なし 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 登録あり 2 登録なし	
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 不適合事項あり ② 不適合事項なし	
合致しない事項があ る場合の内容	<input type="checkbox"/> 居室が個室ではない (<input type="checkbox"/> 全室・ <input type="checkbox"/> 居室の一部) <input type="checkbox"/> 一般居室が1人当たり床面積が10.65㎡未満 (<input type="checkbox"/> 全室・ <input type="checkbox"/> 居室の一部) <input type="checkbox"/> 消防法等に定める設備等の設置なし (<input type="checkbox"/> スプリンクラー全室 <input type="checkbox"/> 自動火災報知設備 <input type="checkbox"/> 火災通報装置) <input type="checkbox"/> その他 (具体的に)	
「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 (代替措置を実施済) 2 適合している (将来の改善計画を策定している。) 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	1 指導事項あり (過去1年以内に改善) 2 指導事項あり (未改善のまま、指導から1年経過) ③ 指導事項なし	
1又は2の場合、不適 合事項の内容		

添付書類：別添1 (別に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 _____年 _____月 _____日

説明者署名 _____

説明を受けた者署名 _____

※契約を前提とした説明を行った場合は、説明を受けた者の署名を求める。

別添 1 (1) 事業主体が沖縄県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	有 / <input checked="" type="radio"/> 無		
訪問入浴介護	有 / <input checked="" type="radio"/> 無		
訪問看護	有 / <input checked="" type="radio"/> 無		
訪問リハビリテーション	有 / <input checked="" type="radio"/> 無		
居宅療養管理指導	有 / <input checked="" type="radio"/> 無		
通所介護	<input checked="" type="radio"/> 有 / 無	デイサービスあおい デイサービスあおぞら	沖縄市美原1丁目11番21号 うるま市江洲38番の3
通所リハビリテーション	有 / <input checked="" type="radio"/> 無		
短期入所生活介護	有 / <input checked="" type="radio"/> 無		
短期入所療養介護	有 / <input checked="" type="radio"/> 無		
特定施設入居者生活介護	有 / <input checked="" type="radio"/> 無		
福祉用具貸与	有 / <input checked="" type="radio"/> 無		
特定福祉用具販売	有 / <input checked="" type="radio"/> 無		
< 地域密着型サービス >			
定期巡回・随時対応型訪問介護看護	有 / <input checked="" type="radio"/> 無		
夜間対応型訪問介護	有 / <input checked="" type="radio"/> 無		
認知症対応型通所介護	有 / <input checked="" type="radio"/> 無		
小規模多機能型居宅介護	有 / <input checked="" type="radio"/> 無		
認知症対応型共同生活介護	有 / <input checked="" type="radio"/> 無		
地域密着型特定施設入居者生活介護	有 / <input checked="" type="radio"/> 無		
看護小規模多機能型居宅介護	有 / <input checked="" type="radio"/> 無		
地域密着型通所介護	有 / <input checked="" type="radio"/> 無		
居宅介護支援	有 / <input checked="" type="radio"/> 無		
< 居宅介護予防サービス >			
介護予防訪問入浴介護	有 / <input checked="" type="radio"/> 無		
介護予防訪問看護	有 / <input checked="" type="radio"/> 無		
介護予防訪問リハビリテーション	有 / <input checked="" type="radio"/> 無		
介護予防居宅療養管理指導	有 / <input checked="" type="radio"/> 無		
介護予防通所リハビリテーション	有 / <input checked="" type="radio"/> 無		
介護予防短期入所生活介護	有 / <input checked="" type="radio"/> 無		
介護予防短期入所療養介護	有 / <input checked="" type="radio"/> 無		
介護予防特定施設入居者生活介護	有 / <input checked="" type="radio"/> 無		
介護予防福祉用具貸与	有 / <input checked="" type="radio"/> 無		
特定介護予防福祉用具販売	有 / <input checked="" type="radio"/> 無		
< 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	有 / <input checked="" type="radio"/> 無		
介護予防小規模多機能型居宅介護	有 / <input checked="" type="radio"/> 無		
介護予防認知症対応型共同生活介護	有 / <input checked="" type="radio"/> 無		
介護予防支援	有 / <input checked="" type="radio"/> 無		
< 介護福祉施設 >			
介護老人福祉施設	有 / <input checked="" type="radio"/> 無		
介護老人保健施設	有 / <input checked="" type="radio"/> 無		
介護療養型医療施設	有 / <input checked="" type="radio"/> 無		
介護医療院	有 / <input checked="" type="radio"/> 無		

(2) 介護予防・日常生活支援総合事業

訪問型サービス	有 / <input checked="" type="radio"/> 無		
通所型サービス	<input checked="" type="radio"/> 有 / 無	デイサービスあおい デイサービスあおぞら	沖縄市美原1丁目11番21号 うるま市江洲38番の3
その他の生活支援サービス	有 / <input checked="" type="radio"/> 無		

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						無
	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				備 考※4
		(利用者が全額負担)	包含※2	都度※2	料金※3	
介護サービス						
食事介助	有 / 無	有	○			・必要に応じ排泄介助、おむつ交換、身辺介助を
排泄介助・おむつ交換		有	○			行います。但し、介護保険等の住宅介護等の利用を
おむつ代		無				妨げるものではありません。
入浴（一般浴）介助・清拭		無				・通院介助については、原則ご家族での対応となります。
特浴介助		無				
身辺介助（移動・着替え等）		有	○			
機能訓練		無				
通院介助		無				
生活サービス						
居室清掃		有	○			・居室の清掃、身辺整理、リネン・寝具干し・シーツ交換
リネン交換		有	○			などの寝具管理、照明器具の管球の交換作業、衣類
日常の洗濯		有		○	月額3,150円	整理など必要に応じ行います。
居室配膳・下膳		有	○			・日常の洗濯に関しては、委託業者が月額3,150円で
入居者の嗜好に応じた特別な食事		無				実施します。
おやつ		有	○			
理美容師による理美容サービス		無				
買い物代行		無				
役所手続き代行		無				
金銭・貯金管理		無				
健康管理サービス						
定期健康診断		無				・健康相談については対応できる範囲において行い、
健康相談		有	○			必要に応じ医療機関等へ相談します。
生活指導・栄養指導		無				
服薬支援		有	○			
生活リズムの記録（排便・睡眠等）		有	○			
入退院時・入院中のサービス						
移送サービス		無				・入退院時の同行については、原則としてご家族での
入退院時の同行		無				対応となります。但し、緊急の入院については、ホーム
入院中の洗濯物交換・買い物		無				従業員により対応する事があります。
入院中の見舞い訪問		有	○			

※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 「有」の場合は、各種サービスの費用が、月額のサービス費用に包含される場合と、サービス利用の都度払いによる場合に応じて、該当する欄に「○」を記入する。

※3 都度払いの場合は、1回あたりの金額など、単位を明確にして記入する。

※4 備考欄には、サービスの範囲や条件を明確に記入する。