

重要事項説明書

記入年月日	令和元年7月20日
記入者名	運天節子
所属・職名	取締役

※ 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/法人	個人 : 法人
	※法人の場合、その種類	株式会社
名称	(ふりがな) かぶしがいいしゃ いとまんてんさぐのいえ 株式会社 糸満てんさぐの家	
主たる事務所の所在地	〒901-0315 糸満市字照屋1258番地1	
連絡先	電話番号	098-994-2222
	FAX番号	098-994-2225
	ホームページアドレス	http://thinsagu.web.fc2.com/
	メールアドレス	thinsagunoie@live.jp
代表者	氏名	運天節子
	職名	代表取締役
設立年月日	2012年2月20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) じゅうたくがたうえだていんさぐのおか 住宅型有料老人ホーム上田てんさぐの丘		
所在地	〒901-0243 沖縄県豊見城市字上田234番地1		
主な利用交通手段	最寄駅	なし	
	交通手段と所要時間	①バス利用の場合は、那覇バスターミナルより5km、約15分上田小学校前バス停留所下車徒歩10分 ②自転車利用の場合は、名嘉地交差点より県道68号線経由約6分	
連絡先	電話番号	098-856-5622	
	FAX番号	098-987-7075	
	ホームページアドレス		
	メールアドレス		
管理者	氏名	運天寛栄	
	職名	施設長	
	建物の竣工日	昭和・平成	29年 6月 15日
	有料老人ホーム事業の開始日	昭和・平成	29年 7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) <input checked="" type="radio"/> 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	331.95㎡			
	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 (平成 29年 6月 15日～ 令和 33年 6月 14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	288.5	㎡	
		うち、有料老人ホーム部分	163.93	㎡	
	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()				
居室の 状況	居室区分	1 全室個室 (うち親族使用可能部屋 室)			
		② 相部屋あり			
	【表示事項】	最少	人部屋		
		最大	2人部屋		
	トイレ	浴室	面積	戸数・室数	区分(※)
タイプ1	有/①	有/①	11.66㎡	4	一般居室個室
タイプ2	有/①	有/①	14.60㎡	3	一般居室相部屋
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	ヶ所	うち男女別の対応が可能な便房	1	ヶ所
			うち車椅子等の対応が可能な便房	1	ヶ所
	共用浴室	ヶ所	個室		ヶ所
			大浴場		ヶ所
	共用浴室における介護浴槽	ヶ所	チェアー浴	1	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	<input checked="" type="radio"/> あり	2	<input checked="" type="radio"/> なし		
入居者や家族が利用できる調理設備	1	<input checked="" type="radio"/> あり	<input checked="" type="radio"/> 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)			
	<input checked="" type="radio"/> なし				
消防用設備等	消火器	<input checked="" type="radio"/> あり	2	<input checked="" type="radio"/> なし	
	自動火災報知設備	<input checked="" type="radio"/> あり	2	<input checked="" type="radio"/> なし	
	火災通報設備	<input checked="" type="radio"/> あり	2	<input checked="" type="radio"/> なし	
	スプリンクラー	<input checked="" type="radio"/> あり	2	<input checked="" type="radio"/> なし	
	防火管理者	<input checked="" type="radio"/> あり	2	<input checked="" type="radio"/> なし	
	防災計画	<input checked="" type="radio"/> あり	2	<input checked="" type="radio"/> 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	<p>①私たちは、利用者様が主人公の施設を目指します。</p> <p>②私たちは、心から笑顔あふれる生活の場を目指します。</p> <p>③私たちは、安心、安全な生活環境を提供します。</p> <p>④私たちは、「おいしい!」と言える食事、心待ちする食事を提供します。</p> <p>⑤私たちは、地域と豊かな交流、連携を大切にします。</p> <p>⑥私たちは、自然とのふれあいを大切にします。</p>
サービスの提供内容に関する特色	<p>○月額の利用料等で、実施するサービス 介護サービス(食事介助、排泄介助、オムツ介助、移動、着替え等身辺介助) 生活サービス(居室清掃、リネン交換、家庭用洗濯機で対応できる日常衣類の洗濯、居室配膳、下膳、おやつ)</p>
入浴、排せつ又は食事の介護	<input checked="" type="radio"/> 自ら実施 2 委託 3 なし
食事の提供	<input checked="" type="radio"/> 自ら実施 2 委託 3 なし
洗濯、掃除等の家事の供与	<input checked="" type="radio"/> 自ら実施 2 委託 3 なし
健康管理の供与	<input checked="" type="radio"/> 自ら実施 2 委託 3 なし
安否確認又は状況把握サービス	<input checked="" type="radio"/> 自ら実施 2 委託 3 なし
生活相談サービス	<input checked="" type="radio"/> 自ら実施 2 委託 3 なし

(医療連携の内容)

医療支援		<input checked="" type="checkbox"/> 救急車の手配 2 入退院の付き添い 3 通院介助 <input checked="" type="checkbox"/> その他()	
※複数選択可			
協力医療機関	1	名称	とよみ生協病院
		住所	豊見城市字真玉橋593番地1
		診療科目	内科・外科・産婦人科・リハビリテーション科
		協力内容	定期・臨時往診・連携医療機関と共に対応する
	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		1 一時介護室へ移る場合 2 介護居室へ移る場合 3 その他()	
※複数選択可			
判断基準の内容			
手続きの内容			
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 <input type="radio"/> なし
	要支援の者	1 あり <input checked="" type="radio"/> なし
	要介護の者	<input checked="" type="radio"/> あり 2 なし
留意事項		
契約の解除の内容	①入居申し込みにおいて虚偽の事項を記入する等の不正手段により入居したとき ②月払いの利用料その他の支払いを正当な理由なく、しばしば滞納したとき ③入居契約書第17条の規定に違反したとき ④入居者の行動が、他の利用者または従業員の生命に害を及ぼし、また危害が切迫した恐れあり、かつ住宅型有料老人ホームにおける生活支援では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	入居契約書第23条
	解約予告期間	30日 ヶ月
入居者からの解約予告期間	30日	ヶ月
体験入居の内容	1 あり (内容:) <input checked="" type="radio"/> なし	
入居定員	10 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		1
生活相談員				
直接処遇職員				
介護職員	11	0	11	4.1
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				
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)				人
1週間のうち、常勤の従業員が勤務すべき時間数 ※2				時間
※1 常勤換算人数とは、当該事業所の従業員の勤務延時間数を当該事業所において常勤の従業員が勤務すべき時間数で除することにより、当該事業所の従業員の人数を常勤の従業員の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	5		5
実務者研修の修了者			
初任者研修の修了者	4		4
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(時～ 時)		
	平均人数	最少時人数(休憩者等を除く)
看護職員	0 人	0 人
介護職員	3 人	1 人

(職員の状況)

管理者	他の職務との兼務		1 あり <input type="radio"/> なし								
	業務に係る資格等		1 あり <input type="radio"/> なし								
	資格等の名称										
	<input checked="" type="radio"/> 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	0		1	3	0	0	0		0	0	
前年度1年間の退職者数	0		1	2	0	0	0		0	0	
年業務に 応じた 人数 の 経験	1年未満	0	0	0	0	0	0		0	0	
	1年以上										
	3年未満	0	0	2	0	0	0		0	0	
	3年以上										
	5年未満	0	0	2	0	0	0		0	0	
	5年以上										
10年未満	0	0	2	0	0	0		0	0		
10年以上	0	0	5	0	0	0		0	0		
従業者の健康診断の実施状況							<input checked="" type="radio"/> あり 2 なし				
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							<input checked="" type="radio"/> 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】	<input checked="" type="radio"/> 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 <input checked="" type="radio"/> 月払い方式 4 選択方式 ※該当する方式を全て選択	
年齢に応じた金額設定	1 あり <input checked="" type="radio"/> なし	
要介護状態に応じた金額設定	1 あり <input checked="" type="radio"/> 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	<input checked="" type="radio"/> 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	当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を勘案し、必要に応じて変更する。
	手続き	運営懇談会にて入居者等の意見を聴いて改定する。

(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	2	3
	年齢	70 歳	80 歳
居室の状況	床面積	11.5 m ²	14.6 m ²
	便所	1 有 <input checked="" type="radio"/> 無	1 有 <input checked="" type="radio"/> 無
	浴室	1 有 <input checked="" type="radio"/> 無	1 有 <input checked="" type="radio"/> 無
	台所	1 有 <input checked="" type="radio"/> 無	1 有 <input checked="" type="radio"/> 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		80,000 円	140,000 円
家賃		30,000 円	40,000 円
サービス 費用 (※2) 介護 保険 外	特定施設入居者生活介護(※1)の費用	円	円
	食費	30,000 円	60,000 円
	管理費(光熱水費含む)	20,000 円	40,000 円
	介護費用	円	円
	光熱水費	円	円
	その他	円	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、本欄には記入しない。)

(利用料金の算定根拠)

費目	算定根拠
家賃	当社が運営する他の有料老人ホームの家賃相当額を参考に算定しました。
敷金	敷金の支払いはありません。
介護費用	(※介護保険サービスの自己負担額は含めないで記入)
管理費	家賃と同じ
食費	家賃と同じ
光熱水費	家賃と同じ
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	2	人
	女性	7	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	6	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	8	人
	要介護4	1	人
	要介護5	0	人
入居期間別	6ヶ月未満	1	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	0	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	86.4	歳
入居者数の合計	9	人
入居率 (※)	90	%

(※) 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	2	人
	医療機関	0	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	0	人
		(解約事由の例)	

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	上田ていんさぐの丘 相談係	
電話番号	098-994-2222	
対応している時間	平日	午前9時から午後5時まで
	土曜	午前9時から午後5時まで
	日曜・祝日	
定休日	年末年始(12/31～1/3)日曜日	

(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	<input checked="" type="radio"/> あり	(その内容)
	<input type="radio"/> 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	<input checked="" type="radio"/> あり	(その内容)
	<input type="radio"/> 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	
	<input checked="" type="radio"/> なし	結果の開示	1 あり 2 なし
第三者による評価の実施状況	1 あり	実施日	
	<input checked="" type="radio"/> なし	評価機関名称	
		結果の開示	1 あり 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"/> 入居希望者に公開 <input type="radio"/> 入居希望者に交付 <input type="radio"/> 公開していない
管理規程	<input checked="" type="radio"/> 入居希望者に公開 <input type="radio"/> 入居希望者に交付 <input type="radio"/> 公開していない
事業収支計画書	<input checked="" type="radio"/> 入居希望者に公開 <input type="radio"/> 入居希望者に交付 <input type="radio"/> 公開していない
財務諸表の要旨	<input checked="" type="radio"/> 入居希望者に公開 <input type="radio"/> 入居希望者に交付 <input type="radio"/> 公開していない
財務諸表の原本	<input checked="" type="radio"/> 入居希望者に公開 <input type="radio"/> 入居希望者に交付 <input type="radio"/> 公開していない

10. その他

運営懇談会	<input checked="" type="radio"/> 1 あり (開催頻度)年 1 回 <input type="radio"/> 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】	<input type="radio"/> 1 あり (提携ホーム名:) <input checked="" type="radio"/> 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	<input checked="" type="radio"/> 1 届出あり 2 届出なし <input type="radio"/> 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	<input type="radio"/> 1 登録あり <input checked="" type="radio"/> 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	<input type="radio"/> 1 不適合事項あり <input checked="" type="radio"/> 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(□全室・□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 (□全室・□居室の一部) <input type="checkbox"/> 消防法等に定める設備等の設置なし (□スプリンクラー全室□自動火災報知設備□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	<input type="radio"/> 1 適合している(代替措置を実施) <input type="radio"/> 2 適合している(将来の改善計画を策定している) <input type="radio"/> 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	<input type="radio"/> 1 指導事項あり(過去1年以内に改善) <input type="radio"/> 2 指導事項あり(未改善のまま、指導から1年経過) <input checked="" type="radio"/> 3 指導事項なし 2 指導事項あり(未改善のまま、指導から1年経過)
1又は2の場合、不適合事項の内容	

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 平成 年 月 日

説明者署名 _____

※契約を前提として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	あり 	
訪問入浴介護	あり 	
訪問看護	あり 	
訪問リハビリテーション	あり 	
居宅療養管理指導	あり 	
通所介護	あり 	
通所リハビリテーション	あり 	
短期入所生活介護	あり 	
短期入所療養介護	あり 	
特定施設入居者生活介護	あり 	
福祉用具貸与	あり 	
特定福祉用具販売	あり 	
<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	
地域密着型通所介護	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		
介護医療院	あり なし	
(2)介護予防・日常生活支援総合事業		
訪問型サービス	あり なし	
通所型サービス	あり なし	
その他の生活支援サービス	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	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)		※3 料金	備考
	なし	あり	なし	あり		
介護サービス						
食事介助	なし	あり	なし	あり	0	
排泄介助・おむつ交換	なし	あり	なし	あり	0	
おむつ代	なし	あり	なし	あり		
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	0	
機能訓練	なし	あり	なし	あり		
通院介助	なし	あり	なし	あり		※付添いができる範囲を明確化すること
生活サービス						
居室清掃	なし	あり	なし	あり	0	
リネン交換	なし	あり	なし	あり	0	
日常の洗濯	なし	あり	なし	あり	0	
居室配膳・下膳	なし	あり	なし	あり		
入居者の嗜好に応じた特別な食事	なし	あり	なし	あり		
おやつ	なし	あり	なし	あり	0	
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		※利用ができる範囲を明確化すること
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(年〇回など)を明記すること
健康相談	なし	あり	なし	あり	0	
生活指導・栄養指導	なし	あり	なし	あり	0	
服薬支援	なし	あり	なし	あり	0	
生活リズムの記録(排便・睡眠等)	なし	あり	なし	あり	0	
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		※付添いができる範囲を明確化すること
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、月額サービスの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、いずれかの欄に〇を記入する。

※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。