

有限会社リアン のぞみの里 岩見沢  
のぞみ幌向 1号館  
(住宅型有料老人ホーム)  
重要事項説明書



# のぞみ幌向 1号館

(住宅型有料老人ホーム)

## 重要事項説明書

記入年月日	令和 3年 7月
記入者名	市川 泰樹
所属・職名	のぞみ幌向1号館管理者

### 1. 事業主体概要

種類	法人	
	※法人の場合、その種類	営利法人
名称	(ふりがな) ゆうげんかいしゃ りあん 有限会社 リアン	
主たる事務所の所在地	〒068-0821	
連絡先	電話番号	0126-32-2820
	FAX番号	0126-32-2821
	ホームページアドレス	<a href="http://www.24de.jp">http://www.24de.jp</a>
代表者	氏名	西出 達司
	職名	代表取締役社長
設立年月日	平成15年 2月17日	
主な実施事業	※別添1 (別々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) のぞみほろむい 1ごうかん のぞみ幌向 1号館	
所在地	〒069-0373 岩見沢市幌向南3条3丁目270番地	
主な利用交通手段	最寄駅	JR 幌向駅
	交通手段と所要時間	①JR利用の場合 ・JR 幌向駅下車 徒歩15分(距離500m) ②バス利用の場合 ・中央バス幌向線 南3条バス停下車



		徒歩1分 ③自家用車利用の場合 ・道央自動車道岩見沢インターチェンジより 約20分(距離約15km)
連絡先	電話番号	0126-35-6170
	FAX番号	0126-35-6171
	ホームページアドレス	http://www.24de.jp
管理者	氏名	市川 泰樹
	職名	係長
建物の竣工日		平成22年 2月 日
有料老人ホーム事業の開始日		平成29年 3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	5,063.59 m <sup>2</sup>	
	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	782.56 m <sup>2</sup>
		うち、老人ホーム部分	782.56 m <sup>2</sup>
	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 ( 年 月 日 ~ 年 月 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	11.59 m <sup>2</sup>	27	一般居室個室
	タイプ2	有/無	有/無	26.50 m <sup>2</sup>	2	一般居室個室
	タイプ3	有/無	有/無	m <sup>2</sup>		
	タイプ4	有/無	有/無	m <sup>2</sup>		
	タイプ5	有/無	有/無	m <sup>2</sup>		
	タイプ6	有/無	有/無	m <sup>2</sup>		
	タイプ7	有/無	有/無	m <sup>2</sup>		
タイプ8	有/無	有/無	m <sup>2</sup>			
タイプ9	有/無	有/無	m <sup>2</sup>			
タイプ10	有/無	有/無	m <sup>2</sup>			
※「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	5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	4ヶ所		
	共用浴室	2ヶ所	個室	ヶ所		
			大浴場	1ヶ所		
	共用浴室における介護浴槽	1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	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	
緊急通報装置等	居室	1 あり		
	2 一部あり	② 一部あり		
	③ なし	3 なし		
	便所	1 あり		
浴室	① あり			
その他（ ）	1 あり			
		2 一部あり		
		3 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	<ul style="list-style-type: none"> <li>入居者様の個人を尊重し、自由を可能な限り見守ります。</li> <li>ご家族や、地域の方が訪問しやすいホームを作ります。</li> </ul>
サービスの提供内容に関する特色	<ul style="list-style-type: none"> <li>近隣は閑静な場所で、ゆったりとした環境で過ごして頂けます。</li> </ul>
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	① 救急車の手配 ※複数選択可 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	松藤医院
		住所	岩見沢市2条西4丁目



		診療科目	内科、循環器科
		協力内容	・月1回の定期往診。 ・休日、夜間及び緊急時を含め、入居者の受診、治療、入院に協力します。 ※医療費、その他の費用は、入居者の個人負担となります。
	2	名称	
		住所	
		診療科目	
協力歯科医療機関		協力内容	
	名称	ハタテ歯科医院	
	住所	岩見沢市美園1条3丁目	
		協力内容	・年間1度の健診及び、都度の往診。 ※医療費、その他の費用は、入居者の個人負担となります。

(入居後に居室を住み替える場合)

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 2 介護居室へ移る場合 ③ その他(体調(精神面含む)や、身体能力の低下により、住み替えが必要であると判断された場合。)	
判断基準の内容	主治医や、介護サービス相談員等との連携により	
手続きの内容	なし	
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
	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	<p>1 自傷、他害の恐れのない方。</p> <p>2 身元引受人を立てることができる方。</p>		
契約の解除の内容	<p>1 入居者が死亡したとき。</p> <p>2 事業者からの契約解除条項に基づき解除を通告し、予告期間が満了したとき。事業者は、入居者が次の各号のいずれかに該当し、かつ、そのことが本契約をこれ以上将来にわたって維持することが社会通念上著しく困難と認められる場合に、本契約を解除することがあります。</p> <p>一、入居申込書に虚偽の事項を記載する等の不正手段により入居したとき。</p> <p>二、月払いの利用料その他の支払いを正当な理由なく、3か月以上遅滞するとき。</p> <p>三、禁止又は制限される行為の規定に違反したとき。</p> <p>四、入居者の行動が、他の入居者の生命に危害を及ぼす恐れがあり、かつ入居者に対する通常の介護方法ではこれを防止することができないとき。</p> <p>3 入居者からの解約条項に基づき解約を行ったとき。</p>		
事業主体から解約を求める場合	解約条項	<p>事業者は、入居者が次の各号のいずれかに該当し、かつ、そのことが本契約をこれ以上将来にわたって維持することが社会通念上著しく困難と認められる場合に、本契約を解除することがあります。</p> <p>一、入居申込書に虚偽の事項を記載する等の不正手段により入居したとき。</p> <p>二、月払いの利用料その他の支払いを正当な理由なく、3か月以上遅滞するとき。</p> <p>三、禁止又は制限される行為の規定に違反したとき。</p> <p>四、入居者の行動が、他の入居者の生命に危害を及ぼす恐れがあり、かつ入居者に対する通常の介護方法ではこれを防止することがで</p>	



		きないとき。
	解約予告期間	3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: 2泊3日以内の日程で体験入居が可能です。事情によっては1週間以内の体験入居も相談に応じます(1泊2日 5,000円「税込み」夕・朝食付)。但し、空室があるときとします。) ② なし	
入居定員		29人
その他		

## 5. 職員体制

### (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名	1名		
生活相談員				
直接処遇職員				
介護職員				
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			
実務者研修の修了者			
初任者研修の修了者			
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	人	人
介護職員	人	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	・認知症対応型サービス事業管理者研修 ・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											
前年度1年間の退職者数											
従事し業務に	1年未満										
	1年以上										
	3年未満										



	3年以上 5年未満										
	5年以上 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	・人件費、物価の変動、提供するサービス形態の変更、コストの見直し等に基づき、運営懇談会の意見も聴いた上で決定します。
	手続き	・改定にあたっては、入居者、身元引受人へ事前通知します。

### (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		
	年齢	歳	歳
居室の状況	床面積	11,59㎡	26,50㎡
	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 ※30日の場合		95,000円	95,000円	
家賃		45,000円	45,000円	
サービス費用	特定施設入居者生活介護 <sup>※1</sup> の費用	円	円	
	介護保険外 <sup>※2</sup>	食費	1,000円/1日	1,000円/1日
		管理費	5,000円	5,000円
		介護費用	円	円
		光熱水費	15,000円	15,000円
その他	円	円		
<p>※1 介護予防・地域密着型の場合を含む。</p> <p>※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）</p>				

(利用料金の算定根拠)

費目	算定根拠
家賃	当該施設の開発費、地代、整備費用、物価変動費、借入利息、管理事務費などを含む。
敷金	徴収していない。
介護費用	提供していない。
管理費	共用施設の維持管理費、備品費、消耗品費、管理部門の人件費、事務費並びに各種相談、余暇活動サービスに要する費用、定期健康診断、精密検査の費用。
食費	食材費、設備・備品代（調理器具・食器など）に基づく費用。 【1,000円/1日 朝250円、昼400円、夕350円】 ※食止めは原則1週間前まで。食数に応じて返金あり。
光熱水費	暖房費については以下の方法にて徴収する。 暖房の利用期間は10月1日～4月末までとなっているが、気温の変化で9月或いは5月まで暖房を利用する場合は、日割計算による追加料金をいただく。 尚、暖房費は入居者が本契約締結後に入居していない場合（セカンドハウス）及び2ヵ月以上不在の場合、3ヵ月目からは徴収しない。 ※重油価格が変動した場合には、年度毎に価格の改訂を行う。
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	○駐車場料金 1台 5,000円/月 ○理美容費 実費負担 ○コピー B5、A4、B4 1枚10円、A3 1枚15円 (各カラーコピー50円) ○FAX 1枚10円



	○ゴミ 岩見沢市の規定により実費負担。 ○館内、館外行事 材料費などは実費負担。
--	---

**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	8人
	女性	18人
年齢別	65歳未満	0人
	65歳以上75歳未満	4人
	75歳以上85歳未満	14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	1人
	要介護1	8人
	要介護2	9人
	要介護3	4人
	要介護4	4人
	要介護5	0人
入居期間別	6ヶ月未満	13人
	6ヶ月以上1年未満	3人
	1年以上5年未満	7人
	5年以上10年未満	3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	26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	人
	社会福祉施設	人
	医療機関	人
	死亡者	3人
	その他	人





生前解約の状況	施設側の申し出		人
		(解約事由の例)	
	入居者側の申し出		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		のぞみ幌向 1号館
電話番号		0126-35-6170
対応している時間	平日	9:00~17:00
	土曜	9:00~17:00
	日曜・祝日	休み
定休日		なし

(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	随時
		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	① 入居希望者に公開 2 入居希望者に交付 3 公開していない
管理規程	① 入居希望者に公開 2 入居希望者に交付 3 公開していない
事業収支計画書	1 入居希望者に公開 2 入居希望者に交付 ③ 公開していない
財務諸表の要旨	1 入居希望者に公開 2 入居希望者に交付 ③ 公開していない
財務諸表の原本	1 入居希望者に公開 2 入居希望者に交付 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 6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: のぞみ幌向 2号館 ) 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	5. 規模及び構造設備	

○

○

の内容	<p>9 (1)一般居室、介護室及び一時介護室は次による事。</p> <p>ア) 個室とすることとし、入居者1人当たりの床面積は13平方メートル以上とする事。</p> <p>～ 12号室、 33号室以外の居室は(11.59㎡)となっています。</p> <p>(5)廊下幅</p> <p>イ) 廊下の幅は1,8メートル以上とする事。ただし、中廊下の幅は2,7メートル以上とする事。</p> <p>～ 手すりの設置等行い、安全に配慮しています。</p>
「6. 既存建築物等の活用 の場合等の特例」への適合 性	<p>① 適合している (代替措置)</p> <p>2 適合している (将来の改善計画)</p> <p>3 適合していない</p>
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	

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 令和 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 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
<b>&lt;居宅サービス&gt;</b>				
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		
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		
<b>&lt;地域密着型サービス&gt;</b>				
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	小規模多機能型居宅介護 えみな栄町	岩見沢市栄町2丁目 1-9
認知症対応型共同生活介護	あり	なし	グループホームえみな栄 町	岩見沢市栄町2丁目 1-9
地域密着型特定施設入居者生活介護	あり	なし	のぞみ幌向2号館	岩見沢市幌向南3条 3丁目270番地30
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		
<b>&lt;居宅介護予防サービス&gt;</b>				
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		
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		
<b>&lt;地域密着型介護予防サービス&gt;</b>				
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		
<b>&lt;介護保険施設&gt;</b>				
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		
介護医療院	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）			備考	
			包含※2	都度※2	料金※3		
<b>介護サービス</b>							
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			
おむつ代			なし	あり	○	実費	※おむつが必要な場合
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	○	実費	※緊急時や、ご家族対応が難しい場合等。
<b>生活サービス</b>							
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			
入居者の嗜好に応じた特別な食事			なし	あり			
おやつ			なし	あり	○	実費	
理美容師による理美容サービス			なし	あり	○	実費	※必要に応じて。
買い物代行	なし	あり	なし	あり	○	実費	※日用品のみ。市内に限る。
役所手続き代行	なし	あり	なし	あり	○	実費	※交通費実費。市内に限る。
金銭・貯金管理			なし	あり	○		※やむを得ない場合のみ。
<b>健康管理サービス</b>							
定期健康診断			なし	あり			
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			
<b>入退院時・入院中のサービス</b>							
移送サービス	なし	あり	なし	あり	○	実費	※市内に限る。他要相談。
入退院時の同行	なし	あり	なし	あり	○	実費	※市内に限る。他要相談。
入院中の洗濯物交換・買い物	なし	あり	なし	あり	○	実費	※一部日用品のみ。市内に限る。他要相談。
入院中に見舞い訪問	なし	あり	なし	あり	○	実費	※市内に限る。他要相談。

※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。

