

## 住宅型有料老人ホーム【GRACE310 モイレ】

### 重要事項説明書

作成年月日	令和 2 年 7 月 1 日
記入者名	佐藤 昌代
所属・職名	管理者

#### 1. 事業主体概要

種類	個人／法人 有限会社 ドラックストアーさとう	
	※法人の場合、その種類	有限会社
名称	(ふりがな) ゆうげんがいしや どらつくすとあーさとう 有限会社 ドラックストアーさとう	
主たる事務所の所在地	〒046-0004 余市郡余市町大川町 3 丁目 6 8 番地	
連絡先	電話番号	0 1 3 5 - 4 8 - 5 0 3 6
	FAX番号	0 1 3 5 - 4 8 - 5 0 3 7
	ホームページアドレス	http://
代表者	氏名	佐藤 公一
	職名	代表取締役
設立年月日	平成 2 年 1 0 月 2 6 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) じゅうたくがたゆうりょうろうじんほ一む ぐれいす 310 もいれ 住宅型有料老人ホーム GRACE 3 1 0 モイレ	
所在地	〒046-0021 余市郡余市町浜中町 4 番地 8	
主な利用交通手段	最寄駅	余市駅

	交通手段と所要時間	公共交通機関 バス停 余市役場前より徒歩 15分
連絡先	電話番号	0135-48-6307
	FAX番号	0135-48-6308
管理者	氏名	佐藤 昌代
	職名	管理者
有料老人ホーム事業の開始日		平成 30年 4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="checkbox"/> 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	807.91 m <sup>2</sup>	
	所有関係	1 事業者が自ら所有する土地	
		<input checked="" type="checkbox"/> 2 事業者が賃借する土地	
		抵当権の有無	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり 2 なし
		契約期間	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり (H30年4月1日～H31年3月31日) 2 なし
契約の自動更新	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり 2 なし		
建物	延床面積	全体	938.52 m <sup>2</sup>
		うち、老人ホーム部分	558.36 m <sup>2</sup>
	耐火構造	<input checked="" type="checkbox"/> 1 耐火建築物 2 準耐火建築物 3 その他（ ）	
構造	<input checked="" type="checkbox"/> 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 (H30年4月1日～H31年3月31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A	有/無	有/無	30.83 m <sup>2</sup>	1	一般
	タイプB	有/無	有/無	20.70 m <sup>2</sup>	2	一般
タイプC	有/無	有/無	13.38 m <sup>2</sup>	5	一般	
※「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	2ヶ所		
			うち車椅子等の対応が可能な便房	1ヶ所		
	共用浴室	3ヶ所	個室	1ヶ所		
			大浴場	2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	当施設(住宅型有料老人ホーム GRACE310 モイレ)では入居時自立可能なご入居中心に、かつ自立に若干不安を抱えている方にも、健全かつ楽しい生活を送って頂ける施設運営を目指します。			
入浴、排せつ又は食事の介護	1 自ら実施	2 委託	<input checked="" type="checkbox"/> 3 なし	
食事の提供	1 自ら実施	<input checked="" type="checkbox"/> 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	<input checked="" type="checkbox"/> 3 なし	
健康管理の供与	1 自ら実施	2 委託	<input checked="" type="checkbox"/> 3 なし	
安否確認又は状況把握サービス	<input checked="" type="checkbox"/> 1 自ら実施	2 委託	3 なし	
生活相談サービス	<input checked="" type="checkbox"/> 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	<input checked="" type="checkbox"/> 2 なし		
	夜間看護体制加算	1 あり	<input checked="" type="checkbox"/> 2 なし		
	医療機関連携加算	1 あり	<input checked="" type="checkbox"/> 2 なし		
	看取り介護加算	1 あり	<input checked="" type="checkbox"/> 2 なし		
	認知症専門ケア加算	(Ⅰ)	1 あり	<input checked="" type="checkbox"/> 2 なし	
		(Ⅱ)	1 あり	<input checked="" type="checkbox"/> 2 なし	
	サービス提供体制強化加算	(Ⅰ)イ	1 あり	<input checked="" type="checkbox"/> 2 なし	
		(Ⅰ)ロ	1 あり	<input checked="" type="checkbox"/> 2 なし	
(Ⅱ)		1 あり	<input checked="" type="checkbox"/> 2 なし		
(Ⅲ)		1 あり	<input checked="" type="checkbox"/> 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			
	<input checked="" type="checkbox"/> 2 なし				

**(医療連携の内容)**

医療支援 ※複数選択可		<input checked="" type="checkbox"/> 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	わたなべ内科医院
		住所	余市郡余市町大川町6丁目12番地
		診療科目	内科 消化器科
		協力内容	利用者の医療受診・健康相談
	2	名称	勤医協余市診療所
		住所	余市郡余市町黒川町12丁目46番地
		診療科目	内科 小児科
		協力内容	利用者の医療受診・健康相談
協力歯科医療機関		名称	医療法人社団 青野歯科医院
		住所	余市郡余市町大川町3丁目63番地
		協力内容	利用者の医療受診・健康相談

**(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 2 介護居室へ移る場合 3 その他 ( ) <input checked="" type="checkbox"/> 4 なし	
判断基準の内容			
手続きの内容			
追加的費用の有無		1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 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="checkbox"/> 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="checkbox"/> 2 なし	
	便所の変更	1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし	
	浴室の変更	1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし	
	洗面所の変更	1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし	
	台所の変更	1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし	
	その他の変更	1 あり	(変更内容)
		<input checked="" type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 1	あり	<input type="checkbox"/> 2	なし
	要支援の者	<input type="checkbox"/> 1	あり	<input type="checkbox"/> 2	なし
	要介護の者	<input type="checkbox"/> 1	あり	<input type="checkbox"/> 2	なし
留意事項					
契約の解除の内容	契約書参照				
体験入居の内容	1 あり (内容 : ) <input type="checkbox"/> 2 なし				
入居定員	8 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	(1)	(1)		(1)
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	1		1	0.5
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			

**(夜間体制及び夜勤を行う看護・介護職員の人数)**

※当ホームは看護師・介護職員の常駐はしていません。

※管理者が当施設にありますが、夜間は緊急時のみの電話対応となります。連絡先については 8-①の連絡先まで問い合わせください。

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

**(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)	

※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	ホームの職員数	人
--------------------	---------	---

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)	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		<input checked="" type="checkbox"/> あり    2 なし							
	業務に係る資格等		<input checked="" type="checkbox"/> あり							
	資格等の名称		ヘルパー 2級							
	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										
応じた業務に従事した経験年数に の人数	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			<input checked="" type="checkbox"/> 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	
	<input checked="" type="checkbox"/> 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="checkbox"/> 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	<input checked="" type="checkbox"/> 2 なし
要介護状態に応じた金額設定	1 あり	<input checked="" type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 1 減額なし <input type="checkbox"/> 2 日割り計算で減額 <input type="checkbox"/> 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	要支援1	要支援2
	年齢	80歳	85歳
居室の状況	床面積	30.38㎡	10.35㎡
	便所	1有 <input type="checkbox"/> 2無	1有 <input type="checkbox"/> 2無
	浴室	1有 <input type="checkbox"/> 2無	1有 <input type="checkbox"/> 2無
	台所	1有 <input type="checkbox"/> 2無	1有 <input type="checkbox"/> 2無
入居時点で必要な費用	礼金（非課税）	家賃1か月分	家賃1か月分
	仲介料（税別）	家賃1か月分	家賃1か月分
	借家人賠償保険(非課税)	20,000円	20,000円
	退去時清掃料(税別)	30,000円	30,000円
月額費用の合計(税別)		119,200円	104,200円
家賃(非課税)		50,000円	35,000円
サービス費用	介護保険外 <sup>※2</sup>	特定施設入居者生活介護 <sup>※1</sup> の費用	円
		食費(税別)	39,000円
		管理費(非課税)	10,000円
		暖房費(11月～4月)(税別)	5,000円
		区会費	200円
		水道光熱費	15,000円
		生活支援サポート費	25,000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)**

費目	算定根拠
家賃	施設の整備に要する費用・修繕費・賃貸代に充当する。
共益費	施設の整備に要する費用・修繕費・賃貸代に充当する。
食費	人件費・食材費に充当する。
水道光熱費	施設の整備に要する費用・修繕費・賃貸代に充当する。

**(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**

費目	算定根拠
特定施設入居者生活介護※に対する自己負担	
特定施設入居者生活介護※における人員配置が手厚い場合の介護サービス（上乘せサービス）	
※ 介護予防・地域密着型の場合を含む。	

**(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）		
償却の開始日		
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率（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	4 人
	女性	3 人
年齢別	65 歳未満	人
	65 歳以上 75 歳未満	人
	75 歳以上 85 歳未満	2 人
	85 歳以上	5 人
要介護度別	自立	1 人
	要支援 1	2 人
	要支援 2	人
	要介護 1	3 人
	要介護 2	人
	要介護 3	1 人
	要介護 4	人
	要介護 5	人
入居期間別	6 ヶ月未満	人
	6 ヶ月以上 1 年未満	1 人
	1 年以上 5 年未満	6 人
	5 年以上 10 年未満	人
	10 年以上 15 年未満	人
	15 年以上	人

### (入居者の属性)

平均年齢	80 歳
入居者数の合計	7 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	1 人
	死亡者	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。

**① 当事業所入居者相談・苦情担当**

窓口の名称		住宅型有料老人ホーム GRACE310 モイレ
管理者		佐藤 昌代
電話番号		0 1 3 5 - 4 8 - 6 3 0 7
対応している時間	平日	9 : 0 0 ~ 1 8 : 0 0
	土曜	9 : 0 0 ~ 1 8 : 0 0
	日曜・祝日	9 : 0 0 ~ 1 8 : 0 0
定休日		

**② 当施設以外に、公的な相談・苦情窓口等に苦情を伝えることができます。**

**【市町村（保険者）の窓口】**

余市町民生部高齢者福祉課	ご利用時間	平日 午前 9 時～午後 5 時
	電話番号	0 1 3 5 - 2 1 - 2 1 1 9

**【北海道庁】**

北海道保健福祉部福祉局施設運営指導課	ご利用時間	平日 午前 8 時 45 分～午後 5 時 30 分
	電話番号	0 1 1 - 2 0 4 - 5 2 7 4

**(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="checkbox"/> 1 あり	(その内容) 開設時に損害賠償保険
	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)
	<input checked="" type="checkbox"/> 2 なし	
事故対応及びその予防のための指針	<input checked="" type="checkbox"/> 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	1 入居希望者に公開 <input checked="" type="checkbox"/> 2 入居希望者に交付 3 公開していない
管理規程	<input checked="" type="checkbox"/> 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 <input checked="" type="checkbox"/> 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 <input checked="" type="checkbox"/> 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 回
	2 なし	
	1 代替措置あり	(内容) 管理規定参照
	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	

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 (介護サービス一覧表)

※ \_\_\_\_\_ 印

説明年月日 令和 年 月 日

説明者署名 \_\_\_\_\_ 印

※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
＜居宅サービス＞				
訪問介護	あり	なし	ケアサポートまごころ	余市町浜中町9番地6
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	デイサービスまごころ	余市町入舟町9番地6
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	ドラックストアさとう	余市町大川町3丁目68番地
特定福祉用具販売	あり	なし	ドラックストアさとう	余市町大川町3丁目68番地
＜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	デイサービスまごころ	余市町入舟町9番地6
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	ドラックストアさとう	余市町大川町3丁目68番地
特定介護予防福祉用具販売	あり	なし	ドラックストアさとう	余市町大川町3丁目68番地
＜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

介護サービスの一覧表

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	備 考		
	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
	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					
排泄介助・おむつ交換	なし	あり	なし	あり	○				生活支援サポート費(任意)
おむつ代			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	○				生活支援サポート費(任意)
機能訓練	なし	あり	なし	あり					
通院介助	なし	あり	なし	あり					
生活サービス									
居室清掃	なし	あり	なし	あり	○				生活支援サポート費(任意)
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	○				生活支援サポート費(任意)
居室配膳・下膳	なし	あり	なし	あり					※体調不良による
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					
理美容師による理美容サービス			なし	あり					
買い物代行	なし	あり	なし	あり	○				生活支援サポート費(任意)
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					
健康管理サービス									
定期健康診断			なし	あり					※年1回 個人対応
健康相談	なし	あり	なし	あり	○				生活支援サポート費(任意)
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	○				生活支援サポート費(任意)
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○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。