

重要事項説明書

記入年月日	2020年08月22日
記入者名	久積秀行（くずみ）
所属・職名	生活相談員

※ 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／法人 法人	
	※法人の場合、その種類	営利法人
名称	(ふりがな) ゆうげんがいしゃ くまがやふくししえんすいしんじぎょうしょ 有限会社 熊谷福祉支援推進事業所	
主たる事務所の所在地	〒360-0032 埼玉県熊谷市銀座四丁目5番19号	
連絡先	電話番号	048-520-2711
	FAX番号	048-520-2722
	ホームページアドレス	http:// なし
代表者	氏名	諸 信行
	職名	取締役
設立年月日	平成17年06月01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 もろちゃんち	(ふりがな) もろちゃんち	
所在地	〒360-0032 埼玉県熊谷市銀座四丁目5番19号	
主な利用交通手段	最寄駅	JR 熊谷 駅 北口
	交通手段と所要時間	例：①徒歩 19分 (1分/80M換算値) ②自動車利用の場合 ・乗車 4分
連絡先	電話番号	048-520-2711
	FAX番号	048-520-2722
	ホームページアドレス	http:// なし
管理者	氏名	諸 信行
	職名	取締役
建物の竣工日		昭和・平成 28年05月20日
有料老人ホーム事業の開始日		昭和・平成 28年06月01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	905.27 m ²	
	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

	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	7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	5ヶ所			
	共用浴室	2ヶ所	個室	1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	0ヶ所			
			リフト浴	1ヶ所			
			ストレッチャー浴	0ヶ所			
			その他（バスチェア ー）	1ヶ所			
食堂	<input checked="" type="checkbox"/> 1	あり	<input type="checkbox"/> 2	なし			
入居者や家族が利 用できる調理設備	<input type="checkbox"/> 1	あり	<input checked="" type="checkbox"/> 2	なし			
エレベーター	<input checked="" type="checkbox"/> 1	あり（車椅子対応）	<input type="checkbox"/> 2	あり（ストレッチャー対応）			
	<input type="checkbox"/> 3	あり（上記1・2に該当しない）	<input type="checkbox"/> 4	なし			
消防用設備 等	消火器	<input checked="" type="checkbox"/> 1	あり	<input type="checkbox"/> 2	なし		
	自動火災報知設備	<input checked="" type="checkbox"/> 1	あり	<input type="checkbox"/> 2	なし		
	火災通報設備	<input checked="" type="checkbox"/> 1	あり	<input type="checkbox"/> 2	なし		
	スプリンクラー	<input checked="" type="checkbox"/> 1	あり	<input type="checkbox"/> 2	なし		
	防火管理者	<input checked="" type="checkbox"/> 1	あり	<input type="checkbox"/> 2	なし		
	防災計画	<input checked="" type="checkbox"/> 1	あり	<input type="checkbox"/> 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	入居される利用者様を尊重し、安全で安心できる生活を行くつて頂けるよう努めます。
サービスの提供内容に関する特色	アットホームな環境作りに努め、何でも話しやすい環境作りを心がけてます。
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	
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	※複数選択可	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 くぼじまクリニック
		住所	熊谷市久保島 1785-2
		診療科目	内科、泌尿器科、消化器
		協力内容	定期受診、往診、健康相談
	2	名称	
		住所	
		診療科目	
		協力内容	
協力歯科医療機関		名称	かごはら歯科
		住所	深谷市大字東方籠原 3278-13
		協力内容	訪問歯科

(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="checkbox"/> 2 介護居室へ移る場合 3 その他 ()		
判断基準の内容	身体状況の変化		
手続きの内容	ご家族と話し合い了解を頂いたのち		
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 2 なし <input type="checkbox"/> 前払金は頂いてません。		
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	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり 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	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	第 16 条		
契約の解除の内容	入居届が虚偽の記載の時、支払いの滞納、きょうどうせいかつの秩序を乱す行為が有った時。		
事業主体から解約を求める場合	解約条項	第 16 条	
	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 : 食事代のみ頂きます。) 2 なし		
入居定員	22 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	0	1.0
生活相談員	1	1	0	1.0
直接処遇職員				
介護職員	8	8	0	4.6
看護職員	1	1	0	1.0
機能訓練指導員	0	0	0	0
計画作成担当者	生活相談員兼務	1	0	1.0
栄養士	外部委託	0	0	0

調理員	外部委託	0	0	0
事務員	1	0	1	0.2
その他職員	0	0	0	0
1週間のうち、常勤の従業者が勤務すべき時間数※2				
<p>※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。</p> <p>※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。</p>				

(資格を有している介護職員の人数)

	合計	勤務形態	
		常勤	非常勤
社会福祉士	0	0	0
介護福祉士	5	5	0
実務者研修の修了者	0	0	0
初任者研修の修了者	2	2	0
介護支援専門員	0	0	0

(資格を有している機能訓練指導員の人数)

	合計	勤務形態	
		常勤	非常勤
看護師又は准看護師	1	1	0
理学療法士	0	0	0
作業療法士	0	0	0
言語聴覚士	0	0	0
柔道整復士	0	0	0
あん摩マッサージ指圧師	0	0	0

(夜勤を行う看護・介護職員の人数)

夜勤帯の設定時間 (17:30 時 ~ 09:30 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	2人	2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		実務者研修							
	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	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
前年度1年間の退職者数	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0
業務に従事し た経手数	1年未満	0	0	1	0	0	0	0	0	0
	1年以上 3年未満	0	0	2	0	1	0	0	0	0
	3年以上	0	0	1	0	0	0	0	0	0
		0	0	1	0	0	0	0	0	0

	5年未満										
	5年以上 10年未満	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0
	10年以上	1	0	2	0	0	0	0	0	0	0
従業者の健康診断の実施状況				<input checked="" type="checkbox"/> 1	あり	<input type="checkbox"/> 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 checked="" type="checkbox"/> 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	消費者物価指数、消費税増税、労働賃金の上昇
	手続き	1ヶ月前に書面にて案内し、署名、捺印を頂きます。

(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	介護度に関係なく一律	
	年齢	年齢に関係なく一律 歳	
居室の状況	床面積	14.9 m ² m ²	
	便所	1 有 <input checked="" type="checkbox"/> 2 無	1 有 2 無

	浴室	1 有 <input checked="" type="checkbox"/> 2 無	1 有 2 無
	台所	1 有 <input checked="" type="checkbox"/> 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		円	円
家賃		月 30 日計算 45,000 円	円
サービス費用	介護保険外※	特定施設入居者生活介護※ ¹ の費用	0 円
		食費	月 30 日計算 45,000 円
		管理費	5,000 円
		介護費用	0 円
		光熱水費	0 円
		その他	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	45,000 円 近隣家賃を参考
敷金	家賃の 0 ヶ月分
介護費用	※介護保険サービスの自己負担額は含まない。
管理費	5,000 円 (水道、光熱費、電話代その他公共料金)
食費	45,000 円
光熱水費	0 円 管理費に含まれる。
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

費目	算定根拠
----	------

	要支援 1	0 人
	要支援 2	0 人
	要介護 1	0 人
	要介護 2	2 人
	要介護 3	4 人
	要介護 4	9 人
	要介護 5	7 人
入居期間別	6 ヶ月未満	1 人
	6 ヶ月以上 1 年未満	7 人
	1 年以上 5 年未満	9 人
	5 年以上 10 年未満	4 人
	10 年以上 15 年未満	1 人
	15 年以上	0 人

(入居者の属性)

平均年齢	85.3 歳
入居者数の合計	22 人
入居率*	100%
<p>※ 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。</p>	

(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	1 人
	医療機関	3 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		サービス相談窓口
電話番号		048-520-2711
対応している時間	平日	9:00-17:00
	土曜	9:00-17:00
	日曜・祝日	9:00-17:00
定休日		年末年始(12月29~1月3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="checkbox"/> 1 あり	(その内容) 事業活動包括保険 東京海上日動火災保険((株))
	<input type="checkbox"/> 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	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり	(その内容) 上記保険にて対応
	<input 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 <input type="checkbox"/> 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	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり	実施日	
		結果の開示	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり <input type="checkbox"/> 2 なし
	<input type="checkbox"/> 2 なし		
第三者による評価の実施状況	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり	実施日	
		評価機関名称	
		結果の開示	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり <input type="checkbox"/> 2 なし
	<input type="checkbox"/> 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 type="checkbox"/> 1 入居希望者に公開 <input type="checkbox"/> 2 入居希望者に交付 <input type="checkbox"/> 3 公開していない
管理規程	<input type="checkbox"/> 1 入居希望者に公開 <input type="checkbox"/> 2 入居希望者に交付 <input type="checkbox"/> 3 公開していない
事業収支計画書	<input type="checkbox"/> 1 入居希望者に公開 <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 1 入居希望者に公開 <input type="checkbox"/> 2 入居希望者に交付 <input checked="" type="checkbox"/> 3 公開していない
財務諸表の原本	<input type="checkbox"/> 1 入居希望者に公開 <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 1 あり (開催頻度) 年 回
	<input checked="" type="checkbox"/> 2 なし
	<input type="checkbox"/> 1 代替措置あり (内容) 定期受診時、支払い時、の時に家族の要望などの聴き取り、利用者の体調、及び希望を伝え改善等を行う。 <input type="checkbox"/> 2 代替措置なし
提携ホームへの移行 【表示事項】	<input type="checkbox"/> 1 あり (提携ホーム名：) <input checked="" type="checkbox"/> 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="checkbox"/> 1 あり <input type="checkbox"/> 2 なし <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし

住宅の登録	
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 <input checked="" type="checkbox"/> 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	なし
不適合事項がある場合の内容	

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 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	<input checked="" type="checkbox"/>	なし	訪問介護事業所 うぶすな	熊谷市石原3丁目190 グリーンハウス石井102号
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		
<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	<input checked="" type="checkbox"/>	なし	居宅介護支援事業所 うぶすな	熊谷市石原3丁目190 グリーンハウス石井102号
<居宅介護予防サービス>				
介護予防訪問介護	<input checked="" type="checkbox"/>	なし	訪問介護事業所 うぶすな	熊谷市石原3丁目190 グリーンハウス石井102号
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		
<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	<input checked="" type="checkbox"/>	なし	居宅介護支援事業所 うぶすな	熊谷市石原3丁目190 グリーンハウス石井102号
<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
	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	
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		
おむつ代			なし	あり	○	実費 持ち込み可能
入浴（一般浴）介助・清拭	なし	あり	なし	あり		500円 1回
特浴介助	なし	あり	なし	あり		500円 1回
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		2,000円 ※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		
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	○	300円 1回
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		
理美容師による理美容サービス			なし	あり	○	1500円 1回
買い物代行	なし	あり	なし	あり	○	実費 市内（近隣）で購入できるもの

役所手続き代行	なし	あり	なし	<input checked="" type="checkbox"/> あり		○	実費	独居（身内が居ない方のみ）
金銭・貯金管理			なし	<input checked="" type="checkbox"/> あり		○		独居（身内が居ない方のみ）事務費
健康管理サービス								
定期健康診断			なし	<input checked="" type="checkbox"/> あり				利用者様は皆さま定期受診されてる為、
健康相談	なし	あり	<input checked="" type="checkbox"/> なし	あり				受診時に医師バイタル票、体調を話して
生活指導・栄養指導	なし	あり	<input checked="" type="checkbox"/> なし	あり				指導、アドバイスを頂きます。
服薬支援	なし	あり	<input checked="" type="checkbox"/> なし	あり				家族同行の時は、通院記入用紙に連絡
生活リズムの記録（排便・睡眠等）	なし	あり	<input checked="" type="checkbox"/> なし	あり				事項等を記載し持参して頂く。
入退院時・入院中のサービス								
移送サービス	なし	あり	なし	<input checked="" type="checkbox"/> あり		○	2,000円	1回
入退院時の同行	なし	あり	なし	<input checked="" type="checkbox"/> あり		○	2,000円	1回、サービス区域外は1KMに付き30円を乗じた額
入院中の洗濯物交換・買い物	なし	あり	なし	<input checked="" type="checkbox"/> あり		○	300円	その他買物時、駐車場代実費
入院中の見舞い訪問	なし	あり	なし	<input checked="" type="checkbox"/> あり		○		病院の駐車場代

※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。