

重要事項説明書

記入年月日	2020/08/24
記入者名	小柳 雄史
所属・職名	川木建設株式会社 賃貸管理部 部長

※ 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	株式会社
名称	(ふりがな) かわもくけんせつかぶしきがいしゃ 川木建設株式会社	
主たる事務所の所在地	〒350-1117 川越市広栄町4-16	
連絡先	電話番号	049-242-2111
	FAX番号	049-242-0656
	ホームページアドレス	https://kawamoku.com
代表者	氏名	鈴木 健二
	職名	代表取締役
設立年月日	昭和40年 9月 1日	
主な実施事業	総合建設・リニューアル事業 土地活用・賃貸管理事業 木造注文住宅事業 住宅リフォーム事業 不動産売買仲介事業 ※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) げんきはうす すまいる・らんど 元気ハウス すまいる・ランド	
所在地	〒350-2211 鶴ヶ島市脚折町3-9-13	
主な利用交通手段	最寄駅	坂戸駅
	交通手段と所要時間	徒歩 20分
連絡先	電話番号	049-271-2525
	FAX番号	049-271-2526
	ホームページアドレス	http://smile-land.com/publics/index/38/
管理者	氏名	鴨下 清美
	職名	施設長
建物の竣工日		昭和・平成 26年 4月 10日
有料老人ホーム事業の開始日		昭和・平成 26年 5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	第1176200911号
	指定した自治体名	埼玉県
	事業所の指定日	平成30年12月 1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	1315.00㎡	
	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 (2014年5月1日~2044年7月31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	1363.9 m ²													
		うち、老人ホーム部分	1332.8 m ²													
	耐火構造	1 耐火建築物														
		2 準耐火建築物														
構造	3 その他 ()															
	1 鉄筋コンクリート造															
	2 鉄骨造															
	3 木造															
所有関係	4 その他 ()															
	1 事業者が自ら所有する建物															
	2 事業者が賃借する建物															
	<table border="1"> <tr> <td>抵当権の設定</td> <td>1 あり</td> <td>2 なし</td> </tr> <tr> <td>契約期間</td> <td colspan="2">1 あり (2014年5月1日～2044年7月31日)</td> </tr> <tr> <td></td> <td colspan="2">2 なし</td> </tr> <tr> <td>契約の自動更新</td> <td>1 あり</td> <td>2 なし</td> </tr> </table>	抵当権の設定	1 あり	2 なし	契約期間	1 あり (2014年5月1日～2044年7月31日)			2 なし		契約の自動更新	1 あり	2 なし			
抵当権の設定	1 あり	2 なし														
契約期間	1 あり (2014年5月1日～2044年7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														
		<table border="1"> <tr> <td>最少</td> <td colspan="4">1人部屋</td> </tr> <tr> <td>最大</td> <td colspan="4">2人部屋</td> </tr> </table>	最少	1人部屋				最大	2人部屋							
	最少	1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/無	有/無	19.80 m ²	37・5	一般居室個室										
	タイプ2	有/無	有/無	34.78 m ²	1・0	一般居室個室										
	タイプ3	有/無	有/無	m ²												
	タイプ4	有/無	有/無	m ²												
	タイプ5	有/無	有/無	m ²												
	タイプ6	有/無	有/無	m ²												
	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	3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	3ヶ所												
	共用浴室	3ヶ所	個室	3ヶ所												
			大浴場	ヶ所												

	共用浴室における 介護浴槽	1ヶ所	チェアー浴	ヶ所	
			リフト浴	ヶ所	
			ストレッチャー浴	1ヶ所	
			その他（ ）	ヶ所	
食堂	1 <input checked="" type="checkbox"/> 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 <input checked="" type="checkbox"/> なし			
エレベーター	1 あり（車椅子対応） 2 <input checked="" type="checkbox"/> 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 <input checked="" type="checkbox"/> あり	2 なし		
	自動火災報知設備	1 <input checked="" type="checkbox"/> あり	2 なし		
	火災通報設備	1 <input checked="" type="checkbox"/> あり	2 なし		
	スプリンクラー	1 <input checked="" type="checkbox"/> あり	2 なし		
	防火管理者	1 <input checked="" type="checkbox"/> あり	2 なし		
	防災計画	1 <input checked="" type="checkbox"/> 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	「自己実現」できる「生きがい」のある生活をサポートする		
サービスの提供内容に関する特色	訪問介護や居宅介護支援事業所などの各種介護保険サービスをご提供しています		
入浴、排せつ又は食事の介護	1 <input checked="" type="checkbox"/> 自ら実施	2 委託	3 なし
食事の提供	1 自ら実施	2 <input checked="" type="checkbox"/> 委託	3 なし
洗濯、掃除等の家事の供与	1 <input checked="" type="checkbox"/> 自ら実施	2 委託	3 なし
健康管理の供与	1 自ら実施	2 <input checked="" type="checkbox"/> 委託	3 なし
安否確認又は状況把握サービス	1 <input checked="" type="checkbox"/> 自ら実施	2 委託	3 なし
生活相談サービス	1 <input checked="" type="checkbox"/> 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 <input checked="" type="checkbox"/> なし
	夜間看護体制加算	1 あり	2 <input checked="" type="checkbox"/> なし
	医療機関連携加算	1 あり	2 <input checked="" type="checkbox"/> 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
	(III)	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	医療法人社団ケアトラスト 東松山在宅診療所
		住所	東松山市神明町2-16-5 フェルト・ドルフB号室
		診療科目	内科
		協力内容	健康相談、健康診断、訪問診療
	2	名称	
		住所	
		診療科目	
		協力内容	
協力歯科医療機関	名称	グレースデンタルクリニック	
	住所	埼玉県川越市脇田本町29-1 トーア川越マンション1階	
	協力内容	歯科訪問診療	

(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 ()
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	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			
契約の解除の内容	死亡・他の施設への入所		
事業主体から解約を求める場合	解約条項	職員に対しての背信行為・料金遅延等	
	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:) 2 なし		
入居定員	39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	2	1	1	2
直接処遇職員	18	3	15	10.3
介護職員	18	3	15	10.3

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}				40時間
<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		
		常勤	非常勤
社会福祉士		1	
介護福祉士		3	1 1
実務者研修の修了者			
初任者研修の修了者			4
介護支援専門員			1

(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			

(夜勤を行う看護・介護職員の人数)

夜勤帯の設定時間 (16:30~9:30)		
	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	1人	1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)	5 : 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	18人
	訪問介護事業所の名称	ヘルパーステーションすまいる・ランド
	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	社会福祉士								
	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			3							
前年度1年間の退職者数			1							
応じた職員 の人数 業務に従事した 経験年数に	1年未満									
	1年以上			2						
	3年未満									
	3年以上									
	5年未満									
	5年以上			2	6					
	10年未満									
10年以上			1	7						
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	1. 土地又は建物に対する租税その他の負担の増減により賃料・共益費が不相当となった場合 2. 土地又は建物の価格の上昇又は低下その他の経済事情の変動により賃料・共益費が不相当となった場合 3. 近傍同種の建物と比較して賃料・共益費が不相当となった場合
	手続き	協議の上、合意書を取り交わす

(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5	介護度3
	年齢	86歳	94歳
居室の状況	床面積	19.8㎡	19.8㎡
	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	49,000円	49,000円
月額費用の合計		166,854円	164,618円
家賃		49,000円	49,000円
サー	特定施設入居者生活介護 ^{※1} の費用	13,965円	11,729円
	介 食費	50,589円	50,589円

	管理費	17,000 円	17,000 円
	介護費用	円	円
	光熱水費	円	円
	その他（生活支援サービス費）	36,300 円	36,300 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	近隣賃貸住宅との対比
敷金	家賃の 1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	居室及び共用部水道光熱費、エレベーター等保守点検費用
食費	30日3食利用時
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	

(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	単位数オーバーの方など
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）	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	%

※ 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	3人
	医療機関	1人
	死亡者	7人
	その他	1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	5人
		(解約事由の例) 医療機関への転院、特別養護老人ホームへの入居等

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	ヘルプステーション すまいる・ランド鶴ヶ島	
電話番号	049-271-2525	
対応している時間	平日	9:00~18:00
	土曜	9:00~18:00
	日曜・祝日	
定休日		

(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	1 あり	(その内容) 損害責任保険
	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) 関係者各位に連絡
	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	平成30年12月1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	<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	1 あり	(開催頻度) 年 1回
	2 なし	
	<input type="checkbox"/> 1 代替措置あり <input type="checkbox"/> 2 代替措置なし	(内容)
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 type="checkbox"/> 1 あり <input type="checkbox"/> 2 なし <input checked="" 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住宅の登録	1 <input checked="" type="checkbox"/> 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 <input checked="" type="checkbox"/> 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	
有料老人ホーム設置運営指導指針の不適合事項	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
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	あり	なし	ヘルパーステーション すまいる・ランド	鶴ヶ島市脚折町3-9-13
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	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	ヘルパーステーション すまいる・ランド	鶴ヶ島市脚折町3-9-13
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	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 有料老人ホーム・サービスタク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	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	あり	
排泄介助・おむつ交換	なし	あり	あり	
おむつ代	なし	あり	あり	
入浴（一般浴）介助・清拭	なし	あり	あり	ご利用者様により金額が変わります
特浴介助	なし	あり	あり	
身辺介助（移動・着替え等）	なし	あり	あり	
機能訓練	なし	あり	あり	
通院介助	なし	あり	あり	ご利用者様の状況により範囲が決まります
生活サービス				
居室清掃	なし	あり	あり	
リネン交換	なし	あり	あり	
日常の洗濯	なし	あり	あり	
居室配膳・下膳	なし	あり	あり	
入居者の嗜好に応じた特別な食事	なし	あり	あり	
おやつ	なし	あり	あり	
理美容師による理美容サービス	なし	あり	あり	1回カット2,040円（外部） 1km以内
買い物代行	なし	あり	あり	
役所手続き代行	なし	あり	あり	
金銭・貯金管理	なし	あり	あり	
健康管理サービス				
定期健康診断	なし	あり	あり	※回数（年〇回など）を明記すること
健康相談	なし	あり	あり	ご利用者様により回数は変動します（外部）
生活指導・栄養指導	なし	あり	あり	ご利用者様により回数は変動します（外部）
服薬支援	なし	あり	あり	ご利用者様により回数は変動します（外部）
生活リズムの記録（排便・睡眠等）	なし	あり	あり	
入退院時・入院中のサービス				
移送サービス	なし	あり	あり	ご利用者様による
入退院時の同行	なし	あり	あり	ご利用者様による
入院中の洗濯物交換・買い物	なし	あり	あり	
入院中の見舞い訪問	なし	あり	あり	

※1：利用者の所得等に依り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、サービスの都度払いによる場合に依りて、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。