

重要事項説明書

記入年月日	令和3年7月1日
記入者名	佐藤 恵次
所属・職名	代表取締役

※ 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	
	※法人の場合、その種類	株式会社
名称	(ふりがな) かぶしきがいしゃ ゆうまさ 株式会社 祐将	
主たる事務所の所在地	〒861-2233 熊本県上益城郡益城町惣領 1526 番地 2	
連絡先	電話番号	096-285-1131
	FAX番号	096-289-1132
	ホームページアドレス	https://kumamoto2502.wixsite.com/mysite
代表者	氏名	佐藤 恵次
	職名	代表取締役
設立年月日	昭和・平成)20年6月23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) ゆうりょうろうじんほーむ りんどう 有料老人ホーム りんどう	
所在地	〒860-0856 熊本県熊本市中央区妙体寺町6番6号	
主な利用交通手段	最寄駅	
	交通手段と所要時間	バス 浄行寺 徒歩2分
連絡先	電話番号	096-247-6875
	FAX番号	096-345-8797
	ホームページアドレス	https://kumamoto2502.wixsite.com/mysite
管理者	氏名	畑 佳博
	職名	施設長
建物の竣工日		昭和・平成・令和2年6月30日
有料老人ホーム事業の開始日		昭和・平成・令和2年8月20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 <input checked="" type="checkbox"/> 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	令和 年 月 日
	指定の更新日 (直近)	令和 年 月 日

3. 建物概要

土地	敷地面積	1375.33 m ²	
	所有関係	1 事業者が自ら所有する土地	
		2 <input checked="" type="checkbox"/> 事業者が賃借する土地	
		抵当権の有無	1 <input checked="" type="checkbox"/> あり 2 なし
		契約期間	1 <input checked="" type="checkbox"/> あり (令和2年8月1日～令和32年7月31日) 2 なし
契約の自動更新	1 <input checked="" type="checkbox"/> あり 2 なし		

建物	延床面積	全体		2251.99 m ²		
		うち、老人ホーム部分		1946.51 m ²		
	耐火構造	1 <input checked="" type="checkbox"/> 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 <input checked="" type="checkbox"/> 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 <input checked="" type="checkbox"/> 事業者が賃借する建物				
	抵当権の設定	1 <input checked="" type="checkbox"/> あり 2 なし				
	契約期間	1 <input checked="" type="checkbox"/> あり (令和2年8月1日～令和32年7月31日) 2 なし				
	契約の自動更新	1 <input checked="" type="checkbox"/> あり 2 なし				
居室の状況	居室区分 【表示事項】	1 <input checked="" type="checkbox"/> 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	13.01 m ²	60	一般居室個室
	タイプ2	有/無	有/無	m ²		
	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	14ヶ所	うち男女別の対応が可能な便房	10ヶ所		
			うち車椅子等の対応が可能な便房	11ヶ所		
	共用浴室	4ヶ所	個室	3ヶ所		

			大浴場	1ヶ所
	共用浴室における 介護浴槽	2ヶ所	チェアー浴	ヶ所
			リフト浴	2ヶ所
			ストレッチャー浴	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	お客様にとって、住み慣れた町でその人らしく普通に暮らすことを理念にあげて家庭的な雰囲気 のなか、お客様の視点に立った個々の人格・尊重 したケアを目指していきたいと思います。
サービスの提供内容に関する特色	利用者をなるべく離床し、食堂で食事をおいしく召し上が っていただきます。座位を保持し、寝たきりにしないこと によって、健康な体を維持できるように支援いたします。 また当施設は、家庭的な雰囲気を味わっていただけよう な食事の提供に力を入れています。
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 自ら実施 2 <input checked="" type="checkbox"/> 委託 3 なし
健康管理の供与	1 <input checked="" type="checkbox"/> 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 <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) 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	
(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	1 <input checked="" type="checkbox"/> 救急車の手配		
※複数選択可	2 <input checked="" type="checkbox"/> 入退院の付き添い		
	3 <input checked="" type="checkbox"/> 通院介助		
	4 その他 ()		
協力医療機関	1	名称	蓮台寺クリニック
		住所	熊本市西区蓮台寺3丁目4番3号
		診療科目	内科
		協力内容	体調急変時の受け入れや、入院等が必要になった場合の受け入れ先として協力いただいております。
	2	名称	
		住所	
		診療科目	
		協力内容	
協力歯科医療機関	名称	ハロー歯科診療所	
	住所	熊本市東区画図町重富 529-1	
	協力内容	受診にて入居者様の歯科的治療、相談支援を行います。	

(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 <input checked="" type="checkbox"/> なし
	要支援の者	1 あり 2 <input checked="" type="checkbox"/> なし
	要介護の者	1 <input checked="" type="checkbox"/> あり 2 なし
留意事項		
契約の解除の内容	本人死亡、要介護の認定更新により要支援、自立と判定されたとき等	
事業主体から解約を求める場合	解約条項	入居契約書第5章第30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 <input checked="" type="checkbox"/> あり (内容 :) 2 なし	
入居定員		60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	
生活相談員	1（兼務）	1（兼務）	0	
直接処遇職員	0	0	0	
介護職員	24	17	4	
看護職員	4（兼務）	4（兼務）	0	
機能訓練指導員	4（兼務）	4（兼務）	0	
計画作成担当者	0	0	0	
栄養士	0	0	0	
調理員	0	0	0	
事務員	1	0	1	
その他職員	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				40
※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	1	0	
介護福祉士	9	2	
実務者研修の修了者	2	0	
初任者研修の修了者	6	2	
介護支援専門員	0	0	

(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	4	4	0
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 (19時～7時)		
	平均人数	最少時人数 (休憩者等を除く)
看護職員	0～1人	0～1人
介護職員	2～3人	2～3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 <input checked="" type="checkbox"/> あり 2 なし						
	業務に係る資格等				1 <input checked="" type="checkbox"/> あり						
					資格等の名称		介護福祉士 社会福祉主事				
				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		5	0	29	11	1	0	5	0		
前年度1年間の退職者数		1	0	5	7	0	0	1	0		
応じた職員の数 業務に従事した経験年数に	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 <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 <input checked="" type="checkbox"/> 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 <input checked="" type="checkbox"/> 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 <input checked="" type="checkbox"/> なし
要介護状態に応じた金額設定	1 <input checked="" type="checkbox"/> 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 <input checked="" type="checkbox"/> 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 手続き 入居契約書の規定に基づき、ホーム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のうえ、運営懇談会の意見を聴いて改定します。

(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	2	4	
	年齢	85歳	88歳	
居室の状況	床面積	13.01㎡	13.01㎡	
	便所	1 <input checked="" type="checkbox"/> 有 2 無	1 <input checked="" type="checkbox"/> 有 2 無	
	浴室	1 有 2 <input checked="" type="checkbox"/> 無	1 有 2 <input checked="" type="checkbox"/> 無	
	台所	1 有 2 <input checked="" type="checkbox"/> 無	1 有 2 <input checked="" type="checkbox"/> 無	
入居時点で必要な費用	前払金	0円	0円	
	敷金	0円	0円	
月額費用の合計		110,000円	90,000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 ^{※1} の費用	円	円	
	介護保険外 ^{※2}	食費	30,000円	30,000円
		管理費	35,000円	15,000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、本欄には記入していない）

(利用料金の算定根拠)

費目	算定根拠
家賃	45,000 円
敷金	なし
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	15,000 円～35,000 円
食費	30,000 円
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	
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		%
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	19人
	女性	39人
年齢別	65歳未満	1人
	65歳以上 75歳未満	3人
	75歳以上 85歳未満	19人
	85歳以上	37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	12人
	要介護2	14人
	要介護3	13人
	要介護4	17人
	要介護5	2人
入居期間別	6ヶ月未満	15人
	6ヶ月以上 1年未満	21人
	1年以上 5年未満	22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	85歳
入居者数の合計	58人
入居率※	97%
※ 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	1人
	社会福祉施設	10人
	医療機関	7人
	死亡者	8人
	その他	8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	34人
		(解約事由の例) 入院長期化するため、老人福祉施設入所のため等

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	有料老人ホーム りんどう	
電話番号	096-247-6875	
対応している時間	平日	7:30~17:00
	土曜	7:30~17:00
	日曜・祝日	7:30~17:00
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 <input checked="" type="checkbox"/> あり	(その内容) あいおいニッセイ同和損害保険株式会社
	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 <input checked="" type="checkbox"/> あり	(その内容) 当ホーム内でのサービス提供中に不可抗力を除き、損害に対して出来る限りの対応を行う。損害賠償も考慮する。
	2 なし	
事故対応及びその予防のための指針	1 <input checked="" type="checkbox"/> 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 <input checked="" type="checkbox"/> 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 <input checked="" type="checkbox"/> 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 <input checked="" type="checkbox"/> 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 <input checked="" type="checkbox"/> 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 <input checked="" type="checkbox"/> 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 <input checked="" type="checkbox"/> 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 <input checked="" type="checkbox"/> 公開していない

10. その他

運営懇談会	1 <input checked="" type="checkbox"/> あり	(開催頻度) 年 1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:) 2 <input checked="" type="checkbox"/> 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 <input checked="" type="checkbox"/> 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 <input checked="" type="checkbox"/> なし
有料老人ホーム設置運営指導指針「6.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	
「7.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	
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 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
<居宅サービス>				
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		
<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		
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			備考
	包含 ^{※2}	都度 ^{※2}	料金 ^{※3}	
介護サービス				
食事介助	あり	○		※ a おおむつは月額制実費
排泄介助・おおむつ交換	あり	○		※ b 通院介助（2時間まで2000円、2時間以上4000円）
おおむつ代	なし	○	※ a	
入浴（一般浴）介助・清拭	あり	○		
特浴介助	あり	○		
身辺介助（移動・着替え等）	あり	○		
機能訓練	あり	○		
通院介助	あり	○	※ b	
生活サービス				
居室清掃	あり	○		
リネン交換	あり	○		
日常の洗濯	あり	○	3500	
居室配膳・下膳	あり	○		
入居者の嗜好に応じた特別な食事	なし	○		
おやつ	あり	○		
理美容師による理美容サービス	あり	○	実費	
買い物代行	あり	○	※ b	別途費用※ b
彼所手続き代行	あり	○	※ b	別途費用※ b
金銭・貯金管理	あり	○		
健康管理サービス				
定期健康診断	あり	○	実費	
健康相談	あり	○		
生活指導・栄養指導	あり	○		
服薬支援	あり	○		
生活リズムの記録（排便・睡眠等）	あり	○		
入退院時・入院中のサービス				
移送サービス	あり	○	※ b	別途費用※
入退院時の同行	あり	○	※ b	別途費用※
入院中の洗濯物交換・買い物	あり	○		
入院中の見舞い訪問	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、月額のサービス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、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。

Date	Particulars	Debit	Credit	Balance
1997				
1998				
1999				
2000				
2001				
2002				
2003				
2004				
2005				
2006				
2007				
2008				
2009				
2010				
2011				
2012				
2013				
2014				
2015				
2016				
2017				
2018				
2019				
2020				
2021				
2022				
2023				
2024				
2025				
2026				
2027				
2028				
2029				
2030				
2031				
2032				
2033				
2034				
2035				
2036				
2037				
2038				
2039				
2040				
2041				
2042				
2043				
2044				
2045				
2046				
2047				
2048				
2049				
2050				
2051				
2052				
2053				
2054				
2055				
2056				
2057				
2058				
2059				
2060				
2061				
2062				
2063				
2064				
2065				
2066				
2067				
2068				
2069				
2070				
2071				
2072				
2073				
2074				
2075				
2076				
2077				
2078				
2079				
2080				
2081				
2082				
2083				
2084				
2085				
2086				
2087				
2088				
2089				
2090				
2091				
2092				
2093				
2094				
2095				
2096				
2097				
2098				
2099				
2100				