

重要事項説明書

記入年月日	令和5年7月1日
記入者名	久保 佳治
所属・職名	副施設長

平成28年12月一部改訂

1. 事業主体概要

種類	法人	
	※法人の場合その種類	株式会社
名称	(ふりがな) 株式会社 はるす	
主たる事務所の所在地	〒648-0085 和歌山県橋本市岸上563番地1	
連絡先	電話番号	0736-39-3026
	FAX番号	0736-39-3027
	ホームページアドレス	http://hals-hals.co.jp/
代表者	氏名	河合 広美
	職名	代表取締役
設立年月日	平成 13年 5月 8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) サービス付き高齢者向け住宅 はるすの郷・西吉野	
所在地	〒637-0230 奈良県五條市西吉野町城戸430番地	
主な利用交通手段	最寄駅	奈良交通バス 西吉野温泉 駅
	交通手段と所要時間	① バス利用の場合：JR 五条駅から奈良交通の十津川方面に乗車、「城戸」下車、徒歩10分 ② 自動車利用の場合：五条駅より約25分
連絡先	電話番号	0747-33-0055
	FAX番号	0747-33-0708
	ホームページアドレス	http://hals-hals.co.jp/
管理者	氏名	錦織 恵美子
	職名	施設長
建物の竣工日	平成23年 3月26日	
有料老人ホーム事業の開始日	平成27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）		
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	2, 210. 41 m ²				
	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 (2011年4月1日~2031年3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	942. 35 m ² 地上2階建て			
		うち、老人ホーム部分	340. 05 m ² 1階の一部を除く			
	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 ③ 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				
		① 相部屋あり (夫婦部屋)				
		最少	1人部屋			
		最大	2人部屋			
		便所	浴室	面積	戸数・室数	区分*
	タイプ1	有/無	有/無	18.00 m ²	7室	一般居室個室
	タイプ2	有/無	有/無	28.26 m ²	1室	一般居室相部屋
	タイプ3	有/無	有/無	36.00 m ²	1室	一般居室相部屋
	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	1ヶ所	うち男女別の対応が可能な便房	1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
	共用浴室における 介護浴槽	0ヶ所	チェアー浴	0ヶ所
			リフト浴	0ヶ所
			ストレッチャー浴	0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	氏名 久保 佳治
	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	高齢者が安心して生活することができる住まい、住環境を整備し、居住者の居住安定確保を図ることを目的とします。
サービスの提供内容に関する特色	<ul style="list-style-type: none"> ・安否確認、緊急時対応、介護サービス事業者や医療機関との連絡、手配などをする役割を担い、健康に不安を抱える高齢者に安全、安心のサービスを提供します。 ・食事の提供や外出支援サービス等で各人のニーズに合わせた支援を行います。 ・車椅子の方でも、個人の有する能力に応じ、日常生活を営むことができます。
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	
(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 鎌田医院 (ホームから約5km)
		住所	奈良県五條市西吉野町屋那瀬13 電話 0747-32-0525
		診療科目	内科、放射線科
		協力内容	往診
	2	名称	

	住所	
	診療科目	
	協力内容	
協力歯科医療機関	名称	西尾歯科 (ホームから約 13 km)
	住所	奈良県五條市本町 1 丁目 5 番 2 1 号 電話 0745-25-0315
	協力内容	訪問歯科として歯科受診、義歯調整、口腔ケア 他

(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	<p>入居者の資格は次の①又は②に該当する者である・</p> <p>① 単身高齢者世帯</p> <p>② 高齢者＋同居人</p> <p>*同居人とは、配偶者、60 歳以上の親族、要介護・要支援認定を受けている 60 歳未満親族、特別な理由により同居させる必要があると知事が認める者。</p> <p>*高齢者とは、60 歳以上の者又は、要介護認定若しくは要支援認定を受けている者をいう。</p>	
契約の解除の内容	<p>次に掲げる義務に違反した場合</p> <ul style="list-style-type: none"> ・賃料支払義務 ・管理費（共益費）支払義務 ・状況把握・生活相談サービス料金支払い義務 ・その他費用負担義務 ・使用目的遵守義務 ・賃貸契約書第 10 条各項に規定する義務 ・その他本契約書に規定する入居者の義務 	

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） 4人			常勤換算人数 ※1※2
	合計	常勤	非常勤	
管理者	1人	1人	0人	1人
生活相談員	0人	0人	0人	0人
直接処遇職員	4人	1人	3人	0人
介護職員	4人	1人	3人	0人
看護職員	0人	0人	0人	0人
機能訓練指導員	0人	0人	0人	0人
計画作成担当者	0人	0人	0人	0人
栄養士	0人	0人	0人	0人
調理員	0人	0人	0人	0人
事務員	1人	1人	0人	1人
その他職員	0人	0人	0人	0人
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
※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人	1人	0人
介護福祉士	0人	0人	0人
実務者研修の修了者	0人	0人	0人
初任者研修の修了者	3人	0人	3人
介護支援専門員	0人	0人	0人

(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	0人	0人	0人
理学療法士	0人	0人	0人
作業療法士	0人	0人	0人
言語聴覚士	0人	0人	0人
柔道整復士	0人	0人	0人
あん摩マッサージ指圧師	0人	0人	0人

(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	0人	0人
介護職員	0人	0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
	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)	c 2.5 : 1以上	d 3 : 1以上
※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		介護支援専門員						
		資格等の名称								
		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
前年度1年間の退職者数		0	0	0	0	0	0	0	0	0
数に 業務に に従事 した 職員の 経験年 数の 人数	1年未満	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	1年以上3年未満	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	3年以上5年未満	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	5年以上10年未満	0	0	0	2	0	0	0	0	0
	10年以上	0	0	0	2	0	0	0	0	0
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	<ul style="list-style-type: none"> ・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が不相当となった場合。 ・土地又は建物価格の上昇又は低下その他の経済事情の変動によ賃料が不相当となった場合。 ・近傍同種の建物の賃料に比較して賃料が不相当となった場合。
	手続き	協議の上十分説明を行い、同意を得て改定を行う。

(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 (夫婦部屋) 夫婦2人で住む場合	
入居者の状況	要介護度	要支援2	要介護1	
	年齢	91歳	92歳	
居室の状況	床面積	18㎡	36㎡	
	トイレ	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	0円	0円	
	敷金	150,000円	300,000円	
月額費用の合計 (30日の場合)		115,790円	217,080円	
家賃		45,000円	90,000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日の場合)	46,290円	92,580円
		管理費	19,000円	29,000円
		介護費用	－円	－円
		光熱水費	(管理費に含む)円	(管理費に含む)円
その他	5,500円	5,500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。）をいう。

(利用料金の算定根拠)

費目	算定根拠
敷金	家賃の 3.3ヶ月分
家賃	1日あたり 1,500円
食費	1日あたり 1,543円（朝食 257円、昼食 617円、間食 52円、夕食 617円）
管理費	共益費、居室の光熱水費を含む
介護費用	※介護保険サービスの自己負担額は含まない
光熱水費	管理費に含む
利用者の個別的な選択によるサービス利用料	別添2 参照
その他のサービス利用料	別添2 参照

(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	入居日の翌日
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 令和5年7月1日現在】

(入居者の人数)

性別	男性	2人
	女性	7人
年齢別	65歳未満	0人
	65歳以上 75歳未満	0人
	75歳以上 85歳未満	3人
	85歳以上	6人
要介護度別	自立または申請中	1人
	要支援 1	0人
	要支援 2	3人
	要介護 1	2人
	要介護 2	3人
	要介護 3	0人
	要介護 4	0人
	要介護 5	0人
入居期間別	6ヶ月未満	3人
	6ヶ月以上 1年未満	0人
	1年以上 5年未満	4人
	5年以上 10年未満	2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	88.2歳
入居者数の合計	9人
入居率*	9人/11人=81.8% 9部屋/9部屋=100%
※ 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。* 夫婦部屋2室をシングルユースで使用。	

(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	0人
	医療機関	2人
	死亡者	0人
	その他	(同一敷地内のグループホームに転居) 2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		苦情相談受付窓口
電話番号		0747-33-0707
対応している時間	平日	9時00分～17時00分
	土曜	9時00分～17時00分
	日曜・祝日	9時00分～17時00分
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) 東京海上日動火災株式会社の賠償責任保険に加入しています。
	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) 事業者は、利用者に対するサービスの提供に当って、万が一事故が発生し、利用者の生命・身体・財産に損害が生じた場合は、不可抗力(天災関連等)による場合を除き、速やかに利用者に対して損害を賠償します。但し、利用者に重過失がある場合は、事業者は損害賠償を免除され、又は賠償額が減額されることがあります。
	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	意見箱常設
		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 回
	② なし	
	① 代替措置あり	(内容) 年に数回、食事懇談会を実施し、要望等をお聞きしている。
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	
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 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、当該規定対象外	
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	
不適合事項がある場合の内 容	

添付書類：別添1（事業主体が奈良県で実施する他の介護サービス）

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）

様

説明年月日 令和 年 月 日

説明者署名_____

令和 年 月 日

貸主 所在地 和歌山県橋本市岸上563番地1
 法人名 株式会社 はるす
 代表者名 代表取締役 河合 広美 印

借主 住所
 氏名 印

連帯保証人 住所
 氏名 印

別添 1 事業主体が奈良県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＞				
訪問入浴介護	あり	なし	はるす・訪問入浴サービス高田	奈良県大和高田市根成柿178
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	はるす・デイサービス西吉野	奈良県五條市西吉野町城戸430
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	小規模多機能ホームはるすの湯	奈良県五條市西吉野町城戸430
認知症対応型共同生活介護	あり	なし	グループホームはるすのお家・西吉野	奈良県五條市西吉野町城戸430
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	はるす・ケアプランサービス	奈良県五條市西吉野町城戸430
＜居宅介護予防サービス＞				
介護予防訪問入浴介護	あり	なし	はるす・訪問入浴サービス高田	奈良県大和高田市根成柿178番3
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	はるす・デイサービス西吉野	奈良県五條市西吉野町城戸430
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	小規模多機能ホ	奈良県五條市西吉野町城戸430

			ームはるすの湯	
介護予防認知症対応型共同生活介護	あり	なし	グループホーム はるすのお家・西 吉野	奈良県五條市西吉野町城戸430
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					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
	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				
おむつ代			なし	あり		○	右記参照	パンツタイプ 150 円、スタンダード 150 円、フラット 100 円、尿取りパッド 50 円
入浴（一般浴）介助・清拭	なし	あり	なし	あり		○	右記参照	その他有料サービス 1 時間以内 1,029 円
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	○			生活支援基本サービス費に含む
機能訓練	なし	あり	なし	あり				
通院介助	なし	あり	なし	あり		○	右記参照	■外出支援サービス（付添付）1 時間まで 1,543 円 1 時間以上 514 円追加（30 分毎 15 分未満切捨て） *原則片道 1 時間以内の病院の通院介助とする。
生活サービス								
居室清掃	なし	あり	なし	あり	○			生活支援基本サービス費に含む
リネン交換	なし	あり	なし	あり	○			生活支援基本サービス費に含む
日常の洗濯	なし	あり	なし	あり	○			生活支援基本サービス費に含む
居室配膳・下膳	なし	あり	なし	あり	○			生活支援基本サービス費に含む
入居者の嗜好に応じた特別な食事			なし	あり	○			生活支援基本サービス費に含む
おやつ			なし	あり	○			食事サービス費に含む
理美容師による理美容サービス			なし	あり		○	右記参照	カット 1,500 円、顔そり 800 円、シャンプー 800 円、カラー 3,000 円、パーマ 4,000 円
買い物代行	なし	あり	なし	あり		○	右記参照	その他有料サービス 1 時以内 1,029 円
役所手続き代行	なし	あり	なし	あり		○	右記参照	その他有料サービス 1 時以内 1,029 円
金銭・貯金管理			なし	あり		○	右記参照	金銭等管理サービス月額 324 円 預貯金通帳・印鑑保管サービス月額 540 円
健康管理サービス								
定期健康診断			なし	あり				
健康相談	なし	あり	なし	あり	○			生活支援基本サービス費に含む
生活指導・栄養指導	なし	あり	なし	あり	○			生活支援基本サービス費に含む
服薬支援	なし	あり	なし	あり	○			生活支援基本サービス費に含む
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		○	右記参照	■外出支援サービス（付添付）1 時間まで 1,543 円 1 時間以上 514 円追加（30 分毎 15 分未満切捨て） ■外出支援サービス（送迎）1 時間まで 1,029 円 1 時間以上 514 円追加（30 分毎 15 分未満切捨て）

入退院時の同行	なし	あり	なし	<input checked="" type="checkbox"/>		○	右記参照	*原則片道1時間以内の病院の通院介助とする ■外出支援サービス(付添付)1時間まで1,543円 1時間以上514円追加(30分毎 15分未満切捨て) *原則片道1時間以内の病院の通院介助とする
入院中の洗濯物交換・買い物	なし	あり	なし	<input checked="" type="checkbox"/>		○	右記参照	■外出支援サービス(付添付)1時間まで1,543円 1時間以上514円追加(30分毎 15分未満切捨て) *原則片道1時間以内の病院の通院介助とする
入院中の見舞い訪問	なし	あり	<input checked="" type="checkbox"/>	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。

※4：金額は税込です。