

重要事項説明書

記入年月日	令和7年12月1日
記入者名	柿本 佳代
所属・職名	愛SUNSUN式号館 所長

1. 事業主体概要

種類	法人	
	※法人の場合、その種類	社会福祉法人
名称	(ふりがな) ほうわかい 萌和会	
主たる事務所の所在地	〒922-0566 加賀市深田町口2番地1	
連絡先	電話番号	0761-75-2100
	FAX番号	0761-75-2258
	ホームページアドレス	http://houwakai.g.com
代表者	氏名	鈴木 一
	職名	理事長
設立年月日	平成26年 6月 20日	
主な実施事業	※別添1 (別の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) あいさんさん にごうかん 愛SUNSUN式号館	
所在地	921-8804 野々市市野代1丁目50番地	
主な利用交通手段	最寄駅	IRいしかわ鉄道線駅
	交通手段と所要時間	例：①バス利用の場合 ・のっティバス北部ルート 野代停留所で 下車、徒歩2分 ・北鉄バス 野代停留所で下車、徒歩8分

		②電車利用の場合 ・野々市駅から 800m (徒歩 12分)
連絡先	電話番号	076-259-6192
	FAX番号	076-259-6193
	ホームページアドレス	http://houwakai.g.com
管理者	氏名	北川 英明
	職名	センター長
建物の竣工日		平成24年 9月 24日
有料老人ホーム事業の開始日		平成24年 9月 24日

(類型)【表示事項】

3 住宅型

3. 建物概要

土地	敷地面積	943 m ²	
	所有関係	1 <input checked="" type="checkbox"/> 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 (年 月 日 ~ 年 月 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	994.63 m ²
		うち、老人ホーム部分	887.43 m ²
	耐火構造	1 耐火建築物	
		2 <input checked="" type="checkbox"/> 準耐火建築物	
		3 その他 ()	
4 <input checked="" type="checkbox"/> その他 (軽量鉄骨)			
構造	1 鉄筋コンクリート造		
	2 鉄骨造		
	3 木造		
	4 <input checked="" type="checkbox"/> その他 (軽量鉄骨)		
所有関係	1 <input checked="" type="checkbox"/> 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 <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	18.00 m ²	16	一般居室個室
	タイプ2	有	無	18.17 m ²	5	一般居室個室
	タイプ3	有	有	25.85 m ²	1	夫婦部屋
タイプ4	有	有	28.63 m ²	1	夫婦部屋	
共用施設	共用便所における 便房	2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		2ヶ所	
	共用浴室	2ヶ所	個室		2ヶ所	
			大浴場		0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 ()		0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 <input checked="" type="checkbox"/> あり 2 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				
緊急通報装 置等	居室 1 <input checked="" type="checkbox"/> あり	便所 1 あり	浴室 1 あり	その他 () 1 あり		

	2 一部あり 3 なし	2 <input checked="" type="checkbox"/> 一部あり 3 なし	2 一部あり 3 <input checked="" type="checkbox"/> なし	2 一部あり 3 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	基本方針及び石川県高齢者居住安定確保計画に則り適正な事業運営を行い、高齢者の方々が安心できる住まいを提供します
サービスの提供内容に関する特色	近隣建物内に訪問介護事業所と建物内に通所介護事業所を併設していますので、介護サービスをスムーズに安心して受けていただけます。
入浴、排せつ又は食事の介護	1 自ら実施 2 <input checked="" type="checkbox"/> 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

(医療連携の内容)

医療支援 ※複数選択可	1 <input checked="" type="checkbox"/> 救急車の手配 2 <input checked="" type="checkbox"/> 入退院の付き添い 3 <input checked="" type="checkbox"/> 通院介助 ※上記 2.3 はいずれも緊急時に限る			
協力医療機関	1	名称	国家公務員共済組合連合会 北陸病院	
		住所	金沢市泉が丘 2 丁目 13 番 43 号	
		診療科目	外科、内科など	
		協力科目	外科、内科など	
		協力内容	入居者の病状の急変時等において相談対応を行う体制を常時確保	1 <input checked="" type="checkbox"/> あり
		診療の求めがあった場合において診療を行う体制を常時確保	1 <input checked="" type="checkbox"/> あり	2 なし
新興感染症発生時に連携する医療機関	1 あり	医療機関の名称		
		医療機関の住所		

	2 <input checked="" type="checkbox"/> なし		
協力歯科医 療機関	1	名称	江尻歯科医院
		住所	野々市市稲荷 4-149
		協力内容	義歯調整や虫歯の治療

(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 <input checked="" type="checkbox"/> その他（認知症の症状により見守りの強化できる部屋へご家族と相談、合意の上に行うことがある。ただし空室ができた場合）			
判断基準の内容	認知症の症状により安全確保が難しくなり転倒リスクが高くなる等が発生した場合で見守りを強化をしたほうがいいか関係者で検討する			
手続きの内容	居室変更の旨、入居契約書に加筆する			
追加的費用の有無	1 あり 2 <input checked="" type="checkbox"/> なし			
居室利用権の取扱い	賃貸借契約であり利用権ではない			
前払金償却の調整の有無	1 あり 2 <input checked="" type="checkbox"/> なし			
従前の居室との 仕様の変更	面積の増減	1 あり 2 <input checked="" type="checkbox"/> なし（若干の増減はある）		
	便所の変更	1 あり 2 <input checked="" type="checkbox"/> なし		
	浴室の変更	1 あり 2 <input checked="" type="checkbox"/> なし		
	洗面所の変更	1 あり 2 <input checked="" type="checkbox"/> なし		
	台所の変更	1 あり 2 <input checked="" type="checkbox"/> なし		
	その他の変更	1 あり	(変更内容)	
		2 <input checked="" type="checkbox"/> 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 <input checked="" type="checkbox"/> あり 2 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	入居契約書第 18 条に基づく	
事業主体から解約を求める場合	解約条項	入居契約書第 19 条に基づく。虚偽の申告、利用料の滞納、重大な過失等
	解約予告期間	1 ヶ月（条件によっては即時解除あり）

入居者からの解約予告期間	14 日以上
体験入居の内容	1 <input checked="" type="checkbox"/> あり（空室がある場合に限る。1ヶ月を限度とし、1日 6,000円） 2 なし
入居定員	25 人

5. 職員体制

(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（兼任）	1		
直接処遇職員				
介護職員	10	6	4	
看護職員	4	2	2	
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	
介護福祉士	7	6	3
実務者研修の修了者			
初任者研修の修了者			1
介護支援専門員			

(夜勤を行う看護・介護職員の人数)

夜勤帯の設定時間（ 16 時 00 分～ 9 時 00 分）			
	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	1 人		1 人

(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		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											
前年度1年間の退職者数			1		1						
応じた業務に従事した経年数に 応じた職員の人数	1年未満		1								
	1年以上										
	3年未満										
	3年以上										
	5年未満										
	5年以上		1		1						
	10年未満										
	10年以上	2		6	3						
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 利用権方式	
	2 <input checked="" type="checkbox"/> 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 あり 2 <input checked="" type="checkbox"/> 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 <input checked="" type="checkbox"/> 日割り計算で減額(家賃は除く)	
	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	条件	消費者物価指数に併せて事業主の定める時期に協議する
の改定	手続き	協議の上決定事項についての契約書を作成、契約を締結する

(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	要介護1	要介護3と要介護1	
	年齢	88歳	92歳と88歳	
居室の状況	床面積	18.17㎡	25.85㎡	
	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 <input checked="" type="checkbox"/> 有 2 無	
	台所	1 有 2 <input checked="" type="checkbox"/> 無	1 <input checked="" type="checkbox"/> 有 2 無	
入居時点で必要な費用	前払金	56,000円	75,000円	
	敷金	0円	0円	
月額費用の合計		156,000円	256,000円	
家賃		56,000円	75,000円	
サービス費用	特定施設入居者生活介護 ^{※1} の費用	該当なし	該当なし	
		食費(30日分)	57,000円	57,000円×2
	介護保険外	生活支援費	20,000円	20,000円×2
		共益費	23,000円	27,000円

(利用料金の算定根拠)

費目	算定根拠
家賃	近隣の賃貸住宅家賃相場から算定
敷金	0円
介護費用	※介護保険サービスの自己負担額は含まない。
生活支援費	サービス内容にかかる人件費から算定
食費	食事提供にかかる食材や管理費から算定
共益費	光熱費、水道代、共用部分の管理費用から算定
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	消耗品、おむつ代など

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	5人
	女性	18人
年齢別	65歳未満	0人
	65歳以上 75歳未満	2人
	75歳以上 85歳未満	7人
	85歳以上	14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	3人
	要介護2	8人
	要介護3	7人
	要介護4	2人
	要介護5	3人
入居期間別	6ヶ月未満	2人
	6ヶ月以上1年未満	3人
	1年以上5年未満	16人
	5年以上10年未満	1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	87.3歳
入居者数の合計	23人
入居率*	92%

(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	2人
	死亡	8人
	その他	人
生前解約の状況	施設側の申し出	人

況		(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。

窓口の名称		苦情受付窓口
電話番号		076-259-6192
対応している時間	平日	9:00-17:00
	土曜	
	日曜・祝日	
定休日		土日

(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	あいおいニッセイ同和損保「介護保険・社会福祉事業者総合保険」
	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 <input checked="" type="checkbox"/> あり	(その内容) 職員に過失があった場合
	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 あり	(開催頻度) 年 回
	2 <input checked="" type="checkbox"/> なし	
	1 <input checked="" type="checkbox"/> 代替措置あり	(内容) 個々に家族との面談
	2 代替措置なし	
高齢者虐待防止のための取組の状況	虐待防止対策検討委員会の定期的な開催	1 <input checked="" type="checkbox"/> あり 2 なし
	指針の整備	1 <input checked="" type="checkbox"/> あり 2 なし
	定期的な研修の実施	1 <input checked="" type="checkbox"/> あり 2 なし
	担当者の配置	1 <input checked="" type="checkbox"/> あり 2 なし
身体的拘束等の適正化のための取組の状況	身体的拘束等適正化検討委員会の開催	あり
	指針の整備	あり
	定期的な研修の実施	あり
	緊急やむを得ない場合に行う身体的拘束その他の入居者の行動を制限する行為(身体的拘束等)を行うこと	
	1 あり	身体的拘束等を行う場合の態様及び時間、入居者の状況並びに緊急やむを得ない場合の理由の記録

	2 なし	
業務継続計画の策定状況等	感染症に関する業務継続計画	1 <input checked="" type="checkbox"/> あり 2 なし
	災害に関する業務継続計画	1 <input checked="" type="checkbox"/> あり 2 なし
	職員に対する周知の実施	1 <input checked="" type="checkbox"/> あり 2 なし
	定期的な研修の実施	1 <input checked="" type="checkbox"/> あり 2 なし
	定期的な訓練の実施	1 <input checked="" type="checkbox"/> あり 2 なし
	定期的な業務継続計画の見直し	1 <input checked="" type="checkbox"/> あり 2 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 あり 2 なし 3 <input checked="" type="checkbox"/> 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	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（別を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 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	○	なし	ヘルパーステーション愛さん	野々市市野代1丁目
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	○	なし	デイサービス野々花・野々花式番館	野々市市野代1丁目50番地、61番地
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	○	なし	ケアリス山中	加賀市山中温泉上野町ル15番地1
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		
介護医療院	あり	なし		
< 介護予防・日常生活支援総合事業 >				

訪問型サービス	あり	なし		
通所型サービス	あり	なし		
その他の生活支援サービス	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	<input checked="" type="checkbox"/> あり	○	1800円/1時間	介護保険サービスの対象となるもの以外
排泄介助・おむつ交換	なし	あり	なし	<input checked="" type="checkbox"/> あり	○	1800円/1時間	介護保険サービスの対象となるもの以外
おむつ代			なし	<input checked="" type="checkbox"/> あり	○	実費	
入浴（一般浴）介助・清拭	なし	あり	なし	<input checked="" type="checkbox"/> あり	○	1800円/1時間	介護保険サービスの対象となるもの以外
特浴介助	なし	あり	<input checked="" type="checkbox"/> なし	あり			
身辺介助（移動・着替え等）	なし	あり	なし	<input checked="" type="checkbox"/> あり	○	1800円/1時間	介護保険サービスの対象となるもの以外
機能訓練	なし	あり	<input checked="" type="checkbox"/> なし	あり			
通院介助	なし	あり	なし	<input checked="" type="checkbox"/> あり	○	1800円/1時間	家族等代行者がいない際、特例として半径15キロ以内の病院
口腔衛生管理	なし	あり	<input checked="" type="checkbox"/> なし	あり			
生活サービス							
居室清掃	なし	あり	なし	<input checked="" type="checkbox"/> あり	○	1800円/1時間	介護保険サービスの対象となるもの以外
リネン交換	なし	あり	なし	あり	○	1800円/1時間	介護保険サービスの対象となるもの以外
日常の洗濯	なし	あり	なし	あり	○	1800円/1時間	介護保険サービスの対象となるもの以外
居室配膳・下膳	なし	あり	なし	<input checked="" type="checkbox"/> あり		0円	
入居者の嗜好に応じた特別な食事			なし	<input checked="" type="checkbox"/> あり	○	実費	状況により相談、検討の上決定
おやつ			なし	<input checked="" type="checkbox"/> あり			食事代に含まれる
理美容師による理美容サービス			なし	<input checked="" type="checkbox"/> あり	○	実費	
買い物代行	なし	あり	なし	<input checked="" type="checkbox"/> あり			緊急時の必需品のみ 徒歩圏内 回数制限あり
役所手続き代行	なし	あり	<input checked="" type="checkbox"/> なし	あり			
金銭・貯金管理			なし	<input checked="" type="checkbox"/> あり		無料	少額のお小遣いのみお預かり可能
健康管理サービス							
定期健康診断			<input checked="" type="checkbox"/> なし	あり			
健康相談	なし	あり	なし	<input checked="" type="checkbox"/> あり		無料	
生活指導・栄養指導	なし	あり	<input checked="" type="checkbox"/> なし	あり			
服薬支援	なし	あり	なし	<input checked="" type="checkbox"/> あり			介護保険サービスの対象となるもの以外
生活リズムの記録（排便・睡眠等）	なし	あり	なし	<input checked="" type="checkbox"/> あり		無料	
入退院時・入院中のサービス							
移送サービス	なし	あり	<input checked="" type="checkbox"/> なし	あり			

入退院時の同行	なし	あり	なし	<input checked="" type="checkbox"/> あり	○		1800円 /1時間	家族等代行者がない際、特例として
入院中の洗濯物交換・買い物	なし	あり	なし	<input checked="" type="checkbox"/> あり	○		1800円 /1時間	家族等代行者がない際、特例として
入院中の見舞い訪問	なし	あり	<input checked="" type="checkbox"/> 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～3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。