

別紙様式

## 重要事項説明書

記入年月日	年 月 日
記入者名	橋 田 義 能
所属・職名	施 設 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	
	※法人の場合、その種類	有限会社
名称	(ふりがな) (ゆ) めでいかるまーちん 有限会社メディカルマーチン	
主たる事務所の所在地	〒283-0066 千葉県東金市南上宿4-9	
連絡先	電話番号	0475-53-2510
	FAX番号	0475-53-2072
	ホームページアドレス	http://www.medicalmartin.com
代表者	氏名	十川 正啓
	職名	代表取締役
設立年月日	昭和・平成 12年 8月 25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)
サービス付高齢者向け住宅 森の響	さーびすつきこうれいしゃむけじゅうたくもりのひびき

所在地	〒283-0833 千葉県東金市滝沢323-5	
主な利用交通手段	最寄駅	JR東金駅
	交通手段と所要時間	① バス利用の場合 ・東金駅からバスで乗車20分、 ・滝台停留所で下車、徒歩21分 自動車利用の場合、東金駅から乗車18分
連絡先	電話番号	0475-53-8341
	FAX番号	0475-53-8343
	ホームページアドレス	http://medicalmartin.com
管理者	氏名	橋田義能
	職名	施設長
建物の竣工日		昭和・平成 30年8月31日
有料老人ホーム事業の開始日		昭和・平成 30年10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）		
<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	年 月 日
	指定の更新日（直近）	年 月 日

**3. 建物概要**

土地	敷地面積	439.25㎡	
	所有関係	<input checked="" type="checkbox"/> 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 (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	999.78㎡
		うち、老人ホーム部分	731.86㎡

	耐火構造	1 耐火建築物 <input checked="" type="checkbox"/> 2 準耐火建築物 3 その他 ( )				
	構造	1 鉄筋コンクリート造 2 鉄骨造 <input checked="" type="checkbox"/> 3 木造 4 その他 ( )				
	所有関係	<input checked="" type="checkbox"/> 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】	<input checked="" type="checkbox"/> 1 全室個室				
		2 相部屋あり				
		最少	1 人部屋			
		最大	1 人部屋			
		トイレ	浴室	面積	戸数・室数	区分※
	タイプ1	<input checked="" type="checkbox"/> 有 / 無	<input checked="" type="checkbox"/> 有 / 無	18.83 m <sup>2</sup>	18	「一般居室個室」
	タイプ2	<input checked="" type="checkbox"/> 有 / 無	<input checked="" type="checkbox"/> 有 / 無	24.63 m <sup>2</sup>	2	「一般居室個室」
	タイプ3	有 / 無	有 / 無	m <sup>2</sup>		
	タイプ4	有 / 無	有 / 無	m <sup>2</sup>		
	タイプ5	有 / 無	有 / 無	m <sup>2</sup>		
	タイプ6	有 / 無	有 / 無	m <sup>2</sup>		
	タイプ7	有 / 無	有 / 無	m <sup>2</sup>		
	タイプ8	有 / 無	有 / 無	m <sup>2</sup>		
タイプ9	有 / 無	有 / 無	m <sup>2</sup>			
タイプ10	有 / 無	有 / 無	m <sup>2</sup>			
※「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	0ヶ所		
			うち車椅子等の対応が可能な便房	1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 ( )	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	
	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	緑に囲まれた自然豊かな場所であり隣地は弊社運営のデイサービスもあり、敷地を合わせると1400坪程度ある。作物等の栽培や農園造りをすることにより機能訓練になり精神的なゆとりや喜びを感じていただく。			
サービスの提供内容に関する特色	来る事は自身で行え、出来ない部分に関しては各種外部サービスや施設サービスが使える。			
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	<input checked="" type="checkbox"/> 1 救急車の手配 <input type="checkbox"/> 2 入退院の付き添い <input type="checkbox"/> 3 通院介助 <input checked="" type="checkbox"/> 4 その他 ( 必要に応じた訪問診療医の紹介等 )		
協力医療機関	1	名称	浅井病院、
		住所	〒283-0062 千葉県東金市家徳 38 番地 1
		診療科目	内科・整形外科・消化器内科・精神科・歯科等
		協力内容	健康相談・入院相談・救急時対応
	2	名称	岡崎医院
		住所	〒283-0804 千葉県東金市油井 55-1
		診療科目	内科・小児科・外科
		協力内容	往診 (月 1 回)・健康相談
協力歯科医療機関	名称	茂原デンタルクリニック	
	住所	千葉県茂原市法目 1280-1	
	協力内容	往診 (週 1 回) 緊急時等	

(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	<input type="checkbox"/> 1 一時介護室へ移る場合 <input type="checkbox"/> 2 介護居室へ移る場合 <input type="checkbox"/> 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	① 入居者が逝去した場合 ② 入居者から契約の解除が行われた場合 ③ 事業所から契約の解除が行われた場合		
事業主体から解約を求める場合	解約条項	① 入居者の行動が、他の入居者や職員の命に危害を及ぼすか、その恐れがあり、通常の介護方法・接遇方法では防止できない場合。 ② 医療ニーズが高く、医師が今後の入居継続が難しいと判断した場合 ③ 利用料を継続的に滞納した場合	
	解約予告期間	3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	20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 <sup>2</sup>		
		常勤	非常勤
管理者		1	
生活相談員		1	
直接処遇職員			
介護職員		7	
看護職員		0	0
機能訓練指導員		0	0
計画作成担当者		0	0
栄養士		0	0
調理員		2	1
事務員		1	0.5
その他職員		1	0.4
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
社会福祉士	0	0
介護福祉士	4	2
実務者研修の修了者	1	1
初任者研修の修了者	2	3
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
	5	6





	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										
<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	1 減額なし <input checked="" type="checkbox"/> 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	

### (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	78歳	87歳
居室の状況	床面積	18.83 m <sup>2</sup>	24.63 m <sup>2</sup>
	便所	<input checked="" type="checkbox"/> 1 有 <input type="checkbox"/> 2 無	<input checked="" type="checkbox"/> 1 有 <input type="checkbox"/> 2 無
	浴室	<input type="checkbox"/> 1 有 <input checked="" type="checkbox"/> 2 無	<input type="checkbox"/> 1 有 <input checked="" type="checkbox"/> 2 無
	台所	<input type="checkbox"/> 1 有 <input checked="" type="checkbox"/> 2 無	<input type="checkbox"/> 1 有 <input checked="" type="checkbox"/> 2 無

入居時点で 必要な費用	前払金	0円	0円	
	敷金	96,000円	106,000円	
月額費用の合計		133,000円	168,000円	
家賃		48,000円	53,000円	
サービス費用	特定施設入居者生活介護 <sup>※1</sup> の費用	0円	0円	
	介護保険外 <sup>※2</sup>	食費	46,500円	46,500円
		管理費/共益費	20,000円/10,000円	20,000円/10,000円
		介護費用	0円	30,000円
		光熱水費	10,000円	10,000円
その他	0円	0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	48,000円～53,000円
敷金	家賃の 2 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（税抜）	20,000円
共益費（季節費含む）	10,000円～12,160円（季節費請求月 7.8.9.12.1.2月）
食費（税抜）	46,500円
光熱水費（税抜）	10,000円
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 <sup>※</sup> に対する自己負担	
特定施設入居者生活介護 <sup>※</sup> 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	人
	女性	人
年齢別	65歳未満	人
	65歳以上 75歳未満	1人
	75歳以上 85歳未満	7人
	85歳以上	11人
要介護度別	自立	人
	要支援1	1人
	要支援2	人
	要介護1	11人
	要介護2	3人
	要介護3	4人
	要介護4	0人
	要介護5	0人
入居期間別	6ヶ月未満	5人
	6ヶ月以上1年未満	3人
	1年以上5年未満	11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	80歳
入居者数の合計	19人
入居率*	95%

※ 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	1人
	医療機関	0人
	死亡者	1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	2人
	(解約事由の例) ①金銭的な問題②本人が納得されていない	

**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	マーチン介護サービス葵 苦情受付窓口	
電話番号	0475-53-8341	
対応している時間	平日	8:30分~17:30分
	土曜	休日
	日曜・祝日	日曜日は休日 祝日 8時30分~17時30分
定休日	土曜日、日曜日※12月30~1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"/> あり	(その内容) 三井住友海上火災
---------------	--	-----------------

	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) 三井住友海上火災
	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	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
	<input checked="" type="checkbox"/> 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
	<input checked="" 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	1 入居希望者に公開 2 入居希望者に交付 <input checked="" type="checkbox"/> 3 公開していない
管理規程	<input checked="" type="checkbox"/> 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 <input checked="" type="checkbox"/> 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 <input checked="" type="checkbox"/> 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 <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 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 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 ( 年 月 日届出)	
	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 ( 年 月 日登録)	
	2 なし	
千葉県有料老人ホーム設置運営指導指針「規模及び構造設備」に合致しない事項	1 あり	
	2 なし	( 年 月 日施行の設置運営指導指針を適用)
合致しない事項がある場合の内容		
「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	
千葉県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 (別に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 橋 田 義 能

※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
<b>&lt;居宅サービス&gt;</b>				
訪問介護	あり	なし	マーチン介護サービス東金	東金市南上宿4-9
訪問入浴介護	あり	なし	マーチン介護サービス東金	東金市南上宿4-9
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	マーチン介護サービス葵	東金市滝沢323-5
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	マーチン介護サービス若葉	千葉市若葉区都賀4-9-5
特定福祉用具販売	あり	なし	マーチン介護サービス若葉	千葉市若葉区都賀4-9-5
<b>&lt;地域密着型サービス&gt;</b>				
地域密着型通所介護	あり	なし	・マーチン介護サービス佐倉 ・マーチン介護サービス東金	佐倉市坂戸1445 東金市南上宿4-9
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	マーチン介護サービス東金 マーチン介護サービス佐倉	東金市南上宿4-9 佐倉市坂戸1445
<b>&lt;居宅介護予防サービス&gt;</b>				
介護予防訪問介護	あり	なし	マーチン介護サービス東金	東金市南上宿4-9
介護予防訪問入浴介護	あり	なし	マーチン介護サービス東金	東金市南上宿4-9
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	・マーチン介護サービス葵 ・マーチン介護サービス東金 ・マーチン介護サービス佐倉	東金市滝沢323-5 東金市南上宿4-9 佐倉市坂戸1445
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	マーチン介護サービス若葉	千葉市若葉区都賀4-9-5
特定介護予防福祉用具販売	あり	なし	マーチン介護サービス若葉	千葉市若葉区都賀4-9-5
<b>&lt;地域密着型介護予防サービス&gt;</b>				
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		
<b>&lt;介護保険施設&gt;</b>				
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		包含※2	都度※2	料金※3	備考（税抜）
	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）	（利用者が全額負担）				
介護サービス						
食事介助	なし	あり	○			身体介護サービス月額 30,000 円を含む
排泄介助・おむつ交換	なし	あり	○			身体介護サービス月額 30,000 円を含む
おむつ代				○		
入浴（一般浴）介助・清拭	なし	あり				
特浴介助	なし	あり				
身辺介助（移動・着替え等）	なし	あり	○			身体介護サービス月額 30,000 円を含む
機能訓練	なし	あり				
通院介助	なし	あり	○			※付添いの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	○		500	掃除洗濯プラン月額 5,000 円を含む
リネン交換	なし	あり			300	布団乾燥サービス 1回 60分
日常の洗濯	なし	あり	○		500	掃除洗濯プラン月額 5,000 円を含む
居室配膳・下膳	なし	あり	○		100	一回 100 円
入居者の嗜好に応じた特別な食事						
おやつ						
理美容師による理美容サービス	なし	あり	○		2,500	※外部の訪問理美容サービス利用
買い物代行	なし	あり	○		1,000	最寄りのスーパーのみ 1回 1000 円
役所手続き代行	なし	あり				
金銭・貯金管理	なし	あり	○		1,000	月 1,000 円
健康管理サービス						
定期健康診断	なし	あり				主治医往診の際に相談・実施
健康相談	なし	あり				健康管理サービス月額 3,000 円を含む
生活指導・栄養指導	なし	あり				
服薬支援	なし	あり				健康管理サービス月額 3,000 円を含む
生活リズムの記録（排便・睡眠等）	なし	あり				健康管理サービス月額 3,000 円を含む
入退院時・入院中のサービス						
移送サービス	なし	あり				30 分/1000 円
入退院時の同行	なし	あり		○		30 分/1000 円
入院中の洗濯物交換・買い物	なし	あり				
入院中の見舞い訪問	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、サービス利用の都度払いによる場合に於いて、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。