

重要事項説明書

記入年月日	令和 5 年 1 0 月 1 日
記入者名	井上 英夫
所属・職名	施設長

1. 設置者概要

種類	個人 / 法人	※法人の場合、 その種類	営利法人
名称	(ふりがな) かぶしきがいしゃ しゅとつく 株式会社 シュトック		
主たる事務所の所在地	〒816-0852	福岡県春日市一の谷1丁目22番地	
連絡先	電話番号	092-707-8145	
	FAX番号	092 - 404-6151	
	ホームページアドレス		
代表者	氏名	桑野 志奈	
	職名	代表取締役	
設立年月日	令和 4年 12月 1日		
主な実施事業	有料老人ホーム事業 ※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

名称	(ふりがな) こころしあわせらくえんかすが 心しあわせ楽園春日		
所在地	〒816-0852	福岡県春日市一の谷1丁目51番地の2	
主な利用交通手段	最寄駅	西鉄大橋駅, 西鉄井尻駅,	
	最寄駅からの交通手段と所要時間	・西鉄バス西鉄大橋駅より42番昇町公民館下車、徒歩5分 ・西鉄バス井尻駅より45番昇町下白水交番下車、徒歩10分 ・西鉄バスJR博多南駅より42番寺田池下車下車、徒歩10分	
連絡先	電話番号	092 - 581 - 3560	
	FAX番号	092 - 581 - 3561	
	ホームページアドレス		
	メールアドレス	s.kuwano@danishcare.jp	
管理者	氏名	井上 英夫	
	職名	施設長	
建物の竣工日		昭和 / ☒ 平成 2 年 9 月 12 日 平成18年6月大規模改修済み	
有料老人ホーム事業の開始日		令和 4年 12月 1日	
※同一建物で有料老人ホーム事業を行っていた場合、当初開始日		昭和 / 平成 年 月 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の指定を受けている場合）	
2	介護付（外部サービス利用型特定施設入居者生活介護の指定を受けている場合）	
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	
	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	722.77 m ²				
	所有関係	1 設置者が自ら全てを所有する土地 2 設置者が自ら一部を所有・一部を賃借する土地 ☒ 3 設置者が賃借する土地				
		※ 1 又は 2 に該当する場合				
		抵当権の有無		有 / 無		
		※ 2 又は 3 に該当する場合				
		契 約 期 間	☒ (2022 年 12 月 1 日～2037 年 11 月 30 日) / 無			
契約の自動更新		☒ / 無				
建物	規模	3 階建		1 棟		
		延床面積	全体	1086.21 m ²		
			うち、有料老人ホーム部分	1063.70 m ²		
	構造	1 鉄筋コンクリート造 ☒ 2 鉄骨造 3 木造 4 その他 ()				
		耐火構造	☒ 1 耐火建築物 2 準耐火建築物 3 その他 ()			
			所有関係	1 設置者が自ら所有する建物 ☒ 2 設置者が賃借する建物		
				※ 1 に該当する場合		
	抵当権の有無			有 / 無		
	※ 2 に該当する場合					
契 約 期 間	☒ (2022 年 12 月 1 日～2037 年 11 月 30 日) / 無					
契約の自動更新		☒ / 無				

居室の状況	居室区分 【表示事項】	1 全室個室					
		2 相部屋あり					
	※2に該当する場合						
	最小	1人部屋			最大	2人部屋	
		便所	浴室	台所	面積	室数・戸数	区分※
	Aタイプ	有/無	有/無	有/無	18.00 m ²	24	一般居室個室
	Bタイプ	有/無	有/無	有/無	13.21 m ²	6	一般居室個室
Cタイプ	有/無	有/無	有/無	26.88 m ²	2	一般居室 相部屋	
※「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」のいずれかを記入。							
共用施設	共用便所における便房	3か所	うち男女別の対応が可能な便房			0か所	
			うち車椅子等の対応が可能な便房			3か所	
	共用浴室	3か所	個室			3か所	
			大浴場			0か所	
	共用浴室に設置された介助浴槽	1か所	チェアー浴			0か所	
			リフト浴			0か所	
			ストレッチャー浴			0か所	
			その他（ 特殊浴槽 ）			1か所	
	食堂						有 / 無
入居者や家族が利用できる調理設備						有 / 無	
エレベーター ※複数選択可	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						有 / 無
	自動火災報知設備						有 / 無
	火災通報設備						有 / 無
	スプリンクラー						有 / 無
	防火管理者						有 / 無
	防災計画						有 / 無
その他							

4 サービスの内容

(全体の方針)

運営の方針	ノーマライゼーション（ノーマルな生活条件）のご提供を私達のお手伝いの基本としています。
サービスの提供内容に関する特色	出来る限り、その方のリズムで生活をしていただけるような配慮や心配りを行う。細やかで丁寧な個別対応を全ての面で心掛ける。
入浴、排せつ又は食事の介護	1 サービスの提供あり（設置者が実施） 2 サービスの提供あり（設置者以外が実施） 3 サービスの提供なし
食事の提供	1 サービスの提供あり（設置者が実施） 2 サービスの提供あり（設置者以外が実施） 3 サービスの提供なし
洗濯、掃除等の家事の供与	1 サービスの提供あり（設置者が実施） 2 サービスの提供あり（設置者以外が実施） 3 サービスの提供なし
健康管理の供与	1 サービスの提供あり（設置者が実施） 2 サービスの提供あり（設置者以外が実施） 3 サービスの提供なし
安否確認又は状況把握サービス	1 サービスの提供あり（設置者が実施） 2 サービスの提供あり（設置者以外が実施） 3 サービスの提供なし
生活相談サービス	1 サービスの提供あり（設置者が実施） 2 サービスの提供あり（設置者以外が実施） 3 サービスの提供なし

(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（入院中のサポート）		
協力医療機関	1	名称	医療法人マインド伊原春日クリニック		
		住所	〒816 - 0807 福岡県春日市宝町 3－22－1		
		診療科目	内科、循環器科、消化器科、		
		協力内容	・ 内科医による定期往診と健康相談 ・ 夜間の緊急時の対応 ・ 健康相談 (医療費とその他の費用は入居者負担)		

	2	名称	
		住所	
		診療科目	
		協力内容	
協力歯科医療機関		名称	
		住所	
		協力内容	

(入居後に居室を住み替える場合)

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（原則居室の住み替えはありません） この項は以下余白	
判断基準の内容			
手続きの内容			
追加的費用の有無		有 / 無	
居室利用権の取扱い			
前払金償却の調整の有無		有 / 無	
従前の居室との仕様の変更	面積の増減	有 / 無	
	便所の変更	有 / 無	
	浴室の変更	有 / 無	
	洗面所の変更	有 / 無	
	台所の変更	有 / 無	
	その他の変更	有 / 無	
		※ 有の場合、 変更内容	

(入居に関する要件)

入居対象となる者 【表示事項】 ※複数選択可	☒ 1 自立している者 ☒ 2 要支援の者 ☒ 3 要介護の者
留意事項	原則 65 歳以上の方 (2 人入居の場合はどちらかが 65 歳以上の方)
契約の解除の内容	① 入居者が死亡した時 ② 入居者又は事業者から解約した時。

設置者から解約を求める場合	解約条項	入居者と事業者の信頼関係を著しく害するものである場合、他の入居者、職員に危害の切迫した恐れがあり防止が不可の時。	
	解約予告期間	3 か月（90 日）	
入居者からの解約予告期間	1 か月（30 日）		
体験入居	☐ 有 / 無		
	※ 有の場合、内容	1 泊 5,500 円（税込）期間は要相談	
入居定員	34 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。(同一法人が運営する他の事業所と有料老人ホームを兼業する職員も記載することがある。)

(職種別の職員数)

	職員数 (実人数)			常勤換算人数※
	合計	常勤	非常勤	
管理者	1		1	0.5
生活相談員		1		1
直接処遇職員	14	1	16	6.7
うち介護職員	12		12	5.3
うち看護職員	2	1	1	1.4
機能訓練指導員	1	1		1
計画作成担当者				
栄養士				
調理員				
事務員	1	1		1
その他職員	2		2	0.8
1 週間のうち、常勤の従業者が勤務すべき時間数				40 時間
※ 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。				

(介護職員が有している資格の総数)

	合計		
		常勤	非常勤
社会福祉士			
介護福祉士	5		5
実務者研修の修了者	3		3
初任者研修の修了者	1		1
介護支援専門員			

(機能訓練指導員が有している資格の総数)

	合計		
		常勤	非常勤
看護師又は准看護師	2	1	1
理学療法士			
作業療法士	1	1	
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	22 時 00 分～5 時 00 分	
	平均人数	最小时人数 (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									☒ 有 / 無
	業務に係る資格等									☒ 有 / 無
	※ 有の場合、資格等の名称									介護福祉士
	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 年間の採用数										
前年度 1 年間の退職者数										
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		4	1		1			
	1 年以上			3						
	3 年未満									
	3 年以上									
	5 年未満			3						
	5 年以上									
	10 年未満			2						
	10 年以上	1								
従業者の健康診断の実施状況									☒ 有 / 無	

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
		※ 4 の場合 複数選択可 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		有 / ☒ 無
要介護状態に応じた金額設定		有 / ☒ 無
入院等による不在等における利用料金（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	物価指数の変動、人件費、食材費の変動により改定をする。
	手続き	経営会議で検討し運営懇談会を開催して、入居者のご家族にご理解を得た後に改定を行う。

(利用料金のプラン)

(税込)

			プラン 1	プラン 2	プラン 3		
入居者の状況※ 1	要介護度						
	年齢						
居室の状況※ 2			A タイプ	B タイプ	C タイプ		
床面積			18.00 m ²	13.21 m ²	26.88 m ²		
便所			☐ 有 / ☐ 無	有 / ☐ 無	☐ 有 / ☐ 無		
浴室			有 / ☐ 無	有 / ☐ 無	有 / ☐ 無		
台所			有 / ☐ 無	有 / 無	有 / ☐ 無		
入居時点で必要な費用	前 払 金		0 円	0 円	0 円		
	敷金		200,000 円	120,000 円	240,000 円		
月額費用の合計※ 4			182,020 円	162,020 円	303,140 円		
家賃			50,000 円	30,000 円	60,000 円		
サービス費用	特定施設入居者生活介護等の費用		円	円	円		
	介護保険外	食費	58,320 円	58,320 円	116,640 円		
		管理費	73,700 円	73,700 円	126,500 円		
		介護費用※ 5	0 円	0 円	0 円		
		光熱水費	管理費に含む	管理費に含む	管理費に含む		
		生活支援費	0 円	0 円	0 円		
都度払いとなるサービス			☐ 有 / 無	☐ 有 / 無	☐ 有 / 無		

- ※1 入居者の状況に応じて複数の月額プランを設定している場合は、サービス費用が最低価格となるプラン及び最高価格となるプランを含めて記載しています。
- ※2 居室の状況に応じて複数の月額プランを設定している場合は、家賃が最低価格となるプラン、最高価格となるプラン及び最多室数・戸数となるプランを含めて記載しています。
- ※3 月ごとの利用日数に応じて月額プランを設定している場合は、利用日数を30日として記載しています。
- ※4 有料老人ホーム事業として受領する費用のみを記載しています。（訪問介護などの介護保険サービスに係る介護費用は、設置者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ません。）

（利用料金の算定根拠）

費目	算定根拠
家賃	床面積や設備の有無、近隣や地域の相場、土地建物の返済額、修繕費を勘案して算定。 <u>円</u>
敷金	家賃の4ヶ月分
生活支援費	
管理費	<u>円</u> 居室内の水道光熱費、冷暖房費用、職員の人件費、事務費を勘案して算定。
食費	58,320円（1ヶ月30日として） ※朝食：562円、昼食：691円、夕食：691円 食材費、冷暖房費、職員の人件費、事務費を勘案して算定。
光熱水費	居室の光熱水費は管理費に含む。
利用者の個別的な選択によるサービス利用料	別添2
その他のサービス利用料	※おむつ代等の日常生活費や放送受信料、電話代等の利用者の嗜好による経費を記載する

（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）	
償却の開始日	
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）	
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月を越えた契約終了

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	公益法人全国有料老人ホーム協会/入居者生活保証制度	
	5	その他 ()	

7. 入居者の状況

(入居者の人数)

性別	男性	9 人	女性	20 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	7 人	85 歳以上	22 人
要介護度別	自立	0 人	要支援 1	1 人
	要支援 2	3 人	要介護 1	2 人
	要介護 2	11 人	要介護 3	5 人
	要介護 4	5 人	要介護 5	2 人
入居期間別	6 か月未満	5 人	6 か月以上 1 年未満	7 人
	1 年以上 5 年未満	13 人	5 年以上 10 年未満	1 人
	10 年以上 15 年未満	3 人	15 年以上	0 人

(入居者の属性)

平均年齢	87.4 歳
入居者数の合計	29 人
入居率※	85%
※ 入居者数の合計を入居定員数で除して得られる割合。 なお、一時的に不在となっている者も入居者に含みます。	

(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	人
	医療機関	人	死亡者	5 人
	その他	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	2 人		
		(解約事由の例)	ご家族のお住まいに近い施設へ移動	

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)

①窓口の名称		施設相談室	
電話番号		092 - 581 - 3560	
対応している時間	平日	9:00～17:00	
	土曜	9:00～17:00 (ホームにて対応 TEL092 - 581 - 3562)	
	日曜・祝日	9:00～17:00 (ホームにて対応 TEL092 - 581 - 3562)	
定休日		なし	
②窓口の名称		福岡県介護保険課	
電話番号		092 - 643-3319	
対応している時間	平日	9:00～17:00	
	土曜		
	日曜・祝日		
定休日		土曜・日曜。祝日・年末年始	

(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 加入済み		
	2 未加入		
	※ 1 の場合	加入する保険会社の名称	あいおいニッセイ同和損保
		加入する保険の名称	賠償責任保険
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 対応あり（事故対応及びその予防のための指針あり）		
	2 対応あり（事故対応及びその予防のための指針なし）		
	3 対応なし		

(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 取組あり		
	2 取組なし		
	※ 1 の 場合	実施日・開始日	令和 4 年 12 月 1 日より玄関に意 見箱を設置
		結果の開示	1 あり () 2 なし
第三者による評価の実施状況	1 実施済み		
	2 未実施		
	※ 1 の 場合	実施日	
		評価機関名称	
		結果の開示	1 あり () 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
管理規定	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	☐ 設置済み ☐ 未設置（代替措置あり） ☐ 未設置（代替措置なし）	
	※ 1 の場合、開催頻度	年 1 回
	※ 2 の場合、代替措置の内容	
提携ホームへの移行【表示事項】	☐ 移行あり（提携ホーム名： ） ☐ 移行なし	
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	☐ 届出あり ☐ 届出なし（届出義務なし） ☐ 届出なし（届出義務あり）	
有料老人ホーム設置運営指導指針「6. 規模及び構造設備」への適合状況 ※複数選択可	☐ 不適合事項あり（代替措置を実施済み） ☐ 不適合事項あり（将来の改善計画策定済み） ☐ 不適合事項あり（1 又は 2 以外） ☐ 不適合事項なし ☐ 有料老人ホーム以外の制度に基づく構造設備	
※ 1、2 又は 3 の場合、不適合事項の内容 ※ 該当する項目にチェック	☐ 居室が個室ではない（ ☐ 全室 ・ ☐ 居室の一部） ☐ 一般居室の 1 人当たり床面積が 13㎡未満（ ☐ 全室 ・ ☐ 居室の一部） ☐ 廊下の幅員が基準を満たさない（具体的に） ☐ 消防法等に定める設備等の設置なし（ ☐ 自動火災報知設備・ ☐ 通報装置・ ☐ スプリンクラー） ☒ その他（具体的に） ・B タイプの居室内にトイレが無い	
※ 1 の場合、代替措置の概要	居室のそばに共用トイレを設置する事で適応。	
※ 2 の場合、改善計画の概要		
※ 5 の場合、構造設備の基準となる制度の名称	1 2	

有料老人ホーム設置運営指導指針 に基づく指導の有無 ※複数選択可	1 指導事項あり（過去1年以内に指導） 2 指導事項あり（未改善のまま、指導から1年経過） ☒ 3 指導事項なし
※ 1又は2の場合、指導内容	

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 設置者が福岡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>			
訪問介護	☒ / ☐ 無	訪問介護ステーションーの谷	福岡県春日市一の谷1丁目51番地2号
訪問入浴介護	有 / ☐ 無		
訪問看護	有 / ☐ 無		
訪問リハビリテーション	有 / ☐ 無		
居宅療養管理指導	有 / ☐ 無		
通所介護	☒ / ☐ 無	デイサービスうぶすな	福岡県大野城市つつじヶ丘1丁目1番7号
通所リハビリテーション	有 / ☐ 無		
短期入所生活介護	有 / ☐ 無		
短期入所療養介護	有 / ☐ 無		
特定施設入居者生活介護	有 / ☐ 無		
福祉用具貸与	有 / ☐ 無		
特定福祉用具販売	有 / ☐ 無		
<地域密着型サービス>			
定期巡回・随時対応型訪問介護看護	有 / ☐ 無		
夜間対応型訪問介護	有 / ☐ 無		
認知症対応型通所介護	有 / ☐ 無		
小規模多機能型居宅介護	有 / ☐ 無		
認知症対応型共同生活介護	有 / ☐ 無		
地域密着型特定施設入居者生活介護	有 / ☐ 無		
看護小規模多機能型居宅介護	有 / ☐ 無		
居宅介護支援	☒ / ☐ 無	フォーユー	福岡県春日市須玖南5丁目27
<居宅介護予防サービス>			
介護予防訪問入浴介護	有 / ☐ 無		
介護予防訪問看護	有 / ☐ 無		
介護予防訪問リハビリテーション	有 / ☐ 無		
介護予防居宅療養管理指導	有 / ☐ 無		
介護予防通所リハビリテーション	有 / ☐ 無		
介護予防短期入所生活介護	有 / ☐ 無		
介護予防短期入所療養介護	有 / ☐ 無		
介護予防特定施設入居者生活介護	有 / ☐ 無		
介護予防福祉用具貸与	有 / ☐ 無		
特定介護予防福祉用具販売	有 / ☐ 無		
<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	有 / ☐ 無		
介護予防小規模多機能型居宅介護	有 / ☐ 無		
介護予防認知症対応型共同生活介護	有 / ☐ 無		

介護予防支援		有 / ☐ 無		
<介護保険施設>				
介護老人福祉施設		有 / ☐ 無		
介護老人保健施設		有 / ☐ 無		
介護療養型医療施設		有 / ☐ 無		
介護医療院		有 / ☐ 無		
<介護予防・日常生活支援総合事業>				
	訪問型サービス	☒ 有 / ☐ 無	訪問介護ステーションーの谷	福岡県春日市一の谷1丁目51番地2号
	通所型サービス	☒ 有 / ☐ 無	デイサービス うぶすな	福岡県大野城市つつじヶ丘 1丁目1番7号
	その他生活支援サービス	有 / ☐ 無		

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							有 / ☐ 無
	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					備 考※4
		（利用者が全額負担）	包含 ※2	都度 ※2	料金※3		
介護サービス							
食事介助		有 / ☐ 無					
排泄介助・おむつ交換		有 / ☐ 無					
おむつ代		有 / ☐ 無					
入浴（一般浴）介助・清拭		有 / ☐ 無		○	1回550円		一人で入浴可能な場合に限る
特浴介助		有 / ☐ 無					
身辺介助（移動・着替え等）		有 / ☐ 無					
機能訓練		有 / ☐ 無	○				
通院介助		☒ 有 / 無		○	1時間1,100円		付添い対応可能（家族の付き添いが難しい場合に限る）
生活サービス							
居室清掃		☒ 有 / 無		○	1回550円		
リネン交換		有 / ☐ 無					
日常の洗濯		有 / ☐ 無					
居室配膳・下膳		☒ 有 / 無	○				
入居者の嗜好に応じた特別な食事		有 / ☐ 無		○	実費		
おやつ		有 / ☐ 無					
理美容師による理美容サービス		☒ 有 / 無		○	実費		
買い物代行		有 / ☐ 無					
役所手続き代行		有 / ☐ 無	○				適時実施
金銭・貯金管理		有 / ☐ 無					
健康管理サービス							
定期健康診断		☒ 有 / 無		○	実費		費用は自己負担で実施する。
健康相談		有 / ☐ 無	○				必要に応じて適時実施する。
生活指導・栄養指導		有 / ☐ 無	○				必要に応じて適時実施する。
服薬支援		有 / ☐ 無	○				必要に応じて適時実施する。
生活リズムの記録（排便・睡眠等）		有 / ☐ 無	○				必要に応じて適時実施する。
入退院時・入院中のサービス							
緊急時の移送・介護サービス		有 / ☐ 無		○	1時間1,100円		同行者の交通費は別途負担
入退院時の同行		有 / ☐ 無		○	1時間1,100円		
入院中の洗濯物交換・買い物		有 / ☐ 無		○	1週間3,300円		1週間未満切捨て
入院中の見舞い訪問		有 / ☐ 無	○				適時実施

※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 「有」の場合は、各種サービスの費用が、月額の利用料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応じて、該当する欄に「○」を記入する。

※3 都度払いの場合は、1回あたりの金額など、単位を明確にして記入する。

※4 サービスの範囲や条件を明確に記入する。