別記第１号様式（第１２関係）

有料老人ホーム重要事項説明書

記入年月日	令和　年　月　日
記入者名	水留　規至
所属・職名	ホーム長

※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	法人	
	※法人の場合，その種類	株式会社
名称	（ふりがな）えーえいちつーわいかぶしきかいしゃ エーエイチツーワイ株式会社	
事業主体の主たる事務所の所在地	〒070-0057	
	旭川市7条西2丁目1番10号	
事業主体の連絡先	電話番号	0166-56-1284
	FAX番号	0166-56-1920
	Ｅメールアドレス	
	ホームページアドレス	http://
事業主体の代表者の氏名及び職名	氏名	松本　真吾
	職名	代表取締役
事業主体の設立年月日	令和　2年　11月　2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）　ぷれじーるながやま プレジール永山	
所在地	〒079-8417 旭川市永山７条1丁目３番９号	
主な利用交通手段	最寄駅	南永山駅
	交通手段と所用時間	道北バス「永山６条２丁目」バス停より 徒歩１０分
連絡先	電話番号	0166-73-7800
	FAX番号	0166-73-7856
	Ｅメールアドレス	Purejirunagayama.ah2y@gmail.com
	ホームページアドレス	http://
管理者	氏名	水留　規至
	職名	ホーム長
建物の竣工日		令和　3年　3月　1日
有料老人ホーム事業の開始日		令和　3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	介護保険事業所番号	
	指定した自治体名	北海道／旭川市
	事業所の指定日	平成　　年　　月　　日
	指定の更新年月日（直近）	平成　　年　　月　　日

３．建物概要

土地	敷地面積	1,148.83㎡		
	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 （令和3年4月1日～令和21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		734.1㎡
		うち，老人ホーム部分		734.1㎡
	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 2　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 （令和3年4月1日～令和21年3月31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				
		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	12.33㎡	30室	一般個室
	タイプ2	有／無	有／無	㎡		
	タイプ3	有／無	有／無	㎡		
	タイプ4	有／無	有／無	㎡		
	タイプ5	有／無	有／無	㎡		
	タイプ6	有／無	有／無	㎡		
	タイプ7	有／無	有／無	㎡		
	タイプ8	有／無	有／無	㎡		
	タイプ9	有／無	有／無	㎡		
	タイプ10	有／無	有／無	㎡		

※　「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	2ヶ所	うち男女別の対応が可能な便房	ヶ所
			うち車椅子等の対応が可能な便房	ヶ所
	共用浴室	2ヶ所	個室	2ヶ所
			大浴場	ヶ所
	共用浴室における介護浴槽	1ヶ所	チェアー浴	1ヶ所
			リフト浴	ヶ所
			ストレッチャー浴	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
	スプリンクラー	①　あり　2　なし
	自動火災報知設備	①　あり　2　なし
	火災通報装置	①　あり　2　なし
	誘導灯	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	事業の実施にあたり、入居者が可能な限りその有する能力に応じて、自立した生活を営むことができるように支援します。
サービスの提供内容に関する特色	１　事業の実施にあたり、入居者およびその家族等に対し、サービスの内容及び提供方法についてわかりやすく説明したうえで、適切なサービスを提供します。 ２　事業の実施にあたり、行政、地域の保健医療・社会福祉機関及び地域住民との錦密な連携を図り、総合的なサービスを提供します。 ３　事業の実施にあたり、常に提供したサービスの質の管理、評価を行います。
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	入居継続支援加算		１　あり　２　なし
	生活機能向上連携加算		１　あり　２　なし
	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
	若年性認知症入居者受入加算		１　あり　２　なし
	医療機関連携加算		１　あり　２　なし
	口腔衛生管理体制加算		１　あり　２　なし
	栄養スクリーニング加算		１　あり　２　なし
	退院・退所時連携加算		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		１　あり　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　医療法人仁友会 豊岡内科整形外科クリニック
		住所　旭川市豊岡３条６丁目１７６－１０７
		診療科目　内科　整形
		協力内容　入居者の健康管理、治療
	2	名称　医療法人敬生会 豊岡中央病院
		住所　旭川市豊岡７条２丁目１番５号
		診療科目　整形外科・内科・脳神経内科・耳鼻咽喉科・小児科・リハビリテーション科・歯科口腔外科・麻酔科
		協力内容　入居者の健康管理、治療
	3	名称　医療法人修彰会 沼崎病院
		住所　旭川市８条８丁目４３番地
		診療科目　内科・消化器内科・リハビリテーション科・血液内科
		協力内容　入居者の健康管理、治療
協力医療機関	1	名称　医療法人社団 クリア歯科
		住所　旭川市春光６条６丁目４－２９
		協力内容　入居者様の治療
	2	名所　旭川東光歯科医院
		住所　旭川市東光２条５丁目４-１８
		協力内容　入居者様の治療

（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　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　入居者が死亡した場合 2　入居者が介護保険施設へ入居することとなった場合。 3　事業者が解散命令を受けた場合、破産した場合またはやむを得ない事由により事業者を閉鎖した場合。 4　施設の滅失や重大な毀損により、入居生活が不可能になった場合。	
事業主体から解約を求める場合	解約条項	1　入居者およびその家族等が、入居契約締結時に虚偽の事項を報告するなどの不正手段により入居したことが判明した場合。 2　入居者が、月払いの利用料その他の支払いを正当な理由なく1ヶ月以上遅滞し、相当期間を定めた弁済の催促にもかかわらずこれを支払わない場合。 3　入居者が、入居契約書第17条に定める禁止または制限される行為を反復し、改善の見込みがない場合。 4　入居者が30日以上の長期にわたって入居生活を離れることが明らかな場合。 5　入居者の行動が、他の入居者または従業員の生命に危害を及ぼすおそれがあり、かつ施設における通常の接遇方法などではこれを防ぐことができない場合。 6　治療のため病院もしくは診療所などに入院し、入院日より30日以内に退院できる見込みがない場合。 7　入院後30日を経過しても退院していない場合。
	解約予告期間	1ヶ月
入居者から解約予告期間	1ヶ月	

体験入居の内容	①　あり（内容：1泊3,000円にて利用可） 2　なし
入居定員	30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）

（職員別の職員数）

	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		
生活相談員				
直接処遇職員				
介護職員				
看護職員				
機能訓練指導員				
計画作成担当者				
栄養士				
調理員	3	1	2	
事務員				
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
社会福祉士			
介護福祉士			
実務者研修の修了者			
初任者研修の修了者			
介護支援専門員			

（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
看護師及び准看護師			
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			
はり師			
きゅう師			

（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	人	人
介護職員	2人	2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	
		資格等の名称	介護福祉士
		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											
業務に従事した経験年数に応じた職員の人数	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　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		
利用料金の改定　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		要介護１	要介護５
	年齢		70歳	90歳
居室の状況	床面積		12.33㎡	12.33㎡
	便所		1　あり　②　なし	1　あり　②　なし
	浴室		1　あり　②　なし	1　あり　②　なし
	台所		1　あり　②　なし	1　あり　②　なし
入居時点で必要な費用	前払金		なし	なし
	敷金		なし	なし
月額費用の合計			月額　108,490円	月額　108,490円
家賃			月額　28,000円	月額　28,000円
サービス費用	特定施設入居者生活介護※1の費用			
	介護保険外※2	食費の費用	月額　40,500円	月額　40,500円
		管理費	月額　27,000円	月額　27,000円
		介護費用		
		光熱水費	月額　15,000円	月額　15,000円
		その他		

※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）

費用	算定根拠
家賃	月額　28,000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	月額　27,000円 1　施設共有部の維持管理費用 2　事務管理部の事務費
食費	朝食370円　昼食530円　夕食450円
光熱水費	月額15,000円 ※冬季暖房費（10～翌4月）月額9,000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

費用	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（上乗せサービス）	
※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【冒頭に記載した記入日現在】

（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	人
	75歳以上85歳未満	人
	85歳以上	人
要介護度別	自立	人
	要支援１	人
	要支援２	人
	要介護１	人
	要介護２	人
	要介護３	人
	要介護４	人
	要介護５	人
入居期間別	６ヶ月未満	人
	６ヶ月以上１年未満	人
	１年以上５年未満	人
	５年以上10年未満	人
	10年以上15年未満	人
	15年以上	人

（入居者の属性）

平均年齢	歳
入居者数の合計	人
入居率※	%
※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	人
	社会福祉施設	人
	医療機関	人
	死亡者	人
	その他	人
生前解約の状況	施設側の申し出	人
		（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		プレジール永山
電話番号		0166-73-7800
対応している時間	平日	８時30分から17時30分
	土曜	なし
	日曜・祝日	なし
定休日		土・日・祝祭日，12月31日～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対応）

損害賠償責任保険の加入状況	①　あり	事業活動の遂行に起因する事故、業務の結果に起因する事故、保管物事故等への賠償保障。 取扱：あいおいニッセイ同和損害保険
	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　あり	（その内容）
	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	
		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

<table>
<tr><td rowspan="4">運営懇談会</td><td colspan="2">① あり</td><td>（開催頻度）年 1 回</td></tr>
<tr><td colspan="3">2 なし</td></tr>
<tr><td rowspan="2"></td><td>① 代替措置あり</td><td>内容を郵送での通知</td></tr>
<tr><td colspan="2">2 代替措置なし</td></tr>
<tr><td>提携ホームへの移行
【表示事項】</td><td colspan="3">1 あり（提携ホーム名：）
② なし</td></tr>
<tr><td>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</td><td colspan="3">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</td></tr>
<tr><td>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</td><td colspan="3">1 あり ② なし</td></tr>
<tr><td>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</td><td colspan="3">① あり 2 なし</td></tr>
<tr><td>合致しない事項がある場合</td><td colspan="3"></td></tr>
<tr><td>「６.既存建築物等の活用の場合等の特例」への適合性</td><td colspan="3">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</td></tr>
<tr><td colspan="2">有料老人ホーム設置運営指導指針の不適合事項</td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td colspan="2">不適合事項がある場合の内容</td><td colspan="2"></td></tr>
</table>

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 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 事業主体が旭川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		エーエイチツーワイ株式会社ケアステーションオスピタリ	旭川市１０条通２１丁目１番地１３
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		エーエイチツーワイ株式会社ケアプラン相談室オスピタリテ	旭川市１０条通２１丁目１番地１３
＜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・日常生活総合支援事業＞				
第１号訪問予防事業	あり		エーエイチツーワイケアステーションオスピタリ	旭川市１０条通２１丁目１番地１３
第１号通所予防事業	あり	なし		
第１号介護予防支援予防事業	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	
	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	料金※2	備　考	
介護サービス									
食事介助	な　し		な　し						
排泄介助・おむつ交換	な　し		な　し						
おむつ代			な　し					※介護が必要な方は、在宅介護サービスを利用することが可能です。	
入浴（一般浴）介助・清拭	な　し		な　し						
特浴介助	な　し		な　し						
身辺介助（移動・着替え等）	な　し		な　し						
機能訓練	な　し		な　し						
通院介助（協力医療機関）	な　し		な　し						
通院介助（協力医療機関以外）	な　し			あ　り		○	1,100円/30分	車移動、医院内対応	
生活サービス									
居室清掃	な　し		な　し						
リネン交換	な　し		な　し						
日常の洗濯	な　し		な　し						
居室配膳・下膳	な　し		な　し						
入居者の嗜好に応じた特別な食事				あ　り		○		実費	
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（通常の利用区域）	な　し		な　し			○		※必要に応じ、在宅介護サービスを利用することが可能です。	
買い物代行（上記以外の区域）	な　し		な　し			○		※必要に応じ、在宅介護サービスを利用することが可能です。	
役所手続き代行	な　し			あ　り	○				
金銭・貯金管理	な　し			あ　り	○				
健康管理サービス									
定期健康診断				あ　り		○		実費(年１回以上)	
健康相談	な　し			あ　り	○				
生活指導・栄養指導	な　し			あ　り	○				
服薬支援	な　し			あ　り	○				
生活リズムの記録（排便・睡眠等）	な　し			あ　り	○				
入退院時・入院中のサービス									
移送サービス	な　し		な　し						
入退院時の同行（協力医療機関）	な　し		な　し						
入退院時の同行（協力医療機関以外）	な　し		な　し						
入院中の洗濯物交換・買い物	な　し		な　し						
入院中の見舞い訪問	な　し		な　し						

※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、サービス利用の都度払いによる場合に応じて、いずれかの欄に〇を記入する。
※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。