

# 重要事項説明書

	記入年月日	令和5年10月28日
記入者名	日野政典	所属・職名
		株式会社ふれ愛センターつどい

## 1. 事業主体概要

事業主体の名称、主たる事務所の所在地及び電話番号その他の連絡先		
事業主体の名称	法人等の種類	株式会社
	名称(ふりがな) かぶしきかいしゃふれあいせんたーつどい 株式会社 ふれ愛センターつどい	
事業主体の主たる事務所の所在地	〒 396-0022	長野県伊那市御園1407-1
事業主体の連絡先	電話番号	0265-71-8088
	FAX番号	0265-71-8002
	ホームページアドレス	なし あり:http://
	電子メールアドレス	fureai-tsudoi@za.wakwak.com
事業主体の代表者の氏名及び職名	氏 名	北原秀子
	職 名	代表取締役
事業主体の設立年月日	平成22年3月25日	

事業主体が長野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	あり	なし		
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>				
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		
居宅介護支援	あり	なし	ふれ愛センターつどい	伊那市御園1407-1
<居宅サービス>				
介護予防訪問介護	あり	なし		
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		
介護予防通所介護	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		
介護予防特定福祉用具販売	あり	なし		
<地域密着型予防介護サービス>				
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>				
<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		

2. 施設概要

施設の名称、所在地及び電話番号その他の連絡先		
施設の名称	(ふりがな) ふれあいせんた一つどいじゅたくがたゆうりょうろうじんほ一む ふれ愛センター一つどい 住宅型有料老人ホーム	
施設の所在地	〒 396-0022	長野県伊那市御園2318番地
施設の連絡先	電話番号	0265-71-8080
	FAX番号	0265-71-8001
	ホームページアドレス	(なし) あり:http://
	電子メールアドレス	fureai-tsudoi@za.wakwak.com
施設の開設年月日	平成24年7月10日	
施設の管理者の 氏名及び職名	氏 名	日野政典
	職 名	管理者
施設までの主な利用交通手段		
JR飯田線伊那北駅下車し徒歩15分		
施設の類型及び表示事項	施設の類型 : 住宅型有料老人ホーム 住居の権利状態 : 賃貸方式 利用料支払方式 : 月払い方式 入居時の要件 : おおむね60歳以上の方 居室区分 : 7室(全室個室) 介護に係る職員体制: 無し	
介護保険事業所番号		
特定施設入居者生活介護の事業の開始年月日又は開始予定年月日、指定又は許可を受けた年月日(指定又は許可の更新を受けた場合にはその年月日)		
	事業の開始(予定)年月日	
	指定の年月日	
	指定の更新年月日	

3. 従業者に関する事項

職種別の従業者の人数及びその勤務形態						
有料老人ホームの人数及びその勤務形態						
実人数	常勤		非常勤		合計	常勤換算人数
	専従	非専従	専従	非専従		
施設長		1			1	0.6
生活相談員						
看護職員						
介護職員		3		3	6	3
機能訓練指導員						
計画作成担当者						
栄養士						
調理員						
事務員						
その他従業者						
1週間のうち、常勤の従業者が勤務すべき時間数						40
※ 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。						
従業者である介護職員が有している資格						
延べ人数	常勤		非常勤			
	専従	非専従	専従	非専従		
社会福祉士						
介護福祉士		2				
介護職員基礎研修						
訪問介護員 1級						
2級					1	
3級						
介護支援専門員		1				
従業者である機能訓練指導員が有している資格						
延べ人数	常勤		非常勤			
	専従	非専従	専従	非専従		
理学療法士						
作業療法士						
言語聴覚士						
看護師及び准看護師						
柔道整復士						
あん摩マッサージ指圧師						
夜勤を行なう看護職員及び介護職員の数	最少時の人数(宿直の従業者を除いた人数)					1
	平均時の人数					1

特定施設入居者生活介護の提供に当たる従業者の人数及びその勤務形態						
実人数	常勤		非常勤		合計	常勤換算 人数
	専従	非専従	専従	非専従		
生活相談員						
看護職員						
介護職員						
機能訓練指導員						
計画作成担当者						
その他従業者						
1週間のうち、常勤の従業者が勤務すべき時間数						
※ 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。						
従業者である介護職員が有している資格						
延人数	常勤		非常勤			
	専従	非専従	専従	非専従		
社会福祉士						
介護福祉士						
介護職員基礎研修						
訪問介護員 1級						
2級						
3級						
介護支援専門員						
従業者である機能訓練指導員が有している資格						
延人数	常勤		非常勤			
	専従	非専従	専従	非専従		
理学療法士						
作業療法士						
言語聴覚士						
看護師及び准看護師						
柔道整復士						
あん摩マッサージ指圧士						
管理者の他の職務との兼務の有無					なし	あり
管理者が有している当該業務に係る資格等		なし	あり	資格等の名称 介護福祉士、社会福祉主事		
特定施設入居者生活介護の利用者に対する看護職員及び介護職員の常勤換算方法による人数の割合						

従業者の当該介護サービスに係る業務に従事した経験年数等

	看護職員		介護職員		生活相談員	
	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						
1年未満の者の人数						
1年以上3年未満の者の人数			1	1		
3年以上5年未満の者の人数			1	2		
5年以上10年未満の者の人数			1			
10年以上の者の人数						
	機能訓練指導員		計画作成担当者			
	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						
1年未満の者の人数						
1年以上3年未満の者の人数						
3年以上5年未満の者の人数						
5年以上10年未満の者の人数						
10年以上の者の人数						
従業者の健康診断の実施状況	なし	あり	採用時に	なし	あり	

#### 4. サービスの内容

施設の運営に関する方針		
<p>住み慣れた地域で暮らし続ける為の支援を行うとともに、個々の生活の仕方を尊重した生活の場を提供する。</p>		
介護サービスの内容、利用定員等		
個別機能訓練の実施(介護報酬の加算)の有無	なし	あり
夜間看護体制加算(介護報酬の加算)の有無	なし	あり
人員配置が手厚い介護サービスの実施の有無	なし	あり
入居者の安否確認の実施状況	朝 毎食時	その他( )
利用者の個別的な選択による介護サービスの実施状況	別紙	
協力医療機関の名称	医療法人 保健同人会 田中病院	
(協力の内容)	①入居者の健康診断、診療及び治療、健康指導 ②夜間及び休日を含む緊急時の診療	
協力歯科医療機関	なし	あり その名称 はるみデンタルクリニック
(協力の内容)	希望による歯科検診、及び治療。	
要介護時における居室の住み替えに関する事項		
要介護時に介護を行なう場所		
<p>ご利用者の希望する居宅サービス事業者を選択し、ご自分の居室にて介護を受けられま</p>		

入居後に居室を住み替える場合		
一時介護室へ移る場合		
判断基準・手続きについて		
(その内容)		
追加的費用の有無	<input checked="" type="radio"/> なし	<input type="radio"/> あり
居室利用権の取扱い		
(その内容)		
入居一時金償却の調整の有無	<input checked="" type="radio"/> なし	<input type="radio"/> あり
従前の居室からの面積の増減の有無	<input checked="" type="radio"/> なし	<input type="radio"/> あり
従前居室等の仕様の変更		
便所の変更の有無	<input checked="" type="radio"/> なし	<input type="radio"/> あり
浴室の変更の有無	<input checked="" type="radio"/> なし	<input type="radio"/> あり
洗面所の変更の有無	<input checked="" type="radio"/> なし	<input type="radio"/> あり
台所の有無	<input checked="" type="radio"/> なし	<input type="radio"/> あり
その他の変更の有無	<input checked="" type="radio"/> なし	<input type="radio"/> あり
(その内容)		
介護居室へ移る場合		
判断基準・手続きについて		
(その内容)		
追加的費用の有無	<input checked="" type="radio"/> なし	<input type="radio"/> あり
居室利用権の取扱い		
(その内容)		
入居一時金償却の調整の有無	<input checked="" type="radio"/> なし	<input type="radio"/> あり
従前の居室からの面積の増減の有無	<input checked="" type="radio"/> なし	<input type="radio"/> あり
従前居室等の仕様の変更		
便所の変更の有無	<input checked="" type="radio"/> なし	<input type="radio"/> あり
浴室の変更の有無	<input checked="" type="radio"/> なし	<input type="radio"/> あり
洗面所の変更の有無	<input checked="" type="radio"/> なし	<input type="radio"/> あり
台所の有無	<input checked="" type="radio"/> なし	<input type="radio"/> あり
その他の変更の有無	<input checked="" type="radio"/> なし	<input type="radio"/> あり
(その内容)		

その他	<input checked="" type="radio"/> なし	<input type="radio"/> あり
判断基準・手続きについて (その内容)		
追加的費用の有無	<input checked="" type="radio"/> なし	<input type="radio"/> あり
居室利用権の取扱い (その内容)		
入居一時金償却の調整の有無	<input checked="" type="radio"/> なし	<input type="radio"/> あり
従前の居室からの面積の増減の有無	<input checked="" type="radio"/> なし	<input type="radio"/> あり
従前居室等の仕様の変更		
便所の変更の有無	<input checked="" type="radio"/> なし	<input type="radio"/> あり
浴室の変更の有無	<input checked="" type="radio"/> なし	<input type="radio"/> あり
洗面所の変更の有無	<input checked="" type="radio"/> なし	<input type="radio"/> あり
台所の有無	<input checked="" type="radio"/> なし	<input type="radio"/> あり
その他の変更の有無 (その内容)	<input checked="" type="radio"/> なし	<input type="radio"/> あり
施設の入居に関する要件		
自立している者を対象	<input checked="" type="radio"/> なし	<input type="radio"/> あり
要支援の者を対象	<input checked="" type="radio"/> なし	<input type="radio"/> あり
要介護の者を対象	<input checked="" type="radio"/> なし	<input type="radio"/> あり
留意事項	おおむね60歳以上の方で、多人数による共同生活を営むことに支障がない方でしたらどなたでも入居出来ます。	
契約の解除の内容	<input type="radio"/> ご入居様が逝去された場合 <input type="radio"/> 常時、医療的支援が必要となった場合 <input type="radio"/> ご入居様から入居契約の定めに従って契約解除する場合 <input type="radio"/> ご入居様が入居契約に定める事業者からの契約解除の事項に違反した場合	
体験入居の内容	なし	
入居定員	7名	
その他		

入居者の状況

入居者の人数(報告に関する計画の基準日の前月末日)

	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5	合計
65歳未満						0
65歳以上75歳未満						0
75歳以上85歳未満			1			1
85歳以上		1	2	1	2	6
	自立	要支援1	要支援2	経過的介護		合計
65歳未満						0
65歳以上75歳未満						0
75歳以上85歳未満						0
85歳以上						0

入居者の平均年齢

入居者の男女別人数	男性		女性	7
-----------	----	--	----	---

入居率(一時的に不在となっている者を含む。)	100%
------------------------	------

前年度に有料老人ホームを退去した者の人数

移転先等	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5	合計
自宅等						0
社会福祉施設						0
医療機関						0
死亡者						0
その他( )						0
移転先等	自立	要支援1	要支援2	経過的介護		合計
自宅等						0
社会福祉施設						0
医療機関						0
死亡者						0
その他( )						0

入居者の入居期間

入居期間	6か月未満	6か月以上1年未満	1年以上5年未満	5年以上10年未満	10年以上15年未満	15年以上
入居者数			4	3		

施設、設備等の状況						
建物の構造	建築基準法第2条第9号の2に規定する耐火建築物			<input type="radio"/> なし	<input checked="" type="radio"/> あり	
	建築基準法第2条第9号の3に規定する準耐火建築物			<input type="radio"/> なし	<input checked="" type="radio"/> あり	
居室の状況	区 分		室数	人数	1の居室の床面積	
	一般居室個室	<input type="radio"/> なし <input checked="" type="radio"/> あり	5		13	m <sup>2</sup>
	一般居室個室	<input type="radio"/> なし <input checked="" type="radio"/> あり	2		16.8	m <sup>2</sup>
	一般居室相部屋	<input type="radio"/> なし <input checked="" type="radio"/> あり				m <sup>2</sup>
						m <sup>2</sup>
	介護居室個室	<input type="radio"/> なし <input checked="" type="radio"/> あり				m <sup>2</sup>
	介護居室相部屋	<input type="radio"/> なし <input checked="" type="radio"/> あり				m <sup>2</sup>
						m <sup>2</sup>
	一時介護室	<input type="radio"/> なし <input checked="" type="radio"/> あり				m <sup>2</sup>
廊下の幅	中廊下(向かい合いの居室に面している廊下)		3 m	その他の廊下	3 m	
共同便所の設置数	1	うち男女別の対応が可能な数			1	
		うち車椅子等の対応が可能な数			1	
個室の便所の設置数	0	個室における便所の設置割合			0	
		うち車椅子等の対応が可能な数			0	
浴室の設備状況	浴室の数	個浴	大浴槽	特殊浴槽	リフト浴	
		1	0	0	0	
その他、浴室の設備に関する事項						
食堂の設備状況	テーブル、イス、テレビ、					
入居者等が調理を行なう設備状況				<input type="radio"/> なし	<input checked="" type="radio"/> あり	
その他、共用施設の設備状況						
<input type="radio"/> なし	<input checked="" type="radio"/> あり	(その内容) ウッドデッキ				
バリアフリーの対応状況						
(その内容)		全館バリアフリー				
緊急通報装置の設置状況	<input type="radio"/> なし	一部あり( )	<input checked="" type="radio"/> 各居室内にあり			
非常警報設備の設置状況	<input type="radio"/> なし	<input checked="" type="radio"/> あり				
スプリンクラー設備の設置状況	<input type="radio"/> なし	一部あり( )	<input checked="" type="radio"/> 各居室内にあり			
外線電話回線の設置状況	<input type="radio"/> なし	<input checked="" type="radio"/> 一部あり( )	各居室内にあり			
テレビ回線の設置状況	<input type="radio"/> なし	一部あり( )	<input checked="" type="radio"/> 各居室内にあり			
施設の敷地に関する事項						
敷地の面積		744.69m <sup>2</sup>				
事業所を運営する法人が所有	<input type="radio"/> なし	一部あり	<input checked="" type="radio"/> あり			
抵当権の設定		なし	<input checked="" type="radio"/> あり			
貸借(借地)						
<input checked="" type="radio"/> なし	あり	契約期間	始		終	
契約の自動更新				<input type="radio"/> なし	<input checked="" type="radio"/> あり	
施設の建物に関する事項						
建物の延床面積		414.1m <sup>2</sup>				
事業所を運営する法人が所有	<input type="radio"/> なし	一部あり	<input checked="" type="radio"/> あり			
抵当権の設定		なし	<input checked="" type="radio"/> あり			
貸借(借家)						
<input checked="" type="radio"/> なし	あり	契約期間	始		終	
契約の自動更新				<input type="radio"/> なし	<input checked="" type="radio"/> あり	

利用者からの苦情に対応する窓口等の状況			
事業主体や施設に設置している利用者からの苦情に対応する窓口			
窓口の名称	苦情相談窓口		
電話番号	0265-71-8080		
対応している時間	平日	午前8時30分～午後5時30分	
	土曜	午前8時30分～午後5時30分	
	日曜・祭日	午前8時30分～午後5時30分	
定休日等			
上記以外の利用者からの苦情に対応する主な窓口等			
窓口の名称	伊那市役所		
電話番号	0265-78-4111		
対応している時間	平日	午前8時30分～午後5時15分	
	土曜	休み	
	日曜・祭日	休み	
定休日等	土曜日、日曜日、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			
なし	<input checked="" type="radio"/>	(その内容) 株式会社 損害保険ジャパン 傷害総合保険	
その他、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に関する事			
なし	<input checked="" type="radio"/>	(その内容) 株式会社 損害保険ジャパン 傷害総合保険	
サービスの提供内容に関する特色等			
(その内容) 住み慣れた地域で暮らし続ける為の支援を行うとともに、個々の生活の仕方を尊重した生活の場を提供する。			
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り組みの状況			
<input checked="" type="radio"/>	あり	実施した年月日	
		当該結果の開示状況	<input checked="" type="radio"/> あり
			開示の方法
第三者による評価の実施状況			
<input checked="" type="radio"/>	あり	実施した年月日	
		実施した評価機関の名称	
		当該結果の開示状況	なし
			あり
			開示の方法

5. 利用料金

年齢により一時金の料金が異なる場合	<input checked="" type="radio"/> なし	<input type="radio"/> あり	
一時金に関する費用			
①居室に要する一時金(一般居室や介護居室、共用部分の利用のための家賃相当額に充当されるもの)	<input checked="" type="radio"/> なし	<input type="radio"/> あり	
名称			
	最低の額	最高の額	
人の入居の場合	円	円	
	最低の額	最高の額	
人の入居の場合	円	円	
	最低の額	最高の額	
人の入居の場合	円	円	
一時金の償却に関する事項			
償却開始	入居をした月	<input checked="" type="radio"/> なし	<input type="radio"/> あり
	上記以外	(その内容)	
初期償却率(%)			
償却年月数			
解約時返還金の算定方法			
保全措置の実施状況	<input checked="" type="radio"/> なし	<input type="radio"/> あり (その内容)	
②利用者の選定による介護サービス利用料 (人員配置が手厚い場合の介護サービス)			
<input checked="" type="radio"/> なし <input type="radio"/> あり			
(「あり」の場合、その内容及び利用料)			
「あり」の場合、介護保険給付及び利用者負担分による収入によって賄えない額に 充当するものとして合理的な算定根拠			
	<input checked="" type="radio"/> なし	<input type="radio"/> あり	
名称			
一時金の償却に関する事項			
償却開始	入居をした月	<input checked="" type="radio"/> なし	<input type="radio"/> あり
	サービス提供を開始した月	<input checked="" type="radio"/> なし	<input type="radio"/> あり
	上記以外	(その内容)	
初期償却率(%)			
償却年月数			
解約時返還金の算定方法			
保全措置の実施状況	<input type="radio"/> なし	<input type="radio"/> あり (その内容)	

③利用者の個別的な選択による介護サービス利用料		なし	<input checked="" type="radio"/> あり
(「あり」の場合、その内容及び利用料) 別紙「介護サービス等の一覧表」のとおり			
名称			
一時金の償却に関する事項			
償却開始	入居をした月	なし	あり
	サービス提供を開始した月	なし	あり
	上記以外	(その内容)	
初期償却率(%)			
償却年月数			
解約時返還金の算定方法			
保全措置の実施状況			
なし	あり	<input type="radio"/> なし <input checked="" type="radio"/> あり (「ありの場合、その内容」)	
④その他に要する一時金		なし	<input checked="" type="radio"/> あり
(「あり」の場合、その内容及び利用料) 敷金として家賃の2ヶ月分			
名称		敷金	
解約時返還金の算定方法		敷金、全額返金	
保全措置の実施状況			
<input checked="" type="radio"/> なし	あり	<input checked="" type="radio"/> なし <input type="radio"/> あり (「ありの場合、その内容」)	
一時金に対する留意事項等			
なし	<input checked="" type="radio"/> あり	<input type="radio"/> なし <input checked="" type="radio"/> あり (「ありの場合、その内容」) 敷金、全額返還(敷金については退去時に居室クリーニングさせていただき、残金を返金いたします。)	

介護保険給付以外のサービスに要する費用																			
月額の場合の利用料の額		計	107,600 円 ~ 117,400 円																
管理費	なし <input checked="" type="radio"/> あり	(1ヶ月30日の場合)	25,200 円																
(「あり」の場合、その用途) 日額800円。事務管理部門の person 費、事務費、入居者様に対する日常生活支援サービス提供のための person 費、共用施設等の維持管理費。																			
食費	なし <input checked="" type="radio"/> あり	(1ヶ月30日の場合)	37,800 円																
(「あり」の場合、その用途) <table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width:50%;">内訳</td> <td style="width:25%;">朝食</td> <td style="width:10%;">315</td> <td style="width:15%;">円</td> </tr> <tr> <td>欠食した場合の扱い</td> <td>昼食</td> <td>420</td> <td>円</td> </tr> <tr> <td>欠食分を差し引いた金額で</td> <td>夕食</td> <td>525</td> <td>円</td> </tr> <tr> <td>のご請求となります。</td> <td>その他(特別食)</td> <td>実費にて</td> <td>円</td> </tr> </table>				内訳	朝食	315	円	欠食した場合の扱い	昼食	420	円	欠食分を差し引いた金額で	夕食	525	円	のご請求となります。	その他(特別食)	実費にて	円
内訳	朝食	315	円																
欠食した場合の扱い	昼食	420	円																
欠食分を差し引いた金額で	夕食	525	円																
のご請求となります。	その他(特別食)	実費にて	円																
光熱水費	なし <input checked="" type="radio"/> あり	(1ヶ月30日の場合)	12,600 円																
(「あり」の場合、その内訳) <table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width:25%;">共有部分</td> <td style="width:15%;">実費</td> <td style="width:15%;">一定額</td> <td style="width:15%;">210</td> <td style="width:10%;">円</td> </tr> <tr> <td>個室部分</td> <td>実費</td> <td><input checked="" type="radio"/> 一定額</td> <td>210</td> <td>円</td> </tr> </table>				共有部分	実費	一定額	210	円	個室部分	実費	<input checked="" type="radio"/> 一定額	210	円						
共有部分	実費	一定額	210	円															
個室部分	実費	<input checked="" type="radio"/> 一定額	210	円															
利用者の個別的な選択による介護サービス利用料																			
人員配置が手厚い場合の介護サービス		<input checked="" type="radio"/> なし	あり																
(「あり」の場合、その内容及び利用料)																			
「あり」の場合、介護保険給付及び利用者負担による収入によって賄えない額に 充当するものとしての合理的な算定根拠		<input checked="" type="radio"/> なし	あり																
個別的な選択による介護サービス		<input checked="" type="radio"/> なし	あり																
(「あり」の場合、その内容及び利用料)																			
家賃相当額	なし <input checked="" type="radio"/> あり	居室Aタイプ月額 32,000円 居室Bタイプ月額 41,800円																	
その他に必要な月額利用料		なし	<input checked="" type="radio"/> あり																
(「あり」の場合、その内容及び利用料)																			
洗濯1回210円 介護支援費31000円(月額)																			
その他、一時金及び利用料以外に必要な利用料		なし	<input checked="" type="radio"/> あり																
(「あり」の場合、その内容及び利用料) 入居時に敷金をいただきます。 敷金:家賃の2ヶ月分(退去時全額返金)																			

添付書類:「介護サービス等の一覧表」

※ \_\_\_\_\_ 様 ⑩

説明年月日 令和 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

説明者署名 \_\_\_\_\_ ⑩

※契約を前提として説明を行なった場合は、説明を受けた者の署名を求める。

## 介護サービス等の一覧表

	特定施設入居者生活介護費で、実施するサービス		特定施設入居者生活介護費、各種一時金、月額の利用料等で、実施するサービス		別途利用料を徴収した上で、実施するサービス		備考(提供頻度等)
介護サービス							
食事介助	なし	あり	なし	あり	なし	あり	外部サービス(訪問介護等)を利用
排せつ介助・おむつ交換	なし	あり	なし	あり	なし	あり	外部サービス(訪問介護等)を利用
おむつ代	なし	あり	なし	あり	なし	あり	実費にて
入浴(一般浴)介助・清拭	なし	あり	なし	あり	なし	あり	外部サービス(訪問介護等)を利用
特浴介助	なし	あり	なし	あり	なし	あり	外部サービス(訪問介護等)を利用
身辺介助(体位交換・移動・着替え等)	なし	あり	なし	あり	なし	あり	外部サービス(訪問介護等)を利用
機能訓練	なし	あり	なし	あり	なし	あり	外部サービス(訪問介護等)を利用
通院介助(協力医療機関)	なし	あり	なし	あり	なし	あり	外部サービス(訪問介護等)を利用
通院介助(協力医療機関以外)	なし	あり	なし	あり	なし	あり	外部サービス(訪問介護等)を利用
生活サービス							
居室清掃	なし	あり	なし	あり	なし	あり	必要に応じて実施
リネン交換	なし	あり	なし	あり	なし	あり	必要に応じて実施
日常の洗濯	なし	あり	なし	あり	なし	あり	1回210円
居室配膳・下膳	なし	あり	なし	あり	なし	あり	
入居者の嗜好に応じた特別な食事	なし	あり	なし	あり	なし	あり	実費にて
おやつ	なし	あり	なし	あり	なし	あり	
理美容師による理美容サービス	なし	あり	なし	あり	なし	あり	外部サービスを利用
買い物代行(通常の利用区域)	なし	あり	なし	あり	なし	あり	外部サービスを利用
買い物代行(上記以外の利用区域)	なし	あり	なし	あり	なし	あり	外部サービスを利用
役所手続き代行	なし	あり	なし	あり	なし	あり	外部サービスを利用
金銭・預貯金管理	なし	あり	なし	あり	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		特定施設入居者生活介護費、各種一時金、月額の利用料等で、実施するサービス		別途利用料を徴収した上で、実施するサービス		備考(提供頻度等)
健康管理サービス							
定期健康診断	なし	あり	なし	あり	なし	あり	実費にて
健康相談	なし	あり	なし	あり	なし	あり	
生活指導・栄養指導	なし	あり	なし	あり	なし	あり	
服薬支援	なし	あり	なし	あり	なし	あり	
生活リズムの記録(排便・睡眠等)	なし	あり	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	なし	あり	
入退院時の同行(協力医療機関)	なし	あり	なし	あり	なし	あり	
入退院時の同行(協力医療機関以外)	なし	あり	なし	あり	なし	あり	
入院中の洗濯物交換・買い物	なし	あり	なし	あり	なし	あり	
入院中の見舞い訪問	なし	あり	なし	あり	なし	あり	
その他のサービス							
	なし	あり	なし	あり	なし	あり	
	なし	あり	なし	あり	なし	あり	
	なし	あり	なし	あり	なし	あり	

注1 この「介護サービス等一覧表」記載のサービスには、事業主体が実施している他の介護サービス事業所が提供するサービスは含めないこと。

注2 「その他のサービス」欄は、上記以外のサービスを必要に応じて記入すること。