

重要事項説明書

記入年月日	2024年 7月1日
記入者名	橋詰未来
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	株式会社
名称	(ふりがな) (ぐりーんらいふかぶしきがいしゃ) グリーンライフ株式会社	
主たる事務所の所在地	〒565-0853 大阪府吹田市春日三丁目20番8号	
連絡先	電話番号	06-6369-0121
	FAX番号	06-6369-0163
	ホームページアドレス	http://www.greenlife-inc.co.jp/
代表者	氏名	玉井 信行
	職名	代表取締役
設立年月日	昭和・平成6年5月16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. サービス付き高齢者向け住宅事業の概要

(住まいの概要)

名称	(ふりがな) らくりはらいふこうちすぎいる 楽リハLIFE高知杉井流
----	---------------------------------------

所在地	〒780-0072 高知県高知市杉井流16-15		
主な利用交通手段	最寄駅	J R 高知駅	高知駅
	交通手段と所要時間	J R 高知駅 徒歩25分	
連絡先	電話番号	088-804-0968	
	FAX 番号	088-880-0968	
	ホームページアドレス	http://www.greenlife-inc.co.jp/facility/rakureha-life-kochisugiiro/	
管理者	氏名	橋詰 未来	
	職名	施設長	
建物の竣工日		昭和・平成	26年 2月 1日
サービス付き高齢者向け住宅事業の開始日		昭和・平成	26年 2月 1日

(類型)【表示事項】サービス付き高齢者向け住宅

3. 建物概要

土地	敷地面積	1,286 m ²			
	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 <u>※建物のみ賃貸</u>		
		抵当権の有無	1	あり	2 なし
			契約期間	1	あり
2	なし				
契約の自動更新	1	あり	2 なし		
建物	延床面積	全体	2,308.42 m ²		

	耐火構造	<input checked="" type="checkbox"/> 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 <input checked="" type="checkbox"/> 鉄骨造 地上5階建 3 木造 4 その他 ()				
	所有関係	1 事業者が自ら所有する建物				
		<input checked="" type="checkbox"/> 事業者が賃借する建物				
		抵当権の設定	1 あり <input checked="" type="checkbox"/> なし			
		契約期間	<input checked="" type="checkbox"/> あり <small>(平成26年2月1日～平成56年2月1日)</small> 2 なし			
		契約の自動更新	<input checked="" type="checkbox"/> あり 2 なし			
居室の状況	居室区分 【表示事項】	<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	<input checked="" type="checkbox"/> 有/ <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有/ <input checked="" type="checkbox"/> 無	21 m ²	60	介護居室個室
	タイプ2	<input checked="" type="checkbox"/> 有/ <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有/ <input checked="" type="checkbox"/> 無	m ²		
	タイプ3	<input checked="" type="checkbox"/> 有/ <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有/ <input checked="" type="checkbox"/> 無	m ²		
	タイプ4	<input type="checkbox"/> 有/ <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有/ <input type="checkbox"/> 無	m ²		
	タイプ5	<input type="checkbox"/> 有/ <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有/ <input type="checkbox"/> 無	m ²		
	タイプ6	<input type="checkbox"/> 有/ <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有/ <input type="checkbox"/> 無	m ²		
	タイプ7	<input type="checkbox"/> 有/ <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有/ <input type="checkbox"/> 無	m ²		
タイプ8	<input type="checkbox"/> 有/ <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有/ <input type="checkbox"/> 無	m ²			
タイプ9	<input type="checkbox"/> 有/ <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有/ <input type="checkbox"/> 無	m ²			
タイプ10	<input type="checkbox"/> 有/ <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有/ <input type="checkbox"/> 無	m ²			
※「一般居室個室」「一般居室相部屋」「介護居室個室」「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	5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	5ヶ所		
	共用浴室	5ヶ所	個室	5ヶ所		
			大浴場	ヶ所		
共用浴室における	ヶ所	チェアー浴	ヶ所			

	介護浴槽		リフト浴	ヶ所
			ストレッチャー浴	ヶ所
			その他 ()	ヶ所
	食堂	<input checked="" type="checkbox"/> 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 <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし			
エレベーター	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり (車椅子対応) <input checked="" type="checkbox"/> 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	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり 2 なし		予定
	自動火災報知設備	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり 2 なし		予定
	火災通報設備	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり 2 なし		予定
	スプリンクラー	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり 2 なし		予定
	防火管理者	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり 2 なし		予定
	防災計画	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり 2 なし		予定
その他				

4. サービスの内容

(全体の方針)

運営に関する方針	基本方針及び県の高齢者居住安定確保計画に沿って適切に運営致します。
サービスの提供内容に関する特色	施設でのご生活を「家庭の延長」とし、365日変わらない質と量のサービスと、安心に包まれた住まいを提供致します。
入浴、排せつ又は食事の介護	<input checked="" type="checkbox"/> 1 自ら実施 2 委託 3 なし
食事の提供	1 自ら実施 <input checked="" type="checkbox"/> 2 委託 3 なし
洗濯、掃除等の家事の供与	<input checked="" type="checkbox"/> 1 自ら実施 2 委託 3 なし
健康管理の供与	<input checked="" type="checkbox"/> 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	<input checked="" type="checkbox"/> 1 自ら実施 2 委託 3 なし
生活相談サービス	<input checked="" type="checkbox"/> 1 自ら実施 2 委託 3 なし

(医療連携の内容)

医療機関 ※複数選択可		<input 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 type="checkbox"/> 4 その他 ()	
協力医療機関	1	名称	愛宕病院
		住所	高知県高知市愛宕町 1 丁目 1-13
		診療科目	内科、外科、整形外科、脊椎外科、脳神経外科、婦人科、泌尿器科、眼科、耳鼻咽喉科、心療内科・精神科、皮膚科、ER 蘇生センター
		協力内容	外来での受診対応。入院対応。
	2	名称	特定医療法人久会 久病院
		住所	高知県高知市桜井町 1 丁目 2-35
		診療科目	内科、呼吸器科、消化器科、循環器科
		協力内容	外来での受診対応。入院対応。
3	名称	医療法人野並会 高知病院	
	住所	高知県高知市相生町 1-35	
	診療科目	整形外科、内科、	
	協力内容	外来での受診対応	
協力歯科医療機関		名称	なし
		住所	
		協力内容	

(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（全室介護居室であるため、原則として住み替えはありません。ただし、入居者の身体状況により介護を合理的に実施することを目的に住み替えを勧める場合がございます。）
判断基準の内容	介護居室から他の介護居室の住み替え、入居者の身体状況の変化等により事業者が介護を合理的に実行する為に必要とみなされる場合に限り居室の移動を行います。
手続きの内容	医師の意見を聴き入居者の意思を確認し身元引受人等の意見を聴き同意の上、住み替えて頂きます。
追加的費用の有無	1 あり（従前の居室のクリーニング代をご負担頂きます。） 2 なし
居室利用権の取扱い	居室を利用する権利は継続します。

(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	原則60歳以上の高齢者の方	
契約の解除の内容	賃貸借契約書 第22条（事業所による契約解除）、第23条（入居者からの解約）の内容に準じる。	
事業主体から解約を求める場合	解約条項	第12条（契約の解除）
	解約予告期間	原則90日間
入居者からの解約予告期間	原則30日間	
体験入居の内容	1 あり 2 なし	
入居定員	60人	
その他		

5. 職員体制

※サービス付き高齢者向け住宅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	常勤	非常勤	
管理者	1	1	0	1
生活相談員	0	0	0	0
直接処遇職員	19	19	0	19
介護職員	19	19	0	19
看護職員	0	0	0	0
機能訓練指導員	—	—	—	—
計画作成担当者	1	1	0	1
栄養士・調理員	外部委託	—	—	—
事務員（生活相談）	1	1	0	1
その他職員	0	0	0	—
1週間のうち、常勤の従業者が勤務すべき時間数※2				37.5時間
※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	14	14	0
実務者研修の修了者	0	0	
初任者研修の修了者	5	5	5
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～9時）				
	平均人数		最少時人数（休憩者等を除く）	
	看護職員	0	人	0
介護職員	2	人	2	人

(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	社会福祉主事任用資格							
		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				7							
前年度1年間の退職者数				7							
応じた業務に従事した経験年数に 職員の数	1年未満										
	1年以上 3年未満			2							
	3年以上 5年未満			3							
	5年以上 10年未満			7							
	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 <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	<input checked="" type="checkbox"/> 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	物価上昇、経済情勢の変動、管理運営費用の増加、環境維持費用の増加、公共料金の値上げ、その他相当事由のある場合。
	手続き	ご入居者等の意見を聴いた上で、利用料金の改定を行う。

(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	自立・要支援・要介護	
	年齢	60歳以上	歳
居室の状況	床面積	21 m ²	m ²
	便所	<input checked="" type="checkbox"/> 有 2 無	1 有 2 無
	浴室	1 有 <input checked="" type="checkbox"/> 2 無	1 有 2 無
	台所	1 有 <input checked="" type="checkbox"/> 2 無	1 有 2 無
入居時点で 必要な費用	前払金	0円	円
	敷金	94,000(北)98,000(南)円	円
月額費用の合計 税込		145,600(北)147,600(南)円	円

家賃 非課税		47,000(北)49,000(南)円	円
サービス費用	特定施設入居者生活介護 ^{※1} の費用		円
	介護保険外 ^{※2}	食費(30日の場合)税込	52,140円
		共益費(居室水道代含む)非課税	28,000円
		状況把握・生活相談費 税込	22,000円
		光熱水費(水道共益費に含む)	共益費に含まれる
その他(居室のNHK受信料・個別的な新聞購読料等)	実費負担	実費負担	
<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	地代、建設費、修繕費、借入利息、管理事務費等を基礎とし、近傍家賃を参照して算出
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。
共益費	階段、廊下等の共用部分の維持管理に必要な光熱費、上下水道使用料、清掃費、居室における水道費等
食費	52,140円※30日の場合 1日当り 1,738円 (内訳:朝食518円、昼食583円、夕食637円) ※食費は軽減税率の対象となります。
光熱水費	居室の電気代は実費負担。居室の水道費用は共益費に含まれる。
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	

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	18人
	女性	42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	10人
	85歳以上	50人

要介護度別	自立	1人
	要支援1	2人
	要支援2	1人
	要介護1	18人
	要介護2	18人
	要介護3	10人
	要介護4	6人
	要介護5	4人
入居期間別	6ヶ月未満	3人
	6ヶ月以上1年未満	10人
	1年以上5年未満	47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	88歳
入居者数の合計	60人
入居率※	100%
※ 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	0人
	社会福祉施設	1人
	医療機関	3人
	死亡者	0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	4人 (解約事由の例) 入院に伴う契約解除など

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		楽リハライフ高知杉井流 苦情処理窓口 苦情解決責任者 施設長 橋詰 未来
電話番号		088-804-0968
対応している時間	平日	9時～17時30分
	土曜	9時～17時30分
	日曜・祝日	9時～17時30分
定休日		なし

(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 あり	(その内容) あいおいニッセイ同和損害保険株式会社加入
	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) 事業者は、本契約に基づくサービスの提供に当って、万が一事故が発生し入居者の生命・身体・財産に損害が発生した場合は、不可抗力による場合を除き、速やかに入居者に対して損害の賠償を行います。但し、入居者側に重大な過失がある場合には賠償額を減ずる事があります。
	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	
2 なし		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

賃貸借契約書（入居契約） の雛形	<input type="checkbox"/> 1 入居希望者に公開 <input type="checkbox"/> 2 入居希望者に交付 <input type="checkbox"/> 3 公開していない
管理規程	<input type="checkbox"/> 1 入居希望者に公開 <input type="checkbox"/> 2 入居希望者に交付 <input type="checkbox"/> 3 公開していない
事業収支計画書	<input type="checkbox"/> 1 入居希望者に公開 <input type="checkbox"/> 2 入居希望者に交付 <input type="checkbox"/> 3 公開していない
財務諸表の要旨	<input type="checkbox"/> 1 入居希望者に公開 <input type="checkbox"/> 2 入居希望者に交付 <input type="checkbox"/> 3 公開していない
財務諸表の原本	<input type="checkbox"/> 1 入居希望者に公開 <input type="checkbox"/> 2 入居希望者に交付 <input type="checkbox"/> 3 公開していない

10. その他

運営懇談会	<input type="checkbox"/> 1 あり	(開催頻度) 年 1 回以上を予定
	<input type="checkbox"/> 2 なし	
	<input type="checkbox"/> 1 代替措置あり	(内容)
	<input type="checkbox"/> 2 代替措置なし	
提携ホームへの移行 【表示事項】	<input type="checkbox"/> 1 あり (提携ホーム名 :)	
	<input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 1 あり <input type="checkbox"/> 2 なし	
	<input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 1 あり <input type="checkbox"/> 2 なし	

住宅の登録	
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 <input checked="" type="checkbox"/> 2 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	1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし
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 西暦 _____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	あり	なし	薬リハライフ高知杉井流ヘルパーステーション	高知県高知市杉井流 16-15
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	薬リハライフ高知杉井流デイサービスセンター	高知県高知市杉井流 16-15
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	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	なし		
＜居宅介護予防サービス＞				
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		
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		

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	あり		
排泄介助・おむつ交換	なし	あり	なし	あり		
おむつ代			なし	あり		
入浴(一般浴)介助・清拭	なし	あり	なし	あり		
特浴介助	なし	あり	なし	あり		
身辺介助(移動・着替え等)	なし	あり	なし	あり		
機能訓練	なし	あり	なし	あり		
通院介助	なし	あり	なし	あり		※付添いが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	なし	あり		
リネン交換	なし	あり	なし	あり		
日常の洗濯	なし	あり	なし	あり		
居室配膳・下膳	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		
おやつ			なし	あり		
理美容師による理美容サービス			なし	あり		
買い物代行	なし	あり	なし	あり		※利用できる範囲を明確化すること
役所手続き代行	なし	あり	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			なし	あり		※回数(年〇回など)を明記すること
健康相談	なし	あり	なし	あり		
生活指導・栄養指導	なし	あり	なし	あり		
服薬支援	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		
入退院時・入院中のサービス						
入退院時の同行	なし	あり	なし	あり		※付添いができる範囲を明確化すること
入院中の洗濯物交換・買い物	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		

※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。