

(別 紙)

別紙様式

重要事項説明書

	記入年月日	/ /
記入者名	所属・職名	

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	なし <input type="checkbox"/> あり <input checked="" type="checkbox"/> 株式会社
	名称	(ふりがな) えんしゅうてつどうかぶしきかいしゃ 遠州鉄道株式会社
事業主体の主たる 事務所の所在地	〒430-8655	静岡県浜松市中区旭町12番地の1
事業主体の連絡先	電話番号	053-463-2021
	FAX番号	053-463-2008
	ホームページアドレス	なし
		<input checked="" type="checkbox"/> : http://www.entetsu.co.jp/1a-class
事業主体の代表者の 氏名及び職名	氏名	斉藤 薫
	職名	代表取締役
事業主体の設立年月日	昭和18年11月1日	

事業主体が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	①ラクラス上島 デイサービス ②ラクラス可睡の杜 デイサービス ③ラクラス富塚 デイサービス ④ラクラス中島 デイサービス ⑤ラクラス西美菌 デイサービス ⑥ラクラス見付 デイサービス ⑦ラクラス掛川 デイサービス	① 浜松市中区上島 3-37-19 ② 袋井市可睡の杜 51-7 ③ 浜松市中区富塚町 848-2 ④ 浜松市中区中島 2-11-47 ⑤ 浜松市浜北区西美菌 1027-6 ⑥ 磐田市見付 235-10 ⑦ 掛川市柳町 118-1
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	①ラクラス上島 ショートステイ ②ラクラス見付 ショートステイ	① 浜松市中区上島 3-37-19 ② 磐田市見付 235-10
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	①ラクラス可睡の杜 レジデンス	① 袋井市可睡の杜 51-7
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	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		
＜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	①ラクラス上島 デイサービス ②ラクラス可睡の杜 デイサービス ③ラクラス富塚 デイサービス ④ラクラス中島 デイサービス ⑤ラクラス西美菌 デイサービス ⑥ラクラス見付 デイサービス ⑦ラクラス掛川 デイサービス	① 浜松市中区上島 3-37-19 ② 袋井市可睡の杜 51-7 ③ 浜松市中区富塚町 848-2 ④ 浜松市中区中島 2-11-47 ⑤ 浜松市浜北区西美菌 1027-6 ⑥ 磐田市見付 235-10 ⑦ 掛川市柳町 118-1
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	①ラクラス上島 ショートステイ ②ラクラス見付 ショートステイ	① 浜松市中区上島 3-37-19 ② 磐田市見付 235-10
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	①ラクラス可睡の杜 レジデンス	① 袋井市可睡の杜 51-7
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		

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)	らくらすかみじまれじでんす ラクラス上島レジデンス	
施設の所在地	〒433-8122	静岡県浜松市上島 3-37-19	
施設の連絡先	電話番号	053-463-2016	
	FAX 番号	053-463-2008	
	ホームページアドレス	なし	
		あり : http://www.entetsu.co.jp/la-class/	

施設の開設年月日		平成27年2月1日
施設の管理者の氏名 及び職名	氏名	鈴木滋己
	職名	施設長
施設までの主な利用交通手段		
遠州鉄道「上島駅」下車。南東約100メートル		
施設の類型及び表示事項	類型：介護付有料老人ホーム（混合型特定施設入居者生活介護） 居住権利形態：利用権方式 入居時要件：混合型（自立含む） 介護保険：（介護予防）特定施設入居者生活介護（一般型） 介護居室：全室個室60室	
介護保険事業所番号	2277203663	
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	平成27年2月1日	
指定の年月日	平成27年2月1日	
指定の更新年月日	平成 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 平成27年2月1日現在						
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	1.0
生活相談員	1				1	1.0
看護職員	3				3	3.0
介護職員	17				17	17.0
機能訓練指導員	1				1	1.0
計画作成担当者	1				1	1.0
栄養士						
調理員						
事務員	1				1	1.0
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						40h
※ 常勤換算人数とは、当該事業者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	5					
介護職員基礎研修						
訪問介護員1級						
2級	3					
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						
延べ人数	常勤		非常勤			
	専従	非専従	専従	非専従		
理学療法士	1					
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						
夜勤を行う看護職員及び介護職員の数	最少時の人数（宿直の従事者を除いた人数）				2	
	平均時の人数				2	

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	1				1	1.0
看護職員	3				3	3.0
介護職員	17				17	17.0
機能訓練指導員	1				1	1.0
計画作成担当者	1				1	1.0
その他業者						
1週間のうち、常勤の従業者が勤務すべき時間数						40h
※ 常勤換算人数とは、当該事業者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	5					
介護職員基礎研修						
訪問介護員1級						
2級	3					
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						
延べ人数	常勤		非常勤			
	専従	非専従	専従	非専従		
理学療法士	1					
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						
管理者の他の職務との兼務の有無						無
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 介護支援専門員	
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						3 : 1

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						
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						
	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	

4. サービスの内容

施設の運営に関する方針			
<u>ラクラスブランドコンセプト</u> 「すべての人の心ゆたかに楽しく暮らす」をお手伝いします <u>メインコンセプト</u> 「いつまでも笑顔で、いつまでも元気に」 <u>ラクラス上島レジデンスでの取り組み</u> <ul style="list-style-type: none"> ・安心のサポート体制 ・自分らしい生活環境 ・健康維持への取り組み 			
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	<input checked="" type="checkbox"/> あり
夜間看護体制加算（介護報酬の加算）の有無		なし	<input checked="" type="checkbox"/> あり
人員配置が手厚い介護サービスの実施の有無		<input checked="" type="checkbox"/> なし	あり
利用者の個別的な選択による介護サービス 実施状況		別紙	
協力医療機関の名称	医療法人社団 心 坂の上ファミリークリニック JA 静岡厚生連 遠州病院		
(協力の内容) 入居者に対しての訪問診療、緊急時の往診、入院治療の受け入れ			
協力歯科医療機関	<input checked="" type="checkbox"/> なし	あり	その名称
(協力の内容)			
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う場所			
原則介護居室にて行います。			

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・手続について		
(その内容) 全室個室介護居室のため、一時介護室を設けておりません。		
追加的費用の有無	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり
居室利用権の取扱い		
(その内容) なし		
入居一時金償却の調整の有無	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり
従前の居室からの面積の増減の有無	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり
従前居室との仕様の変更		
便所の変更の有無	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり
浴室の変更の有無	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり
洗面所の変更の有無	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり
台所の有無	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり
その他の変更の有無	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり
(その内容)		
介護居室へ移る場合		
判断基準・手続について		
(その内容) ご入居者様の身体的・精神的・医療依存度に応じて、当施設の介護居室を移動していただく場合がございます。その際はご入居者様及びご家族様等と相談させていただきます。		
追加的費用の有無	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり
居室利用権の取扱い		
(その内容) 利用権方式は継続します。また、部屋の向きにより家賃が変わる場合がございます。		
入居一時金償却の調整の有無	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり
従前の居室からの面積の増減の有無	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり
従前居室との仕様の変更		
便所の変更の有無	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり
浴室の変更の有無	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり
洗面所の変更の有無	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり
台所の有無	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり
その他の変更の有無	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり
(その内容)		

その他	<input type="checkbox"/>	あり
判断基準・手続について (その内容)		
追加的費用の有無	<input type="checkbox"/>	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 type="checkbox"/>	あり
従前の居室からの面積の増減の有無	<input type="checkbox"/>	あり
従前居室との仕様の変更		
便所の変更の有無	<input type="checkbox"/>	あり
浴室の変更の有無	<input type="checkbox"/>	あり
洗面所の変更の有無	<input type="checkbox"/>	あり
台所の有無	<input type="checkbox"/>	あり
その他の変更の有無 (その内容)	<input type="checkbox"/>	あり
施設の入居に関する要件		
自立している者を対象	なし	<input checked="" type="checkbox"/>
要支援の者を対象	なし	<input checked="" type="checkbox"/>
要介護の者を対象	なし	<input checked="" type="checkbox"/>
留意事項		
契約の解除の内容	<p><事業者からの解除> 事業所は、やむを得ない事情がある場合には、利用者に対し 30 日間の予告期間において理由を示した文書で通知することにより、この契約を解約することができます。ただし、次の事由に該当する場合には、文書で通知することにより直ちにこの契約を解約することができます。</p> <ol style="list-style-type: none"> 利用者が事業所に支払うべきサービスの利用料金を 1 ヶ月以上滞納し、期限を定めて再三催告したにもかかわらず、その期限までにサービス利用料の支払がないとき。 利用者がこの契約を継続し難いほどの背信行為を行ったと認めるとき。 結核などの二類感染症疾患または一類感染症疾患により他の利用者の生命または健康に重大な影響を及ぼすおそれがあり、かつ治療が必要である場合 利用者やその家族の行動が他の利用者、事業所又は事業所の従業員の生命・身体・財物・信用等を傷つけ、または著しい不信行為を行うことなどによって、契約を継続しがたい重大な事情を生じさせた場合 <p><入居者からの解除> 利用者は、30 日以上予告期間において文書で事業所に届け出ることにより、この契約を解約することができます。ただし、次の事由に該当する場合には、利用者は文書で通知することにより直ちにこの契約を解約することができます。</p> <ol style="list-style-type: none"> 事業所が正当な理由なくサービスを提供しないとき。 事業所が守秘義務に違反したとき。 事業所が社会通念に逸脱する行為を行ったとき。 事業者が破産したとき。 <p>解約の申し入れは事業者の定める解約届を事業者に届け出るものとします。</p>	

入居者の状況 平成 年 月 日現在

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						
65歳以上75歳未満						
75歳以上85歳未満						
85歳以上						
	自立	要支援1	要支援2	経過的要介護		合計
65歳未満						
65歳以上75歳未満						
75歳以上85歳未満						
85歳以上						

入居者の平均年齢 歳

入居者の男女別人数 男性 女性

入居率（一時的に不在となっている者を含む。） %

前年度の有料老人ホームを退居した者の人数

	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						
社会福祉施設						
医療機関						
死亡者						
その他						
	自立	要支援1	要支援2	経過的要介護		合計
自宅等						
社会福祉施設						
医療機関						
死亡者						
その他						

入居者の入居期間

入居期間	6ヶ月未満	6ヶ月以上 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

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="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 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="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 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="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし		m ²		
	一般居室相部屋	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし		m ²		
					m ²		
					m ²		
	介護居室個室	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし	60	18.00 m ²		
	介護居室相部屋	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし		m ²		
					m ²		
				m ²			
一時介護室	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし		m ²			
共用便所の設置数	9		うち男女別の対応が可能な数		4		
			うち車椅子等の対応が可能な数		8		
個室の便所の設置数	60		個室における便所の設置割合		100%		
			うち車椅子等の対応が可能な数		100%		
浴室の設備状況	浴室の数		個浴	大浴槽	特殊浴槽	リフト浴	
			5	1	1		
その他、浴室の設備に関する事項 手すり、ナースコール、シャワーチェアを設置							
食堂の設備状況							
入居者が調理を行う設備状況				<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり		
その他、共用施設の設備状況							
<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	玄関、エントランスホール、応接室、厨房、看護・介護職員室、駐車場、リビングスペース、大浴場、介護浴室、個別浴室、便所、洗面、洗濯室、E V、健康管理室、ゲストルーム（有料）					
バリアフリーの対応状況							
(その内容) バリアフリー施設 玄関・廊下・トイレ・介護浴室には手すりを設置							
緊急通報装置の設置状況		<input type="checkbox"/> なし	一部あり		<input type="checkbox"/> 各居室内にあり		
外線電話回線の設置状況		<input type="checkbox"/> なし	一部あり		各居室内にあり		
テレビ回線の設置状況		<input type="checkbox"/> なし	一部あり		<input type="checkbox"/> 各居室内にあり		
施設の敷地に関する事項							
敷地の面積		m ² (通所介護専有含む)					
事業所を運営する法人が所有		<input type="checkbox"/> なし	一部あり		<input type="checkbox"/> あり		
抵当権の設定			<input type="checkbox"/> なし	あり			
賃貸 (借地)							
<input type="checkbox"/> なし		契約期間		始	H . .	終	H . .
		契約の自動更新			<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	
施設の建物に関する事項							

建物の延床面積 2668.019 m ² (通所介護専有含む)			
事業所を運営する法人が所有	なし	一部あり	<input checked="" type="checkbox"/> あり
抵当権の設定			<input checked="" type="checkbox"/> あり
賃借 (借家)			
<input checked="" type="checkbox"/> なし	あり	契約期間	始 H . . . 終 H . . .
		契約の自動更新	<input checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 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	053-463-2016		
対応している時間	平日	8:30~17:30	
	土曜	8:30~17:30	
	日曜・祝日	8:30~17:30	
定休日等	特になし		
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	① 浜松市役所介護保険課 ② 静岡県国民健康保険団体連合会介護苦情相談窓口		
電話番号	① 053-457-2875 ② 054-253-5590		
対応している時間	平日	① 8:30~17:15 ② 9:00~17:00	
	土曜	休日	
	日曜・祝日	休日	
定休日等			
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) 事故相談窓口 (電話番号 053-463-2016) 介護事業、製造物等、受託物に関する賠償責任、		
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こと			
<input checked="" type="checkbox"/> あり	(その内容) 事故相談窓口 (電話番号 053-463-2016) ラクラス上島レジデンス相談窓口		
サービスの提供内容に関する特色等			
(その内容) 介護・生活・健康管理などきめ細やかなサービスや季節感溢れる行事や、外出なども積極的に行ってまいります。			
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			
<input checked="" type="checkbox"/> あり	実施した年月日		
<input checked="" type="checkbox"/> なし	当該結果の開示状況	<input checked="" type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり
第三者による評価の実施状況			
<input checked="" type="checkbox"/> あり	実施した年月日		
<input checked="" type="checkbox"/> なし	実施した評価機関の名称		
<input checked="" type="checkbox"/> なし	当該結果の開示状況	<input checked="" type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり

5. 利用料金

年齢により一時金の料金が異なる場合		<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 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 type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 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 type="checkbox"/> なし
		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="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 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 type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 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の合理的な積算根拠		<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 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 type="checkbox"/> なし
		サービス提供を開始した月	<input type="checkbox"/> なし
		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="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 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		<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり
(「あり」の場合、その内容及び利用料)			

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 type="checkbox"/> なし	あり
	サービス提供を開始した月	<input type="checkbox"/> なし	あり
	上記以外	(その内容)	
初期償却 (%)			
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="checkbox"/> なし	あり	(「あり」の場合、その内容)	
④その他に要する一時金		<input type="checkbox"/> なし	あり
(「あり」の場合、その内容及び利用料)			
名称			
解約時返還金の算定方法			
保全措置の実施状況			
<input type="checkbox"/> なし	あり	(「あり」の場合、その内容)	
一時金に対する留意事項等			
<input type="checkbox"/> なし	あり	(「あり」の場合、その内容)	

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			
管理費	なし	<input checked="" type="checkbox"/> あり	60,000 円 (非課税)
(「あり」の場合、その用途) 水道光熱費・共用施設等の維持管理費・事務費・生活サービス等に係わる人件費・他			
食費	なし	<input checked="" type="checkbox"/> あり	54,000 円 (非課税)
(「あり」の場合、その内容) 1,800 円/日 [30 日計算] (非課税) 『朝食 500 円・昼食 700 円 (おやつ代含む)・夕食 600 円』 前日までに欠食の届出をした場合は、欠食した分を控除し精算させていただきます。			
光熱水費	<input checked="" type="checkbox"/> なし	あり	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="checkbox"/> 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の合理的な積算根拠		<input checked="" type="checkbox"/> なし	あり
個別的な選択による介護サービス		なし	<input checked="" type="checkbox"/> あり
(「あり」の場合、その内容及び利用料) 洗濯サービス (1回 450 円 税別)、 買い物代行サービス (指定日以外 2,000 円/時 税別) 週 2 回を超える入浴サービス (1回 2,000 円 税別)			
家賃相当額	なし	<input checked="" type="checkbox"/> あり	北向き 80,000 円 (非課税) 西向き 83,000 円 (非課税) 南向き 90,000 円 (非課税)
その他に必要な月額利用料		<input checked="" type="checkbox"/> なし	あり
(「あり」の場合、その内容及び利用料)			
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="checkbox"/> あり
(「あり」の場合、その内容及び利用料) 週 2 回を超える入浴サービス : 2,000 円/回 (税別) 洗濯サービス : 450 円/回 (税別) 外部クリーニング業者委託 : 実費 指定日以外の居室内清掃 : 2,000 円/回 (税別) 定期健康診断・インフルエンザとの予防接種 : 受診医療機関が定める実費 指定範囲外医療機関への送迎・通院介助 : 2,000 円/時間 (税別) 指定日以外の買い物代行等 : 2,000 円/時間 (税別) 要介護認定を受けてない入居者の場合の生活サービス費 : 60,000 円/月 (税別) 付き添い寝具セット 1 泊 2 日 : 1,000 円 (税別) ゲストルーム利用料 1 泊 2 日 : 4,000 円 (税別)			

*添付書類 : 「介護サービス等の一覧表」

※ _____様 ⑩

※ 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。

説明年月日 平成 年 月 日

説明者署名 _____