

別紙様式

サービス付き高齢者向け住宅 コンフォガーデン木村  
重要事項説明書

|       |                |
|-------|----------------|
| 記入年月日 | 令和 6 年 7 月 4 日 |
| 記入者名  | 山口 志代治         |
| 所属・職名 | 管理者            |

1. 事業主体概要 ※「登録事項等についての説明」を添付するため記載欄削除  
 2. 住宅概要 ※「登録事項等についての説明」を添付するため記載欄削除  
 3. 建物概要 ※「登録事項等についての説明」を添付するため記載欄削除  
 4. サービスの内容  
 (全体の方針)

|                 |                                                                                |
|-----------------|--------------------------------------------------------------------------------|
| 運営に関する方針        | 法人の基本理念である「愛情と対話」に基づき、入居者お一人おひとりの人権を尊重した介護と看護に努め、「安心と安全」で楽しい日常を過ごせるよう生活支援致します。 |
| サービスの提供内容に関する特色 | 日中・夜間ともに定時の巡視を行い安否の確認と状況把握に努め、随時、(介護支援専門員等が)日常生活でのお困り事、健康相談等をお受け致します。          |
| 入浴、排泄又は食事の介護    | 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                                                               |

(医療連携の内容)

|          |              |                                                      |                       |
|----------|--------------|------------------------------------------------------|-----------------------|
| 医療支援     |              | ① 救急車の手配<br>※複数選択可 ② 入退院の付き添い<br>③ 通院介助<br>④ その他 ( ) |                       |
| 協力医療機関   | 1            | 名称                                                   | 医療法人 至捷会 木村病院         |
|          |              | 住所                                                   | 福井県あわら市北金津 5 7 - 2 5  |
|          |              | 診療科目                                                 | 内科                    |
|          |              |                                                      | 外科                    |
|          |              |                                                      | 整形外科                  |
|          |              |                                                      | 皮膚科                   |
|          |              |                                                      | 眼科                    |
|          |              |                                                      | 泌尿器科                  |
| その他      |              |                                                      |                       |
| 協力内容     | 訪問診察及び地域医療連携 |                                                      |                       |
| 協力歯科医療機関 |              | 名称                                                   | 坂野歯科医院                |
|          |              | 住所                                                   | 福井県あわら市大溝 2 - 3 4 - 1 |
|          |              | 協力内容                                                 | 訪問診察及び地域医療連携          |

(入居に関する要件)

|                    |              |               |      |
|--------------------|--------------|---------------|------|
| 入居対象となる者<br>【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           |              | 入居契約書第 11 条   |      |
| 事業主体から解約を求める場合     | 解約条項         |               |      |
|                    | 解約予告期間       | ヶ月            |      |
| 入居者からの解約予告期間       |              | 3 0 日         |      |
| 体験入居の内容            | ① あり (内容 : ) |               |      |
|                    | 2 なし         |               |      |
| 入居定員               |              | 6 0 戸 / 6 0 名 |      |
| その他                |              |               |      |

## 5. 職員体制

|                                                                                                   | 職員数 |    |     | 常勤換算人数<br>※ 1 ※ 2 |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|----|-----|-------------------|
|                                                                                                   | 合計  |    |     |                   |
|                                                                                                   |     | 常勤 | 非常勤 |                   |
| 管理者                                                                                               | 1   | 1  |     |                   |
| 生活相談員                                                                                             | 3   | 3  |     |                   |
| 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                                                                                               |     |    |     |                   |
| 事務員                                                                                               |     |    |     |                   |
| その他職員                                                                                             |     |    |     |                   |
| 一週間のうち、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     |    |    |     |
| 実務者研修の終了者 |    |    |     |
| 初任者研修の終了者 |    |    |     |
| 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 |
| 看護師又は准看護師   |    |    |     |
| 理学療法士       |    |    |     |
| 作業療法士       |    |    |     |
| 言語聴覚士       |    |    |     |
| 柔道整復師       |    |    |     |
| あん摩マッサージ指圧師 |    |    |     |

## (夜勤を行う看護・介護職員人数)

| 夜勤帯の時間設定 ( 時 分～ 時 分) |      |                |
|----------------------|------|----------------|
|                      | 平均人数 | 最小時人数(休憩者等を除く) |
| 看護職員                 |      |                |
| 介護職員                 |      |                |

## (職員の状況)

|                          |         |          |     |        |        |           |     |         |     |         |     |      |  |
|--------------------------|---------|----------|-----|--------|--------|-----------|-----|---------|-----|---------|-----|------|--|
| 管理者                      |         | 他の業務との兼務 |     |        |        |           |     | (1) あり  |     | 2 なし    |     |      |  |
|                          |         | 業務に係る資格等 |     | (1) あり |        |           |     |         |     |         |     |      |  |
|                          |         |          |     | 資格等の名称 |        | 社会福祉施設長資格 |     |         |     |         |     |      |  |
|                          |         |          |     | 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            |         |          |     |        |        |           |     |         |     |         |     |      |  |
| 前年度 1 年間の退職者数            |         |          |     |        |        |           |     |         |     |         |     |      |  |
| 職員の人数<br>業務に従事した経験年数に応じた | 1 年未満   |          |     |        |        |           |     |         |     |         |     |      |  |
|                          | 1 年以上   |          |     |        |        |           |     |         |     |         |     |      |  |
|                          | 3 年未満   |          |     |        |        |           |     |         |     |         |     |      |  |
|                          | 3 年以上   |          |     |        |        |           |     |         |     |         |     |      |  |
|                          | 5 年未満   |          |     |        |        |           |     |         |     |         |     |      |  |
|                          | 5 年以上   |          |     |        |        | 1         |     |         |     |         |     |      |  |
|                          | 1 0 年未満 |          |     |        |        |           |     |         |     |         |     |      |  |
|                          | 1 0 年以上 |          |     |        |        | 2         |     |         |     |         |     |      |  |
| 従業者の健康診断の実施状況            |         |          |     |        | (1) あり |           |     |         |     |         |     | 2 なし |  |

6. 利用料金 ※「登録事項等についての説明」を添付するため記載欄削除

## 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         | 11 人 |
|     | 女性         | 41 人 |
| 年齢別 | 65歳未満      | 0 人  |
|     | 65歳以上75歳未満 | 1 人  |
|     | 75歳以上85歳未満 | 5 人  |
|     | 85歳以上      | 46 人 |

|       |            |      |
|-------|------------|------|
| 要介護度別 | 自立（事業対象者含） | 0 人  |
|       | 要支援 1      | 4 人  |
|       | 要支援 2      | 1 人  |
|       | 要介護 1      | 14 人 |
|       | 要介護 2      | 13 人 |
|       | 要介護 3      | 11 人 |
|       | 要介護 4      | 6 人  |
|       | 要介護 5      | 3 人  |

|       |                 |      |
|-------|-----------------|------|
| 入居期間別 | 6ヶ月未満           | 12 人 |
|       | 6ヶ月以上 1 年未満     | 5 人  |
|       | 1 年以上 5 年未満     | 28 人 |
|       | 5 年以上 1 0 年未満   | 7 人  |
|       | 1 0 年以上 1 5 年未満 |      |
|       | 1 5 年以上         |      |

（入居者の属性）

|                                               |        |
|-----------------------------------------------|--------|
| 平均年齢                                          | 90.3 歳 |
| 入居者数の合計                                       | 52 人   |
| 入居率※                                          | 85.0 % |
| ※ 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入居者も含む。 |        |

（前年度における退去者の状況）

|         |           |                          |
|---------|-----------|--------------------------|
| 退去先別の人数 | 自宅等       | 3 人                      |
|         | 社会福祉施設    | 2 人                      |
|         | 医療機関      | 3 人                      |
|         | 死亡者       | 10 人                     |
|         | その他       |                          |
| 生前解約の状況 | 施設側の申し出   |                          |
|         | 住宅から解約の場合 | （解約事由の例）                 |
|         | 入居者側の申し出  | 18 人                     |
|         |           | （解約事由の例）<br>長期間の入院加療を要す為 |

## 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)

|              |       |                           |
|--------------|-------|---------------------------|
| 窓口の名称        |       | コンフォガーデン木村                |
| 電話番号         |       | (0776) 73-3335            |
| 対応している<br>時間 | 平日    | 8時30分～17時30分              |
|              | 土曜    | —                         |
|              | 日曜・祝日 | —                         |
| 定休日          |       | 土日祝日                      |
| 窓口の名称        |       | (財) サービス付き高齢者向け住宅協会 相談窓口  |
| 電話番号         |       | 03-5645-3573              |
| 対応している<br>時間 | 平日    | 8時～17時                    |
|              | 土曜    | —                         |
|              | 日曜・祝日 | —                         |
| 定休日          |       | 土日祝日                      |
| 窓口の名称        |       | 福井県健康福祉部 長寿福祉課 介護サービスグループ |
| 電話番号         |       | (0776) 20-0332            |
| 対応している<br>時間 | 平日    | 8時30分～17時                 |
|              | 土曜    | —                         |
|              | 日曜・祝日 | —                         |
| 定休日          |       | 土日祝日                      |

(サービス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)          |
|                               | 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 | 施設の事故対応マニュアルによる |
|                               | 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<br>2 入居希望者に交付<br>3 公開していない |
| 管理規定     | ① 入居希望者に公開<br>2 入居希望者に交付<br>3 公開していない |
| 事業収支計画書  | ① 入居希望者に公開<br>2 入居希望者に交付<br>3 公開していない |
| 財務諸表の要旨  | ① 入居希望者に公開<br>2 入居希望者に交付<br>3 公開していない |
| 財務諸表の原本  | ① 入居希望者に公開<br>2 入居希望者に交付<br>3 公開していない |

## 10. その他

|                                                              |                                                                                      |              |
|--------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------|--------------|
| 運営懇談会                                                        | ① あり                                                                                 | (開催頻度) 年 1 回 |
|                                                              | 2 なし                                                                                 |              |
|                                                              | 1 代替措置あり                                                                             | (内容)         |
|                                                              | 2 代替措置なし                                                                             |              |
| 提携ホームへの移行<br>【表示事項】                                          | 1 あり (提携ホーム名: )<br>② なし                                                              |              |
| 有料老人ホーム設置時の老人<br>福祉法第 29 条第 1 項に規程<br>する届出                   | 1 あり 2 なし<br>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、<br>高齢者の居住の安定確保に関する法律第 23 条の規程に<br>より、届け出が不要 |              |
| 高齢者の居住の安定確保に関<br>する法律第 5 条第 1 項に規程<br>するサービス付き高齢者向け<br>住宅の登録 | ① あり 2 なし                                                                            |              |
| 有料老人ホーム設置運営指導<br>指針「5. 規模及び構造設備」<br>に合致しない事項                 | 1 あり ② なし                                                                            |              |
| 合致しない事項がある場<br>合の内容                                          |                                                                                      |              |





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            |    |    | 名 称                    | 所 在 地             |
|----------------------|----|----|------------------------|-------------------|
| ＜居宅サービス＞             |    |    |                        |                   |
| 訪問介護                 | あり | なし | コンフォガーデン木村訪問介護事業所      | あわらし市市姫 3-24-8    |
| 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 | 豊楽園デイサービスセンター          | 坂井市坂井町下関 42-2     |
|                      | あり | なし | ウエルネス木村デイサービスセンター      | あわらし市自由ヶ丘 2-15-23 |
| 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 | 豊楽園短期入所生活介護事業所         | 坂井市坂井町下関 42-2     |
|                      | あり | なし | ウエルネス木村短期入所生活介護事業所     | あわらし市自由ヶ丘 2-15-23 |
|                      | あり | なし | 渦池野短期入所生活介護事業所         | 坂井市坂井町下関 42-4-2   |
|                      | あり | なし | コンフォガーデン木村短期入所生活介護事業所  | あわらし市市姫 3-24-8    |
| 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 | ウエルネス木村特定施設入居者生活介護     | あわらし市自由ヶ丘 2-15-23 |
|                      | あり | なし | 特定施設入居者生活介護コンフォガーデン木村  | あわらし市市姫 3-24-8    |
| 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 | 渦池野デイサービスセンター          | 坂井市坂井町下関 42-4-2   |
| 地域密着型通所介護            | あり | なし | コンフォガーデン木村デイサービスセンター   | あわらし市市姫 3-24-8    |
| 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 | ウエルネス木村認知症対応型共同生活介護事業所 | あわらし市自由ヶ丘 2-15-23 |
|                      | あり | なし | 渦池野認知症対応型共同生活介護事業所     | 坂井市坂井町下関 42-4-2   |
| 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 | 渦池野                    | 坂井市坂井町下関 42-4-2   |
| 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 | 渦池野ケアプランセンター           | 坂井市坂井町下関 42-4-2   |
| ＜居宅介護予防サービス＞         |    |    |                        |                   |
| 介護予防訪問介護             | あり | なし | コンフォガーデン木村訪問介護事業所      | あわらし市市姫 3-24-8    |
| 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 | 豊楽園デイサービスセンター          | 坂井市坂井町下関 42-2     |
|                      | あり | なし | ウエルネス木村デイサービスセンター      | あわらし市自由ヶ丘 2-15-23 |

|  |  |    |    |                      |                |
|--|--|----|----|----------------------|----------------|
|  |  | あり | なし | コンフォガーデン木村デイサービスセンター | あわらし市市姫 3-24-8 |
|--|--|----|----|----------------------|----------------|

|                  |    |    |                        |                   |
|------------------|----|----|------------------------|-------------------|
| 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 | 豊楽園短期入所生活介護事業所         | 坂井市坂井町下関 42-2     |
|                  | あり | なし | ウエルネス木村短期入所生活介護事業所     | あわらし市自由ヶ丘 2-15-23 |
|                  | あり | なし | 潟池野短期入所生活介護事業所         | 坂井市坂井町下関 42-4-2   |
|                  | あり | なし | コンフォガーデン木村短期入所生活介護事業所  | あわらし市市姫 3-24-8    |
| 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 | ウエルネス木村特定施設入居者生活介護     | あわらし市自由ヶ丘 2-15-23 |
|                  | あり | なし | 特定施設入居者生活介護コンフォガーデン木村  | あわらし市市姫 3-24-8    |
| 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>  | あり | なし |                        |                   |
| 介護予防認知症対応型通所介護   | あり | なし | 潟池野デイサービスセンター          | 坂井市坂井町下関 42-4-2   |
| 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 | ウエルネス木村認知症対応型共同生活介護事業所 | あわらし市自由ヶ丘 2-15-23 |
|                  | あり | なし | 潟池野認知症対応型共同生活介護事業所     | 坂井市坂井町下関 42-4-2   |
| 介護予防支援           | あり | なし | 潟池野ケアプランセンター           | 坂井市坂井町下関 42-4-2   |
| <介護保険施設>         |    |    |                        |                   |
| 介護老人福祉施設         | あり | なし | 豊楽園                    | 坂井市坂井町下関 42-2     |
| 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 |                        |                   |

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用で、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                                                                          |      | 料金※3   |      | 備考                                                                          |
|                                                                                                                             |                                                                               |                                                                               |                                                                               | 都度※2 |        |      |                                                                             |
| 介護サービス                                                                                                                      |                                                                               |                                                                               |                                                                               |      |        |      |                                                                             |
| 食事介助・おむつ交換<br>排泄介助・一般浴（清拭）<br>お風呂介助（移動・着替え等）<br>特設身辺機能訓練<br>通院介助                                                            | なし<br><del>あり</del><br>なし<br>なし<br>なし                                         | あり<br><del>あり</del><br>あり<br>あり<br>あり                                         | なし<br><del>あり</del><br>あり<br>あり<br>あり                                         | ○    |        | 備考参照 | 床マット取り 20-50円/枚、紙おむつ 80-90円/枚、N・N7817 70-90円/枚<br>協力医療機関へは無料 ただしそれ以外は¥55/km |
| 生活サービス                                                                                                                      |                                                                               |                                                                               |                                                                               |      |        |      |                                                                             |
| 居室清掃・洗濯・下膳<br>リハビリの指導・応じた特別な食事<br>居室配膳・嗜好に合わせた特別な食事<br>入居者の管理<br>おやつ<br>美容師による理美容サービス<br>買い物代行<br>役所・銀行・郵便局・貯金<br>外出行き金・支援助 | なし<br>なし<br>なし<br><del>あり</del><br><del>あり</del><br><del>あり</del><br>なし<br>なし | あり<br>あり<br>あり<br><del>あり</del><br><del>あり</del><br><del>あり</del><br>あり<br>あり | なし<br>なし<br>なし<br><del>あり</del><br><del>あり</del><br><del>あり</del><br>なし<br>なし | ○    | ¥110   |      | 税込み 月の在籍日数を乗じた額<br>税込み（軽減税率）                                                |
| 健康管理サービス                                                                                                                    |                                                                               |                                                                               |                                                                               |      |        |      |                                                                             |
| 健康診断<br>定期健康相談<br>生活指導・栄養指導<br>服薬支援<br>生活リズムの記録（排便・睡眠等）                                                                     | なし<br><del>あり</del><br>なし<br>なし<br>なし                                         | あり<br><del>あり</del><br>あり<br>あり<br>あり                                         | なし<br><del>あり</del><br>あり<br>あり<br>あり                                         | ○    | ¥500   |      | 外出先までの往復に掛かった時間（30分毎に）                                                      |
| 入退院時・入院中のサービス                                                                                                               |                                                                               |                                                                               |                                                                               |      |        |      |                                                                             |
| 移転時の同行洗濯・買い物の見直し訪問<br>送迎時の同行洗濯・買い物の見直し訪問<br>入院時の同行洗濯・買い物の見直し訪問<br>入院時の同行洗濯・買い物の見直し訪問                                        | なし<br>なし<br>なし<br>なし                                                          | あり<br>あり<br>あり<br>あり                                                          | なし<br>なし<br>なし<br>なし                                                          | ○    | ¥1,000 |      | 税込み 生活支援費として月額請求<br>協力医療機関へは無料 ただしそれ以外は¥55/km<br>入院時は病室まで付添い退院時は病室まで迎え      |

※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、月額の利用料に包含され、サービスの費用に包含されず、いずれかの欄に○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。