

重要事項説明書

記入年月日	令和2年7月1日
記入者名	星野 登
所属・職名	代表取締役

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) ほしのらいふ 星のライフ株式会社	
主たる事務所の所在地	〒379-2221 群馬県伊勢崎市国定町一丁目1158番地1	
連絡先	電話番号	0270-61-6526
	FAX番号	0270-61-6527
	ホームページアドレス	http://www.hoshinolife.com
	メールアドレス	hoshinolife@asahinet.jp
代表者	氏名	星野 登
	職名	代表取締役
設立年月日	昭和・平成25年 7月29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) じゅうたくがたゆうりょうろうじんほーむ ほしのらいふくにさだ 住宅型有料老人ホーム 星のライフ国定	
所在地	〒379-2221 群馬県伊勢崎市国定町一丁目1158番地1	
主な利用交通手段	最寄駅	JR両毛線 国定駅
	交通手段と所要時間	例：①バス利用の場合 ・あおぞらバスで乗車5分、東福祉作業所停留所で下車、徒歩5分 ②自動車利用の場合 ・乗車5分
連絡先	電話番号	0270-61-6526
	FAX番号	0270-61-6527
	ホームページアドレス	http://www.hoshinolife.com
	メールアドレス	hoshinolife@asahinet.jp
管理者	氏名	越塚 國雄
	職名	事務長
建物の竣工日		昭和・平成 27年 8月 1日
有料老人ホーム事業の開始日		昭和・平成 27年 9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 <u>住宅型</u>		
4 健康型		
1又は2に 該当する場 合	介護保険事業者番号	
	指定した自治体名	群馬県(市)
	事業所の指定日	平成27年9月1日
	指定の更新日(直近)	平成 年 月 日

3. 建物概要

土地	敷地面積	1988.48 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				
		借地権の種類	1 普通借地権	2 定期借地権		
		抵当権の有無	① あり	2 なし		
		契約期間	1 あり (年 月 日～年 月 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	858.63 m ²			
		うち、老人ホーム部分	638.88 m ²			
	耐火構造	1 耐火建築物 (建築基準法第2条第9号の2) ② 準耐火建築物 (建築基準法第2条第9号の3) 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 (年 月 日～年 月 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	有/無	13 m ²	25	
	タイプ2	有/無	有/無	m ²		
	タイプ3	有/無	有/無	m ²		
	タイプ4	有/無	有/無	m ²		
	タイプ5	有/無	有/無	m ²		
タイプ6	有/無	有/無	m ²			

	タイプ7	有/無	有/無	m ²			
	タイプ8	有/無	有/無	m ²			
	タイプ9	有/無	有/無	m ²			
	タイプ10	有/無	有/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	6ヶ所	うち男女別の対応が可能な便房		3ヶ所		
			うち車椅子等の対応が可能な便房		6ヶ所		
	共用浴室	1ヶ所	個室		1ヶ所		
			大浴場		0ヶ所		
	共用浴室における介護浴槽	0ヶ所	チェアー浴		0ヶ所		
			リフト浴		0ヶ所		
			ストレッチャー浴		0ヶ所		
			その他 ()		0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		
	自動火災報知設備	①	あり	2	なし		
	火災通報設備	①	あり	2	なし		
	スプリンクラー	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)

<p>運営に関する方針</p> <p>経営理念</p> <p>利用者様の幸せと。職員の幸せを追求し、地域に愛される施設を目指します。</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. ご利用者様の主体性を尊重し、自立した生活を営めるよう、良質で安心・安全なサービスの提供に勤めます。 2. 笑顔で、その人らしく生活できるよう支援します。 3. 星のライフの職員としての自覚を持ち、接遇を大切にします。 4. ご利用者様の個人の情報やプライバシーの保護に努めます。 5. 地域社会との連携・交流を深め、「地域福祉の向上」に貢献し、地域に根差した介護に努めます。
<p>サービスの提供内容に関する特色</p>	<p>介護老人福祉施設等の待機をされている方の利用がほとんどであるため、要介護度の高い利用者にも対応できるような体制を行う。そのためには、主治医の具体的な指示のもとでスムーズに業務が行えるような経験のある職員を雇用し、健康的でアットホームな雰囲気運営する。</p>
<p>入浴、排せつ又は食事の介護</p>	<p>① 自ら実施 2 委託 3 なし</p>
<p>食事の提供</p>	<p>① 自ら実施 2 委託 3 なし</p>
<p>洗濯、掃除等の家事の供与</p>	<p>① 自ら実施 2 委託 3 なし</p>
<p>健康管理の供与</p>	<p>① 自ら実施 2 委託 3 なし</p>
<p>安否確認又は状況把握サービス</p>	<p>① 自ら実施 2 委託 3 なし</p>
<p>生活相談サービス</p>	<p>① 自ら実施 2 委託 3 なし</p>

(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

<p>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</p>	<p>個別機能訓練加算</p>	<p>1 あり 2 なし</p>
	<p>夜間看護体制加算</p>	<p>1 あり 2 なし</p>
	<p>医療機関連携加算</p>	<p>1 あり 2 なし</p>
	<p>看取り介護加算</p>	<p>1 あり 2 なし</p>
	<p>認知症専門</p>	<p>(I) 1 あり 2 なし</p>
	<p>ケア加算</p>	<p>(II) 1 あり 2 なし</p>
	<p>サービス提供体制強化</p>	<p>(I)イ 1 あり 2 なし</p>
	<p>加算</p>	<p>(I)ロ 1 あり 2 なし (II) 1 あり 2 なし</p>

		(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		

(医療連携の内容)

医療支援	※複数選択可 ① 救急車の手配 ② 入退院の付添い ③ 通院介助 4 その他 ()		
協力医療機関	1	名称	あい太田クリニック
		住所	太田市新井町578-3
		診療科目	内科・胃腸科
		協力内容	定期往診、緊急時の協力
	2	名称	伊勢崎佐波医師会病院
		住所	伊勢崎市下植木町481
		診療科目	総合
		協力内容	緊急時受け入れ体制
協力歯科医療機関	名称	芳賀歯科医院	
	住所	前橋市高花台1-9-2	
	協力内容	訪問歯科診療	

(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	状況確認のうえ判断		
手続の内容	身元引受人等の承諾		
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	原則として60歳以上		
契約の解除の内容	① 入居者が逝去した場合 ② 入居者から契約解除が行われた場合 ③ 事業者から次の項目により契約解除が行われた場合 ・入居申込書に虚偽の事項を記載する等不正な行為で入居したとき。 ・利用料その他の支払いを正当な理由なく遅滞するとき。 ・入居者が他の入居者又は従業員に危害を及ぼし、または危害の切迫した恐れがあり、ホームにおける通常の対処ではこれを防止することが出来ないとき。		
事業主体から解約を求める場合	解約条項		
	解約予告期間	1ヶ月	
入居者からの解約予告期間	1ヶ月		
体験入居の内容	① あり (内容：) 2 なし		
体験入居の費用	1泊2日 3,000円 (消費税・食事代別途)		
入居定員	25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		1
生活相談員				
直接処遇職員				
介護職員	15	8	7	3.2
看護職員				
機能訓練指導員				
計画作成担当者				
栄養士	1	1		1
調理員	3	1	2	1.8
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	7	5	2
実務者研修の修了者			
初任者研修の修了者	8	3	5
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		
柔道整復士		
あん摩マッサージ指圧師		

(夜勤を行う看護・介護職員の人数)

夜勤帯の設定時間 (19 時～ 7時)		
	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	1人	1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	
	通所介護事業所の名称	

(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				0	4						
前年度1年間の退職者数				0	2						
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						
	1年以上			3	5						
	3年未満										
	3年以上			6	2						
	5年未満										
	5年以上			1							
	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	費用の改定にあたっては、ホームが所在する地域の自治体が発表する消費者物価指数及び人件費等を勘案
	手続	運営懇談会の意見を聞いたうえで決定し、入居者および身元引受人等へ事前に通知します。

(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		
	年齢	歳	歳
居室の状況	床面積	13 m ²	m ²
	便所	1 有 ② 無	1 有 2 無
	浴室	1 有 ② 無	1 有 2 無
	台所	1 有 ② 無	1 有 2 無
入居時点で必要な費用	前払金	円	円
	敷金	円	円
月額費用の合計		112,860 円	円
家賃		40,000 円	円
サービス費用 ※2	特定施設入居者生活介護 ^{※1} の費用		円
	介護保険	食費	45,360 円
		管理費	27,500 円
		介護費用	円

	光熱水費	10,800 円	円
	その他	円	円
<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	各居室（個室）および共有設備の利用権相当額
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	各居室及び共有部分の維持管理費、事務費、生活支援費、各種消耗品費相当額
食費	朝食 324 円、昼食 540 円、夕食 540 円、おやつ 108 円（消費税 8%含む）
光熱水費	各居室の光熱費および共有部分の水道光熱費
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	入浴代 1 回 540 円（住宅にて入浴した場合）

(特定施設入居者生活介護に関する利用料金の算定根拠) ※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

費目	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（上乘せサービス）	
※ 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	入居後 3 月以内の契約終了

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	9人
	女性	16人
年齢別	65歳未満	0人
	65歳以上75歳未満	7人
	75歳以上85歳未満	7人
	85歳以上	11人
要介護度別	自立	1人
	要支援1	1人
	要支援2	0人
	要介護1	6人
	要介護2	4人
	要介護3	3人
	要介護4	8人
	要介護5	2人
入居期間別	6ヶ月未満	2人
	6ヶ月以上1年未満	1人
	1年以上5年未満	21人
	5年以上10年未満	1人
	10年以上15年未満	人
	15年以上	人
入居時の住所 地	県内	16人
	うち施設の市町村内	11人
	県外	9人

(入居者の属性)

平均年齢	81.9歳
入居者数の合計	25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		0人
	医療機関		1人
	死亡者		2人
	その他		1人
生前解約の状況	施設側の申し出		1人
		(解約事由の例) 問題行動多発のため	
	入居者側の申し出		0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	住宅型有料老人ホーム屋のライフ国定 事務室		
	0270-61-6526		
対応している時間	平日	8:30~17:30	
	土曜	8:30~17:30	
	日曜・祝日	対応なし	
定休日	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 介護保険・社会福祉事業者総合保険
	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) あいおいニッセイ同和損害保険株式会社保険契約加入
	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

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 【表示事項】	1 あり (提携ホーム名:)	
	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	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	
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	1 あり ② なし	
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 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		
不適合事項がある場合の内 容		
(公社) 全国有料老人ホーム 協会への加入	1 あり ② なし	

添付書類：別添1（別の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 平成 年 月 日

私は本書面により事業者から重要事項説明を受け同意し受領しました。

説明者署名 _____

利用者 _____

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 (ふ)	休止中
訪問入浴介護	あり (ふ)	
訪問看護	あり (ふ)	
訪問リハビリテーション	あり (ふ)	
居宅療養管理指導	あり (ふ)	
通所介護	あり (ふ)	
通所リハビリテーション	あり (ふ)	
短期入所生活介護	あり (ふ)	
短期入所療養介護	あり (ふ)	
特定施設入居者生活介護	あり (ふ)	
福祉用具貸与	あり (ふ)	
特定福祉用具販売	あり (ふ)	
<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 (ふ)	
夜間対応型訪問介護	あり (ふ)	
認知症対応型通所介護	あり (ふ)	
小規模多機能型居宅介護	あり (ふ)	
認知症対応型共同生活介護	あり (ふ)	
地域密着型特定施設入居者生活介護	あり (ふ)	
地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護	あり (ふ)	
看護小規模多機能型居宅介護	あり (ふ)	
居宅介護支援	あり なし	居宅介護支援星のライフ 伊勢崎市国定町1-1158-1
<居宅介護予防サービス>		
介護予防訪問介護	あり (な)	
介護予防訪問入浴介護	あり (な)	
介護予防訪問看護	あり (な)	
介護予防訪問リハビリテーション	あり (な)	
介護予防居宅療養管理指導	あり (な)	
介護予防通所介護	あり (な)	
介護予防通所リハビリテーション	あり (な)	
介護予防短期入所生活介護	あり (な)	
介護予防短期入所療養介護	あり (ふ)	
介護予防特定施設入居者生活介護	あり (ふ)	
介護予防福祉用具貸与	あり (ふ)	
特定介護予防福祉用具販売	あり (な)	
<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)	
介護予防小規模多機能型居宅介護	あり (な)	
介護予防認知症対応型共同生活介護	あり (な)	
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 (ふ)	
介護老人保健施設	あり (ふ)	
介護療養型医療施設	あり (ふ)	

別添2 有料老人ホーム・サービスマン・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	個別の利用料で、実施するサービス			備考
	包含※2	都度※2	料金※3	
介護サービス				
食事介助	あり	あり	あり	30分あたり1,100円（税込）
排泄介助・おむつ交換	あり	あり	あり	実費負担
おむつ代	なし	なし	なし	30分あたり1,100円（税込）
入浴（一般浴）介助・清拭	あり	あり	あり	施設内移動は無料
特浴介助	あり	あり	あり	30分あたり1,100円（税込）
身辺介助（移動・着替え等）	あり	あり	あり	
機能訓練	あり	あり	あり	
通院介助（伊勢崎市内）	あり	あり	あり	
生活サービス				
居室清掃	あり	あり	あり	1か月3,300円（週1回）
リネン交換	あり	あり	あり	1か月あたり1,100円
日常の洗濯	あり	あり	あり	1か月あたり3,300円
居室配膳・下膳	あり	あり	あり	実費負担
入居者の嗜好に応じた特別な食事	あり	あり	あり	
おやつ	あり	あり	あり	
理美容師による理美容サービス	あり	あり	あり	2カ月に1回 2,000円 他実費負担
買い物代行	あり	あり	あり	日常生活用品に限る
役所手続き代行	あり	あり	あり	実費負担
金銭・貯金管理	あり	あり	あり	事務所で管理
健康管理サービス				
定期健康診断	あり	あり	あり	年1回
健康相談	あり	あり	あり	
生活指導・栄養指導	あり	あり	あり	
服薬支援	あり	あり	あり	
生活リズムの記録（排便・睡眠等）	あり	あり	あり	
入退院時・入院中のサービス				
移送サービス	あり	あり	あり	伊勢崎市内
入退院時の同行	あり	あり	あり	
入院中の洗濯物交換・買い物	あり	あり	あり	
入院中の見舞い訪問	あり	あり	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が、月額のサービスの費用に包含される場合と、サービスの利用の都度払いによる場合に於いて、いずれかの欄に○を記入する。