

有料老人ホーム重要事項説明書 (記載例)

記入年月日	平成 27 年 7 月 1 日
記入者名	長崎 太郎
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

いずれかに

種類	個人/法人	
	法人の場合、その種類	営利法人
名称	(ふりがな) かぶしきがいしゃ ながさき 株式会社 長崎	
主たる事務所の所在地	〒 850-8570 長崎市江戸町 2-13	
連絡先	電話番号	095-895-2435
	FAX 番号	095-895-2576
	ホームページアドレス	http://www.pref.nagasaki.jp/section/choju/index.html
代表者	氏名	長崎 花子
	職名	代表取締役
設立年月日	昭和 ・ 平成	3 年 3 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) ゆうりょうろうじんほむ ながさき 有料老人ホーム 長崎	
所在地	〒 850-8570 長崎市江戸町 2-13	
主な利用交通手段	最寄駅	長崎 駅
	交通手段と所要時間	例: バス利用の場合 ・ バスで乗車 分、 停留所で下車、徒歩 分。 自動車利用の場合 ・ 乗車 分

連絡先	電話番号	095-895-2435		
	FAX番号	095-895-2576		
	ホームページアドレス	http://www.pref.nagasaki.jp/section/choju/index.html		
管理者	氏名	長崎 太郎		
	職名	施設長		
建物の竣工日		昭和・平成	27年	6月 1日
有料老人ホーム事業の開始日		昭和・平成	27年	7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	住宅型			
4	健康型 いずれかに			
1又は2に 該当する場合	介護保険事業者番号	4201234567		
	指定した自治体名	長崎 県(市)		
	事業所の指定日	平成	22年	4月 1日
	指定の更新日(直近)	平成	27年	4月 1日

3. 建物概要

土地	敷地面積	1234.5 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		
		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	987.6 m ²	
		うち、有料老人ホーム部分	併設箇所は除くこと。 543.2 m ²	
	耐火構造	1 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		
		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	2 人部屋		
		最大	4 人部屋		
	トイレ	浴室	面積	戸数・室数	区分
タイプ1	有/無	有/無	23.45 m ²	2	「介護居室個室」
タイプ2	有/無	有/無	13.45 m ²	21	「介護居室個室」
タイプ3	有/無	有/無	14.56 m ²	21	「介護居室個室」
タイプ4	有/無	有/無	2012 m ²	1	「一般居室相部屋」
タイプ5	有/無	有/無	15.67 m ²	2	「一時介護室」
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	2 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		2 ヶ所
	共用浴室	2 ヶ所	個室		1 ヶ所
			大浴場		1 ヶ所
	共用浴室における 介護浴槽	1 ヶ所	チェアー浴		ヶ所
			リフト浴		1 ヶ所
			ストレッチャー浴		ヶ所
			その他()		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)

運営に関する方針	~略~ (記載すること)		
サービスの提供内容に関する特色	~略~ (記載すること)		
入浴、排せつ、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

(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

特定施設入居者生活介護の加算の対象となるサービス体制の有無	個別機能訓練加算	1 あり	2 なし	「介護付」の場合は必ず記載すること	
	夜間看護体制加算	1 あり	2 なし		
	医療機関連携加算	1 あり	2 なし		
	看取り介護加算	1 あり	2 なし		
	認知症専門ケア加算	()	1 あり		2 なし
		()	1 あり		2 なし
	サービス提供体制強化加算	()イ	1 あり		2 なし
()ロ		1 あり	2 なし		
()		1 あり	2 なし		
()		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 入退院の付き添い	
		3 通院介助	
		4 その他()	
協力医療機関	1	名称	ながさき病院
		住所	長崎市江戸町 111-111
		診療科目	内科、外科、整形外科
		協力内容	内科医による健康相談・年2回の健康診断実施 (医療費その他費用は利用者自己負担)
	2	名称	
		住所	
		診療科目	
		協力内容	
協力歯科医療機関	名称	ながさき歯科	
	住所	長崎市江戸町 222-222	
	協力内容	年1回の健康診断実施 (医療費その他費用は利用者自己負担)	

(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	退院後など、一時的に介護を行う必要がある場合。
手続きの内容	医師の意見を聴取した上で、入居者本人の意思確認と身元引受人の意見を聴取する。

追加的費用の有無	1 あり	2 なし
居室利用権の取扱い	一時的に利用する共用施設であり、居室の利用権に変更はない。	
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
	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	65歳以上		
契約の解除の内容	入居者が死亡した場合。 入居者から契約解除が行われた場合。 事業主体から契約解除が行われた場合。 例)・月払いの利用料金を正当な理由なく3ヶ月以上滞納する場合。 ・・・・		
事業主体から解約を求める場合	解約条項	入居契約書 第10条	
	解約予告期間	2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: 1泊2日 3,500円)	
	2 なし		
入居定員	50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	
	合計			1	2
		常勤	非常勤		
管理者	1		1	0.5	
生活相談員	1	1		1.0	
直接処遇職員	17	15	2	16.6	
介護職員	15	15		15.0	
看護職員	2		2	1.6	
機能訓練指導員	1		1	0.5	

計画作成担当者	1	1		1.0
栄養士	1	1		1.0
調理員	5		5	3.5
事務員	2	2		2.0
その他職員				
1週間のうち、常勤の従事者が勤務すべき時間数	2			40時間
<p>1 常勤換算人数とは、当該事業所の従事者の勤務延時間数を当該事業所において常勤の従事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。</p> <p>2 特定施設入居者生活介護等を提供していない場合は、記入不要。</p>				

(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	5	5	
実務者研修の修了者	2	2	
初任者研修の修了者	1	1	
介護支援専門員	1	1	

(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	1		1
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)

夜間帯の設定時間 (19 時 ~ 9 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	3 人	3 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 (記入日時点の利用者数 : 常勤換算職員数)	3.01 : 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	社会福祉施設長資格認定講習						
	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		1	5					1		
前年度1年間の退職者数		1	3							
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	5					1	
	1年以上3年未満		1			1				
	3年以上5年未満			5						1
	5年以上10年未満			5						
	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	消費者物価指数及び人件費等を勘案し、必要と考えられる場合。
	手続き	運営懇談会の意見を聴取する。

(利用料金のプラン【代表的なプランを2例】)

代表的な実例を挙げて記載すること

		プラン1	プラン2	
入居者の状況	要介護度	要介護2		
	年齢	69 歳		
居室の状況	床面積	13.45 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	
	敷金	60,000 円		
入居時点で必要な費用	前払金	円		
月額費用の合計		110,000 円	145,000 円	
家賃		30,000 円	30,000 円	
サービス費用	介護保険外 2	特定施設入居者生活介護 1の費用	10,000 円	20,000 円
		食費	45,000 円	45,000 円
		管理費	15,000 円	35,000 円
		介護費用	5,000 円	10,000 円
		光熱水費	5,000 円	5,000 円
		その他	円	円
1 介護予防・地域密着型の場合を含む 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、本欄には記入しない）				

(利用料金の算定根拠)

費目	算定根拠
家賃	近辺の有料老人ホーム及び、賃貸住宅の家賃相当額を参照。
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 介護サービス利用料金表に基づき、実費を徴収。
管理費	リネン費、共用施設の維持管理費、事務費
食費	朝食 400 円、昼食 500 円、夕食 600 円の計 (1,500 円/日)
光熱水費	個別メーターにより使用量を確認し、実費を徴収。
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	おむつ代、理美容代、医師の往診の際の医療費、レクリエーションに関わる費用、電話代、放送受信料、その他個人的な支出費用

(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 に対する自己負担額	要介護度に応じて介護費用の 1~2 割を徴収する。
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)	該当なし。
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	前払金を受領している場合は、必ず記載すること。	
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		%
返還金の算定方法	入居後の3月以内の契約終了	
	入居後の3月を超えた契約終了	
前払金の保全先	1 連帯保証を行う銀行等の名称	
	2 信託契約を行う信託会社等の名称	
	3 保証保険を行う保険会社の名称	
	4 全国有料老人ホーム協会	
	5 その他(名称:)	

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		人
	女性		人
年齢別	65歳未満	~略~ (記載すること)	人
	65歳以上75歳未満		人
	75歳以上85歳未満		人
	85歳以上		人
要介護度別	自立		人
	要支援1		人
	要支援2		人
	要介護1		人
	要介護2		人
	要介護3		人
	要介護4		人
	要介護5		人
入居期間別	6ヶ月未満		人
	6ヶ月以上1年未満		人
	1年以上5年未満		人
	5年以上10年未満		人
	10年以上15年未満		人
	15年以上		人

(入居者の属性)

平均年齢		歳
入居者数の合計		人
入居率		%
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	3 人
	社会福祉施設	1 人
	医療機関	人
	死亡者	2 人
	その他	人
生前解約の状況	施設側の申し出	人 (解約事由の例)
	入居者側の申し出	4 人 (解約事由の例) ・自立に伴う、自宅への復帰に伴う申し出。 ・特別養護老人ホーム入所の順番が到来したことに伴う申し出。

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	有料老人ホーム長崎	
電話番号	095-895-2435	
対応している時間	平日	9:00~17:00
	土曜	9:00~17:00
	日曜・祝日	9:00~17:00
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) 保険会社「賠償責任保険」に加入。
	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) 保険会社「賠償責任保険」に加入。
	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	平成 27 年 5 月 1 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		実施日	平成 26 年 12 月 1 日	
	1 あり	評価機関名称	評価機構	
		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	2 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: ケアハウス長崎)		
	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	該当がある場合には、詳細を記入願います。 県から発出された通知書に記載があります。	
「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	2 なし
不適合事項がある場合の内容	該当がある場合には、詳細を記入願います。 県から発出された通知書に記載があります。	

添付書類： 別添 1 （別を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

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、政令指定都市、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	<input type="checkbox"/> なし		
訪問入浴介護	あり	<input type="checkbox"/> なし		
訪問看護	あり	<input type="checkbox"/> なし		
訪問リハビリテーション	あり	<input type="checkbox"/> なし		
居宅療養管理指導	あり	<input type="checkbox"/> なし		
通所介護	<input checked="" type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし	デイサービスセンター	長崎市江戸町 2-13
通所リハビリテーション	あり	<input type="checkbox"/> なし		
短期入所生活介護	あり	<input type="checkbox"/> なし		
短期入所療養介護	あり	<input type="checkbox"/> なし		
特定施設入居者生活介護	あり	<input type="checkbox"/> なし		
福祉用具貸与	あり	<input type="checkbox"/> なし		
特定福祉用具販売	あり	<input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> なし		
夜間対応型訪問介護	あり	<input type="checkbox"/> なし		
認知症対応型通所介護	あり	<input type="checkbox"/> なし		
小規模多機能型居宅介護	あり	<input type="checkbox"/> なし		
認知症対応型共同生活介護	あり	<input type="checkbox"/> なし		
地域密着型特定施設入居者生活介護	あり	<input type="checkbox"/> なし		
地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護	あり	<input type="checkbox"/> なし		
看護小規模多機能型居宅介護	あり	<input type="checkbox"/> なし		
居宅介護支援	あり	<input type="checkbox"/> なし		
< 居宅介護予防サービス >				
介護予防訪問介護	あり	<input type="checkbox"/> なし		
介護予防訪問入浴介護	あり	<input type="checkbox"/> なし		
介護予防訪問看護	あり	<input type="checkbox"/> なし		
介護予防訪問リハビリテーション	あり	<input type="checkbox"/> なし		
介護予防居宅療養管理指導	あり	<input type="checkbox"/> なし		
介護予防通所介護	<input checked="" type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし	デイサービスセンター	長崎市江戸町 2-13
介護予防通所リハビリテーション	あり	<input type="checkbox"/> なし		
介護予防短期入所生活介護	あり	<input type="checkbox"/> なし		
介護予防短期入所療養介護	あり	<input type="checkbox"/> なし		
介護予防特定施設入居者生活介護	あり	<input type="checkbox"/> なし		
介護予防福祉用具貸与	あり	<input type="checkbox"/> なし		
特定介護予防福祉用具販売	あり	<input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> なし		
介護予防小規模多機能型居宅介護	あり	<input type="checkbox"/> なし		
介護予防認知症対応型共同生活介護	あり	<input type="checkbox"/> なし		
介護予防支援	あり	<input type="checkbox"/> なし		
< 介護保険施設 >				
介護老人福祉施設	あり	<input type="checkbox"/> なし		
介護老人保健施設	あり	<input type="checkbox"/> なし		
介護療養型医療施設	あり	<input type="checkbox"/> 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		実費負担
入浴（一般浴）介助・清拭	なし	あり	なし	あり		円/回
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		実費負担
おやつ			なし	あり		実費負担
理美容師による理美容サービス			なし	あり		実費負担
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		円/月
健康管理サービス						
定期健康診断			なし	あり		回数（年 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						
移送サービス	なし	あり	なし	あり		
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、月額サービス費用に含まれる場合と、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「 」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。