

重要事項説明書

記入年月日	令和 5 年 7 月 1 日
記入者	梁田 マキ
所属・職名	ウェリケアリビングやすらぎ 管理者

※ 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 5 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 5 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. 設置者概要

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)	かぶしきがいしゃやすらぎふくしせんたー 株式会社 やすらぎ福祉センター
主たる事務所の所在地	〒999-5311 山形県最上郡真室川町大字平岡 1658 番地 2	
連絡先	電話番号	0233-64-0072
	F A X 番号	0233-64-0073
	ホームページアドレス	http://www.yasuaragi-fukushi.co.jp
代表者	氏名	高橋 三男
	職名	代表取締役社長
設立年月日	昭和・平成 17 年 3 月 15 日	
主な実施事業	※別添 1 (別の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	とくていしせつにゆうきよしゃせいかつかいごうえるけありびんぐやすらぎ 特定施設入居者生活介護 ウェルケアリビングやすらぎ	
所在地	〒999-5311 山形県最上郡真室川町大字平岡 1658 番地 2	
主な利用交通手段	最寄駅	J R 真室川駅
	交通手段と 所要時間	J R 真室川駅より車で 5 分

連絡先	電話番号	0233-64-0072
	FAX番号	0233-64-0073
	ホームページアドレス	http://www.yasuragi-fukushi.co.jp
管理者	氏名	梁田 マキ
	職名	管理者兼生活相談員
建物の竣工日		昭和・平成 21年 10月 20日
有料老人ホーム事業の開始日		昭和・平成 24年 4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		
1又は2に該当する場合	介護保険事業者番号	0672500782
	指定した自治体名	山形県 (真室川町)
	事業所の指定日	平成 21年 12月 1日
	指定の更新日 (直近)	平成 27年 12月 1日

3. 建物概要

土地	敷地面積	11,24.29 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	1,253.42 m ²
		うち、老人ホーム部分	947.27 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	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	18.0 m ²	10室	一般居室個室
	タイプ2	有/無	有/無	18.0 m ²	10室	一般居室相部屋
	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		ヶ所	
			大浴場		2ヶ所	
	共用浴室における 介護浴槽	2ヶ所	チェアー浴		1ヶ所	
			リフト浴		ヶ所	
			ストレッチャー浴		1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施設	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	入居者の有する能力に応じ自立した生活が営むことが出来る様、必要な日常生活上の援助等を行う事により、社会的孤立感の解消及び心身の機能維持ならびに入居者の家族の心身的及び精神的負担の軽減を図れるように援助を行います。また、関係市町村、地域の保健・医療・福祉のサービスと綿密な連携を図り、総合的なサービスの提供に努めます。
サービスの提供内容に関する特色	入居者が暮らしやすいように配慮した住まいに食事や健康管理など日常生活を送る上で必要なサービスを提供しています。
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の提供体制の有無	個別機能訓練加算	1 あり	2 なし	
	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	(I)	1 あり	2 なし
		(II)	1 あり	2 なし
	サービス提供体制強化加算	(I)イ	1 あり	2 なし
		(I)ロ	1 あり	2 なし
(II)		1 あり	2 なし	
(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		<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	医療法人徳洲会病院
		住所	山形県新庄市鳥越駒場 4623
		診療科目	居宅療養管理指導、訪問看護、夜間を含む緊急受診対応
		協力内容	
	2	名称	
		住所	
		診療科目	
		協力内容	
協力歯科医療機関		名称	医療法人徳洲会病院
		住所	山形県新庄市鳥越駒場 4623
		協力内容	入居者の症状が急変した場合、受診対応可能

(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		<input type="checkbox"/> 1 一時介護室へ移る場合 <input type="checkbox"/> 2 介護居室へ移る場合 <input type="checkbox"/> 3 その他 ()	
判断基準の内容		二人部屋利用者が感染症等により一時的に相部屋利用困難になった場合。	
手続きの内容		家族への説明	
追加的費用の有無		1 あり <input type="checkbox"/> 2 なし <input checked="" type="checkbox"/>	
居室利用権の取扱い			
前払金償却の調整の有無		1 あり <input type="checkbox"/> 2 なし <input checked="" type="checkbox"/>	
従前の居室との 仕様の変更	面積の増減	1 あり <input type="checkbox"/> 2 なし <input checked="" type="checkbox"/>	
	便所の変更	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり <input type="checkbox"/> 2 なし	
	洗面所の変更	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり <input type="checkbox"/> 2 なし	
	台所の変更	1 あり <input type="checkbox"/> 2 なし <input checked="" type="checkbox"/>	
	その他の変更	1 あり <input type="checkbox"/>	(変更内容)
		<input checked="" type="checkbox"/> 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	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり	<input type="checkbox"/> 2 なし
	要支援の者	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり	<input type="checkbox"/> 2 なし
	要介護の者	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり	<input type="checkbox"/> 2 なし

留意事項	常時の医療行為が必要なこと 自傷行為、又は他者への危害を加える恐れがないこと。 他者との共同生活を営む事に支障がないこと。	
契約の解除の内容	第29条 (契約の終了) 第30条 (事業者からの契約解除) 第31条 (入居者からの介助) の通り	
事業主体から解約を求める場合	解約条項	16条
	解約予告期間	1週間
入居者からの解約予告期間	1週間	
体験入居の内容	1 あり (内容:) 2 なし	
入居定員	30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の必要はありません)。

(職種別の職員数)

	職員数 (実人数)			常勤換算人数 ^{※1}
	合計	常勤	非常勤	※2
管理者	1	1	0	0.1
生活相談員	2	2		1.0
直接処遇職員	11	9	2	12.7
介護職員	13	11	2	11.9
看護職員	2	1	1	1.1
機能訓練指導員	2	1	1	0.3
計画作成担当者	2	2	0	1.1
栄養士				
調理員				
事務員				
その他職員				
1週間のうち、常勤の従業員が勤務すべき時間数 ^{※2}				40
※1 常勤換算人数とは、当該事業所の従業員の勤務延時間数を当該事業所において常勤の従業員が勤務すべき時間数で除することにより、当該事業所の従業員の人数を常勤の従業員の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	9	8	1
実務者研修の修了者			
初任者研修の修了者			
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	2	1	1
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・介護職員の人数)

夜勤帯の設定時間 (時～ 時)		
	平均人数	最少時人数 (休憩者等を除く)
看護職員	0人	0人
介護職員	2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)	1.9 : 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										
前年度1年間の退職者数	1		2							
応じた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			1	2				1	
	3年未満									
	3年以上		1	1						
	5年未満									
	5年以上			3						
	10年未満									
10年以上			5		1				1	
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 減額あり	
	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	
	手続き	

(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	要介護3	要介護3
	年齢	88 歳	80 歳
居室の状況	床面積	18.0 m ²	18.0 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	なし	なし
	敷金	なし	なし
月額費用の合計		125,103 円	107,103 円
家賃		51,000 円	33,000 円
サービス費用 介護保険外	特定施設入居者生活介護 ^{※1} の費用	21,453 円	21,453 円
	食費	51,000 円	51,000 円
	介護費用	円	円
	その他(寝具代)	1,650 円	1,650 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)

費用	算定根拠
家賃	一人部屋 30,000 円 / 二人部屋 15,000 円
敷金	家賃の 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。
管理費	基本サービス費 8,900 円
食費	朝食 500 円、昼食 600 円(おやつ代含む)、夕食 600 円
共益費	一人部屋 12,100 円 / 二人部屋 9,100 円
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	寝具代(55 円/1 日×30 日分)

(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

費用	算定根拠
特定施設入居者生活介護 [※] に対する自己負担	要介護認定により差額あり。実費分(食事代や居室料など)は負担額共通。
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		%
返還金の算定方法	入居後3月以内の契約終了	
	入居後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	7人
	女性	12人
年齢別	65歳未満	1人
	65歳以上75歳未満	4人
	75歳以上85歳未満	3人
	85歳以上	11人
要介護度別	自立	0人
	要支援1	2人
	要支援2	0人
	要介護1	6人
	要介護2	5人
	要介護3	2人
	要介護4	2人
	要介護5	2人
入居期間別	6ヶ月未満	7人
	6ヶ月以上1年未満	2人
	1年以上5年未満	7人
	5年以上10年未満	2人
	10年以上15年未満	1人

	15年以上	0人
--	-------	----

(入居者の属性)

平均年齢	87.9歳
入居者数の合計	19人
入居率※	63.3%

※ 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	6人
	医療機関	0人
	死亡者	3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	2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	ウエルケアリビングやすらぎ	
電話番号	0233-64-0072	
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	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	三井住友海上火災保険株式会社 (公財) 介護労働安定センター 介護事業所損害賠償責任補償
	2 なし	
介護サービスの提供により賠償すべ	1 あり	万が一、事故が発生した場合、

き事故が発生したときの対応		早急な医療機関への受診対応、 当事者又は家族への十分な経 緯説明と状況報告。
	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 回
	2 なし	
	1 代替措置あり 家族会連絡会の開催	(内容) 年1回、総会を開催。家族と意見交換を 実施。

別添1 事業主体が山形県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	ふれあい鮭川訪問介護事業所	最上郡真室川町大字平岡 1658番地 2
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	デイサービスセンターやすらぎ	最上郡真室川町大字平岡 1658番地 2
			パワーリハビリテーションセンターやすらぎ	最上郡真室川町大字平岡 1658番地 2
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		
特定施設入居者介護	あり	なし	ウェルケアリビングやすらぎ	最上郡真室川町大字平岡 1658番地 2
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	小規模多機能型居宅介護やすらぎトウメキ	新庄市五日町トウメキ 1086-15
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	ふれあい鮭川指定居宅介護支援事業所	最上郡真室川町大字平岡 1658番地 2
＜居宅介護予防サービス＞				
介護予防訪問介護	あり	なし	ふれあい鮭川訪問介護事業所	最上郡真室川町大字平岡 1658番地 2
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	デイサービスセンターやすらぎ	最上郡真室川町大字平岡 1658番地2
			パワーリハビリテーションセンターやすらぎ	最上郡真室川町大字平岡 1658番地2
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	ウェルケアリビングやすらぎ	最上郡真室川町大字平岡 1658番地2
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	小規模多機能型介護やすらぎトウメキ	新庄市五日町トウメキ 1086-15
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
サービス	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）	包含※2	都度※2	備考
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	使用分を請求
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	最上郡内
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	昼食代を含む
理美容師による理美容サービス			なし	あり	外部業者 1回2500円
買い物代行	なし	あり	なし	あり	消耗品、生活必需品
役所手続き代行	なし	あり	なし	あり	

金銭・貯金管理									
健康管理サービス									
定期健康診断				なし					※回数（年〇回など）を明記すること
健康相談	なし	あり		なし					
生活指導・栄養指導	なし	あり		なし					
服薬支援	なし	あり		なし					
生活リズムの記録（排便・睡眠等）	なし	あり		なし					
入退院時・入院中のサービス									
移送サービス	なし	あり		なし					
入退院時の同行	なし	あり		なし					※付添いの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					
入院中の見舞い訪問	なし	あり		なし					

※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含まれる場合と、サービス利用の都度支払う場合に依りて、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。