

重要事項説明書

記入年月日	令和 6年 4月 1日
記入者	原田 道安
所属・職名	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
	※法人の場合、その種類	有限会社
名称	(ふりがな)	ゆうげんがいしゃ わいえぬけー 有限会社 ワイエヌケー
主たる事務所の所在地	〒999-7781 山形県東田川郡庄内町余目字猿田 7-2	
連絡先	電話番号	0 2 3 4 - 4 3 - 2 9 6 3
	F A X 番号	0 2 3 4 - 4 2 - 0 8 2 5
	ホームページアドレス	http://
代表者	氏名	吉泉 晃
	職名	代表取締役
設立年月日	昭和 (平成) 1 2 年 4 月 1 4 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 きずな 住宅型有料老人ホーム きずな	
所在地	〒999-7781 山形県東田川郡庄内町余目字猿田 7-2	
主な利用交通手段	最寄駅	余目駅
	交通手段と 所要時間	① 余目駅バスで乗車 10 分、余目役場前停留所で下車、 徒歩 5 分 ② 徒歩 15 分

連絡先	電話番号	0234-43-2963
	FAX番号	0234-43-0825
	ホームページアドレス	http://
管理者	氏名	原田 道安
	職名	管理者
建物の竣工日	昭和(平成)27年 4月 1日	
有料老人ホーム事業の開始日	昭和(平成)27年 4月 10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	
	指定した自治体名	県(市)
	事業所の指定日	平成 年 月 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	745.97 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 (平成26年7月1日～平成56年6月30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	549.06 m ²
		うち、老人ホーム部分	549.06 m ²
	耐火構造	1 耐火建築物	
		② 準耐火建築物	
		3 その他 ()	
4 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)	13.22 m ²	20	一般居室個室
	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	4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		4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		ヶ所	
			ストレッチャー浴		ヶ所	
			その他 (シャワーストレッチャー)		1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	私たちは、利用者に安全と安心を提供します。		
サービスの提供内容に関する特色	一人一人に合った家庭的で温かいサービスを提供します。		
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	
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	医療法人あい友会 あい庄内クリニック
		住所	山形県東田川郡三川町大字青山字外川原 234-1

		診療科目	内科・外科
		協力内容	健康管理、健康相談、往診、健康診断
	2	名称	
		住所	
		診療科目	
		協力内容	
協力歯科医療機関		名称	
		住所	
		協力内容	

(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		
手続きの内容		
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
	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		
契約の解除の内容	入居者の死亡、暴力団等反社会的勢力、自傷他害のおそれが出たとき、利用料の滞納	
事業主体から解約を求める場合	解約条項	総則第 24 条
	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 ② なし	
入居定員	20 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} ※2
	合計	常勤	非常勤	
管理者	1	1		
生活相談員				
直接処遇職員				
介護職員	2	1	1	
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				
1週間のうち、常勤の従業員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			
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			

（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・介護職員の人数)

夜勤帯の設定時間 (20 時～ 6 時 00 分)		
	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	0 人	0 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									
			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										
こ業 は務	1年未満									
	111ね1									

	1年以上 3年未満										
	3年以上 5年未満										
	5年以上 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	地域の消費者物価指数及び人件費等を勘案
	手続き	意見を聴いたうえで、入居者及び身元引受人等に事前に通知

(利用料金のプラン【代表的なプランを2例】)

		Aプラン	Bプラン
入居者の状況	要介護度	3	1
	年齢	91歳	79歳
居室の状況	床面積	13.22 m ²	13.22 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	0円	0円
	敷金	0円	0円

月額費用の合計		153,000円	108,000円	
家賃		84,000円	39,000円	
サービス費用	特定施設入居者生活介護 ^{※1} の費用	0円	0円	
	介護保険外 ^{※2}	食材費	51,000円	51,000円
		管理費	18,000円	18,000円
		介護費用	0円	0円
		光熱水費	0円	0円
		その他	0円	0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、本欄には記入していない）

(利用料金の算定根拠)

費用	算定根拠
家賃	A 2,800円×30日 B 1,300円×30日
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	A 18,000円 B 18,000円
食材費	朝食 500円 昼食 600円 夕食 600円
光熱水費	
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	

(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	
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	11 人
	女性	9 人
年齢別	65 歳未満	2 人
	65 歳以上 75 歳未満	3 人
	75 歳以上 85 歳未満	8 人
	85 歳以上	7 人
要介護度別	自立	1 人
	要支援 1	0 人
	要支援 2	0 人
	要介護 1	6 人
	要介護 2	3 人
	要介護 3	4 人
	要介護 4	5 人
	要介護 5	1 人
入居期間別	6 ヶ月未満	2 人
	6 ヶ月以上 1 年未満	5 人
	1 年以上 5 年未満	5 人
	5 年以上 10 年未満	8 人
	10 年以上 15 年未満	0 人
	15 年以上	0 人

（入居者の属性）

平均年齢	80.7 歳
入居者数の合計	20 人
入居率*	100.0%

※ 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	4人
	医療機関	3人
	死亡者	0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	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		苦情相談窓口
電話番号		0234-43-2963
対応している時間	平日	8:30~17:00
	土曜	8:30~17:00
	日曜・祝日	8:30~17:00
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) 事業活動包括保険
	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)
	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	① あり	実施日	
		結果の開示	1 あり 2 なし
	2 なし		

組の状況			
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	1 あり ② なし	

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	
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	

添付書類：別添1 (別に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 令和 年 月 日

説明者署名 _____ 原田 道安 _____

※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	訪問介護事業所つばさ	庄内町余目字猿田7-2
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		
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		
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		
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		
<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		
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		
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		

別添 2

有料老人ホーム・サービスタク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	
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 ）	（利用者が全額負担）	包含※ ²	都度※ ²	料金※ ³	
					あり	なし
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	
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	1時間	2,000円
生活サービス						家族・親戚等、誰も同行できない場合
居室清掃	なし	あり	なし	あり	1時間	1,000円
リネン交換	なし	あり	なし	あり	1時間	1,000円
日常の洗濯	なし	あり	なし	あり	1時間	1,000円
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		
理美容師による理美容サービス			なし	あり		実費
買い物代行	なし	あり	なし	あり	1時間	1,000円
役所手続き代行	なし	あり	なし	あり	1時間	1,000円

入居契約書

表題部記載の当事者である「入居者」と「事業者」は、両者の間において、以下の条項に基づく表記契約（以下「本契約」という。）を締結します。

この証として、当事者は本契約書を2通作成し、記名捺印の上、各自その1通を保有します。

【表題部】

(1) 契約の締結日及び入居日

契約締結日	令和 年 月 日
入居予定日	令和 年 月 日
入居日	令和 年 月 日

(2) 契約当事者の表示

入居者名	入居者 氏名： _____ 印 (男・女) (大正・昭和 年 月 日生まれ) 入居者の成年後見人・任意後見受任者名： _____ 印
事業者名	法人名： _____ 有限会社 ワイエヌケー 法人代表者名： _____ 吉 泉 晃 印 住 所： _____ 山形県東田川郡庄内町余目字猿田 7-2

(3) 上記(2)「契約当事者」以外の関係者の表示

身元引受人	入居者の身元引受人 氏 名： _____ 印 住 所： _____
-------	---

(4) 目的施設

施 設 名 称	有料老人ホーム きずな
施 設 の 類 型 及 び 表 示 事 項	住宅型有料老人ホーム 居住の権利形態：建物賃貸借方式 利用料の支払い方式：月払い方式 入居時の要件：入居時要介護 介護居室区分：全室一人部屋 介護にかかわる職員体制：常時1名以上

開設年月日	平成 27年 4月 10日
所在地	〒 999-7781 山形県東田川郡庄内町余目字猿田 7-2
敷地概要 (権利関係)	745.97 m ²
建物概要 (権利関係等)	木造二階建て 延べ床面積 549.06 m ² 竣工 平成 27年 4月 1日
居室の概要	一般居室 一室 13.22 m ² 20室 (個室 20室) 定員 20名
共用施設の概要	食堂、浴室、洗面設備、便所、洗濯室、脱衣所、玄関、駐車場

(5) 入居者の居室

居室番号	号室
延べ床面積	13.22 m ²
附属設備等	エアコン、

(6) 入居後に支払う費用の内容

月払いの利用料	総額 A 153,000円 B 108,000円	
発生始期	入居日から	
支払方法	毎月払い 支払日・支払方法の詳細は管理規定に定めます。	
内 訳	管理費	月額 A 18,000円 B 18,000円
	使徒:	事務管理部門の person 費、事務費、入居者に対する日常生活支援サービス提供のための person 費・事務費・目的施設の維持管理費です。
	食材費	月額 51,000円 (1人1日3食×30日の場合の概算額)
	介護保険給付の対象外費用	月額ではありませんが、入居者が個別に選択する介護サービスについて、都度払いの利用料が発生します。(「介護サービス等の一覧表」参照)
	家賃相当額	月額 A 84,000円 B 39,000円 (1人1日×30日の場合の概算額)
	その他	・介護用品費は別途実費負担。 ・紙おむつ代、私物洗濯代等は実費負担となります。
介護保険に係る利用料及び利用者負担分	介護保険法令等による保険料及び介護保険利用者負担分については別途自己負担となります。	
消費税	家賃相当額、介護保険料、介護保険利用者負担分を除き、税制に則り消費税を負担していただきます。	

