

重要事項説明書

記入年月日	2017年8月21日
記入者名	宮島正明
所属・職名	総務部長

1 事業主体概要

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 さんらいふまい 株式会社 サンライフ舞	
主たる事務所の所在地	〒950-0328 新潟県新潟市江南区舞潟38番地	
連絡先	電話番号	025-280-3611
	FAX番号	025-280-3605
	ホームページアドレス	http://sunlife-mai.co.jp/
代表者	氏名	風間 壮八
	職名	代表取締役社長
設立年月日	平成17年4月1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) さんらいふまい サンライフ舞	
所在地	〒950-0328 新潟県新潟市江南区舞潟38番地	
主な利用交通手段	最寄駅	JR 新潟 駅
	交通手段と所要時間	①バス利用の場合 ・新潟交通 酒屋行き「舞潟」 バス停留所で下車, 徒歩5分 ②自動車利用の場合 ・JR新潟駅南口 乗車20分
連絡先	電話番号	025-280-3611
	FAX番号	025-280-3605
	ホームページアドレス	http://sunlife-mai.co.jp/
管理者	氏名	中野 弘子
	職名	施設長
建物の竣工日		平成 7年8月29日
有料老人ホーム事業の開始日		平成17年6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	1570105351
	指定した自治体名	新潟市
	事業所の指定日	平成 17年6月 1日
	指定の更新日（直近）	平成 23年5月23日

3 建物概要

土地	敷地面積	8,493.13 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	2,128.9 m ²		
		うち、有料老人ホーム部分	2,128.9 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			
	便所	浴室	面積	戸数・室数	区分※
タイプ1	あり/なし	あり/なし	33.00m ²	8	介護居室個室

居室の状況	タイプ2	あり/なし	あり/なし	22.00㎡	30	〃
	タイプ3	あり/なし	あり/なし	14.85㎡	4	〃
	タイプ4	あり/なし	あり/なし	㎡		
	タイプ5	あり/なし	あり/なし	㎡		
	タイプ6	あり/なし	あり/なし	㎡		
	タイプ7	あり/なし	あり/なし	㎡		
	タイプ8	あり/なし	あり/なし	㎡		
	タイプ9	あり/なし	あり/なし	㎡		
	タイプ10	あり/なし	あり/なし	㎡		
	※ 「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 箇所	うち男女別の対応が可能な便房	1 箇所		
			うち車椅子等の対応が可能な便房	3 箇所		
	共用浴室	2 箇所	個室	1 箇所		
			大浴場	1 箇所		
	共用浴室における介護浴槽	1 箇所	チェア浴	箇所		
			リフト浴	1 箇所		
			ストレッチャー浴	箇所		
			その他 ()	箇所		
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	ご利用者に対し、入浴、排泄、食事等の介護、その他の日常生活上の世話、ならびに機能訓練及び療養上の世話等のサービスの提供について、ご利用者がその有する能力に応じ可能な限り自立した日常生活を営むことができるよう提供します。また、ご利用者の人格を尊重し常に利用者の立場に立ち、必要とされる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	同一敷地内に隣接された透析診療所があり、通院困難や介護を必要とする透析者や糖尿病などの慢性疾患を抱える等、医療面で不安を持つ方々にとって、便利で、安心した協力体制を受けることができる。
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
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	① 救急車の手配
	② 入退院の付添い

※複数選択可	③ 通院介助 4 その他 ()	
協力医療機関	名称	舞平クリニック
	住所	新潟市江南区平賀70番地
	診療科目	内科・人工透析・脳神経外科
	協力内容	医師派遣による健康相談、年2回の健康診断の実施、緊急時往診。
協力医療機関	名称	新津医療センター病院
	住所	新潟市秋葉区古田610
	診療科目	内科・外科・整形外科・循環器内科 ・総合診療科他
	協力内容	外来受診、緊急時受診
協力歯科医療機関	名称	よしだファミリー歯科
	住所	新潟市江南区天野2-13-11
	協力内容	歯の病の診療・治療

(入居後に居室を住み替える場合) ※住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 (介護居室(自室)にて終身介護を行うため住み替えの実施は無)	
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
	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	いずれも60歳以上（2人入居の場合は原則としてご夫婦とし、どちらか一方が60歳以上）		
契約の解除の内容	①入居者が逝去した場合（2名の場合はどちらとも逝去した場合） ②入居者が解約した場合 ③事業者が解約した場合		
事業主体から解約を求める場合	解約条項	入居契約書 第29条	
	解約予告期間	3箇月	
入居者からの解約予告期間	1箇月		
体験入居の内容	① あり（内容： 1泊2日 5,400円） 2 なし		
入居定員	50名		
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		0.5
生活相談員	1	1		1
直接処遇職員	21	15	6	17.5
介護職員	18	12	6	15
看護職員	3	3		2.5
機能訓練指導員	1	1		1
計画作成担当者	1	1		1
栄養士	2	1	1	1.5
調理員	5	3	2	4
事務員	2	2		2
その他職員	10	1	9	5
1週間のうち、常勤の従業者が勤務すべき時間数 ※2				40時間
※1 常勤換算人数とは、当該事業所の従業者の勤務延べ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	12	10	2
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	2	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	1	1	
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 (16時30分～9時30分)		
	平均人数	最少時人数 (休憩者等を除く)
看護職員	0人	人
介護職員	3人	2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 ① 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)	2. 2 : 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	看護師、介護支援専門員	
		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		2	1	0		0		0	
前年度1年間の退職者数	0		5	1	0		0		0	
業務に 従事した 経験年数 に応じ	1年未満				1					
	1年以上 3年未満		2	2					1	
	3年以上 5年未満			1						
	5年以上 10年未満		8	1						
	10年以上	3		2	2			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
	1 全額前払い方式

利用料金の支払い方式 【表示事項】	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（食費のみ） 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	入居契約書 第27条による
	手続き	運営懇談会の意見を聴き改定

（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	1	5	
	年齢	93歳	91歳	
居室の状況	床面積	22.00㎡	14.85㎡	
	便所	① あり 2 なし	1 あり ② なし	
	浴室	1 あり ② なし	1 あり ② なし	
	台所	1 あり ② なし	1 あり ② なし	
入居時点で必要な費用	前払金	2,700,000円	1,700,000円	
	敷金	- 円	- 円	
月額費用の合計		188,541円	180,194円	
家賃		45,000円	30,000円	
サービス費用	特定施設入居者生活介護※1の費用	18,301円	26,854円	
	介護保険外※2	食費	75,600円	75,600円
		管理費	46,440円	46,440円
		介護費用	円	円
		光熱水費	3,200円	1,300円
その他	円	円		
※1 介護予防・地域密着型の場合を含む。（一割負担の場合）				
※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	入居一時金の一部を月額で受領するもので、算定根拠は入居一時金に準ずる。
敷金	家賃の 箇月分
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	事務管理部門の人件費・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人件費・事務費、目的施設の維持管理費。
食費	人件費等の諸経費、食材等に基づく費用。（喫食数による返金制度もあり）
光熱水費	電気料のみ個別の外部契約による実費負担。
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	なし

（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割又は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)	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	土地の購入費、建設費、借入金利息等を基礎として、平均余命等を勘案した想定居住期間の家賃相当額。	
想定居住期間（償却年月数）	8 4 箇月	
償却の開始日	入居日の翌日	
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 箇月以内の契約終了	受領済み一時金全額返金。但し、利用期間に係る利用料を受領する。 ・算定方法 一時金÷想定居住期間の月数 84ヵ月（7年）÷30日×（入居日から契約終了日までの実日数）
	入居後 3 箇月を超えた契約終了	・算定方法 一時金÷（入居日翌日から償却期間満了日までの実日数）×（契約満了日から償却期間満了日までの実日数）
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	1 6 人
	女性	2 2 人
年齢別	6 5 歳未満	0 人
	6 5 歳以上 7 5 歳未満	2 人

十四才	75歳以上85歳未満	6人
	85歳以上	22人
要介護度別	自立	2人
	要支援1	3人
	要支援2	3人
	要介護1	6人
	要介護2	5人
	要介護3	6人
	要介護4	9人
	要介護5	4人
入居期間別	6箇月未満	6人
	6箇月以上1年未満	7人
	1年以上5年未満	20人
	5年以上10年未満	2人
	10年以上15年未満	3人
	15年以上	0人

(入居者の属性)

平均年齢	86歳
入居者数の合計	38人
入居率※	76%
※ 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)

退居先別の人数	自宅等	0人
	老人福祉施設等	人
	医療機関	0人
	死亡者	9人
	その他	人
生前解約の状況	施設側の申出	人
		(解約事由の例)
	入居者側の申出	0人
		(解約事由の例) 長期入院治療が必要な為

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)※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	(株)サンライフ舞総務部	
電話番号	025-280-3611	
対応している時間	平日	9:00~17:00
	土曜	9:00~17:00 (ホームにて対応)

	日曜・祝日	9:00～17:00 (ホームにて対応)
定休日	なし	

窓口の名称		①新潟県国民健康保険団体連合会 ②公益社団法人全国有料老人ホーム協会
電話番号		①025-285-3022 ②03-3272-3781
対応している時間	平日	① 9:00～17:00 ②10:00～17:00
	土曜	—
	日曜・祝日	—
定休日		土・日・祝日・12/29～1/3

(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) (公社) 全国有料老人ホーム協会の有料老人ホーム賠償責任保険
	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) 保険会社に連絡
	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	平成23年2月25日
		評価機関名称	(株)ぎょうせい総合研究所
		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 入居希望者に開示 2 入居希望者に交付 3 開示していない
管理規程	① 入居希望者に開示 2 入居希望者に交付 3 開示していない

事業収支計画書	① 入居希望者に開示 2 入居希望者に交付 3 開示していない
財務諸表の要旨	① 入居希望者に開示 2 入居希望者に交付 3 開示していない
財務諸表の原本	① 入居希望者に開示 2 入居希望者に交付 3 開示していない

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:) 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	なし	
不適合事項がある場合の内容		

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

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

事業主体が新潟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	㊟	
訪問入浴介護	あり	㊟	
訪問看護	あり	㊟	
訪問リハビリテーション	あり	㊟	
居宅療養管理指導	あり	㊟	
通所介護	あり	㊟	
通所リハビリテーション	あり	㊟	
短期入所生活介護	あり	㊟	
短期入所療養介護	あり	㊟	
特定施設入居者生活介護	あり	㊟	
福祉用具貸与	あり	㊟	
特定福祉用具販売	あり	㊟	
<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	㊟	
夜間対応型訪問介護	あり	㊟	
認知症対応型通所介護	あり	㊟	
小規模多機能型居宅介護	あり	㊟	
認知症対応型共同生活介護	あり	㊟	
地域密着型特定施設入居者生活介護	あり	㊟	
地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護	あり	㊟	
看護小規模多機能型居宅介護	あり	㊟	
居宅介護支援	あり	㊟	
<居宅介護予防サービス>			
介護予防訪問介護	あり	㊟	
介護予防訪問入浴介護	あり	㊟	
介護予防訪問看護	あり	㊟	
介護予防訪問リハビリテーション	あり	㊟	
介護予防居宅療養管理指導	あり	㊟	
介護予防通所介護	あり	㊟	
介護予防通所リハビリテーション	あり	㊟	
介護予防短期入所生活介護	あり	㊟	
介護予防短期入所療養介護	あり	㊟	
介護予防特定施設入居者生活介護	あり	㊟	
介護予防福祉用具貸与	あり	㊟	
特定介護予防福祉用具販売	あり	㊟	
<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	㊟	
介護予防小規模多機能型居宅介護	あり	㊟	
介護予防認知症対応型共同生活介護	あり	㊟	
介護予防支援	あり	㊟	
<介護保険施設>			
介護老人福祉施設	あり	㊟	
介護老人保健施設	あり	㊟	
介護療養型医療施設	あり	㊟	

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						あり	なし
	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	あり	なし	あり	なし			
排泄介助・おむつ交換	あり	なし	あり	なし			
おむつ代			あり	なし		○	実費
入浴（一般浴）介助・清拭	あり	なし	あり	なし			週3回以降、1回につき500円
特浴介助	あり	なし	あり	なし			
身辺介助（移動・着替え等）	あり	なし	あり	なし			
機能訓練	あり	なし	あり	なし			
通院介助	あり	なし	あり	なし			※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	あり	なし	あり	なし			
リネン交換	あり	なし	あり	なし			
日常の洗濯	あり	なし	あり	なし			
居室配膳・下膳	あり	なし	あり	なし			
入居者の嗜好に応じた特別な食事			あり	なし			
おやつ			あり	なし		○	実費
理美容師による理美容サービス			あり	なし		○	実費
買い物代行	あり	なし	あり	なし			※利用できる範囲を明確化すること
役所手続き代行	あり	なし	あり	なし			
金銭・貯金管理			あり	なし			
健康管理サービス							
定期健康診断			あり	なし			年2回管理費に含む
健康相談	あり	なし	あり	なし		○	実費 医療費自己負担
生活指導・栄養指導	あり	なし	あり	なし			
服薬支援	あり	なし	あり	なし			
生活リズムの記録(排便・睡眠等)	あり	なし	あり	なし			
入退院時・入院中のサービス							
移送サービス	あり	なし	あり	なし		○	実費 福祉タクシー利用自己負担
入退院時の同行	あり	なし	あり	なし			※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	あり	なし	あり	なし			
入院中の見舞い訪問	あり	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包含される場合と、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。