

指定認知症対応型共同生活介護
指定介護予防認知症対応型共同生活介護

グループホーム
東桜の里・深川北

【重要事項説明書】

重要事項説明書

1 グループホーム東桜の里・深川北の概要

(1) 法人の概要

| | |
|-------|---------------------|
| 法人名 | 社会福祉法人 幸寿会 |
| 所在地 | 愛知県名古屋市東区東桜二丁目22番2号 |
| 代表者名 | 理事長 麦島 善光 |
| 電話番号 | 052-939-3303 |
| FAX番号 | 052-939-3305 |

(2) 事業所の概要

| | |
|-------|-----------------|
| 事業所名 | グループホーム東桜の里・深川北 |
| 所在地 | 東京都江東区千田13番7号 |
| 管理者名 | 永池 孝徳 |
| 電話番号 | 03-5633-4102 |
| FAX番号 | 03-6458-6915 |
| 事業者番号 | 1390800058 |

2 当事業所(施設)の目的と運営方針

| | |
|------|---|
| 事業目的 | 指定認知症対応型共同生活介護事業 指定介護予防認知症対応型共同生活介護事業 |
| 運営方針 | <ol style="list-style-type: none">1. 事業所において提供する指定認知症対応型共同生活介護及び指定介護予防認知症対応型共同生活介護は、介護保険法並びに介護保険法に關係する厚生労働省令、江東区の条例や規則に告示の趣旨及び内容に沿ったものとする。2. 利用者の認知症の症状の進行を緩和し、安心して日常生活を送ることが出来るよう、利用者の心身の状態を踏まえ、妥当適切な援助・支援を行うこととする。3. 利用者がそれぞれの役割を持って家庭的な環境の下で日常生活を送ることが出来るよう配慮し、援助・支援を行うこととする。4. 認知症対応型共同生活介護計画及び介護予防認知症対応型共同生活介護計画に基づき、漫然かつ画一的なものにならないよう配慮し、援助・支援を行うこととする。5. 介護従事者は、指定認知症対応型共同生活介護及び指定介護予防認知症対応型共同生活介護の提供に当たっては、懇切丁寧を旨とし、利用者又はその家族等に対し、サービスの提供方法について、理解しやすいように説明を行うこととする。6. 介護従事者は、自らその提供する指定認知症対応型共同生活介護及び指定介護予防認知症対応型共同生活介護の質の評価を行い、常にその改善を図るよう努力することとする。 |

3 施設の概要

| | | |
|----|---------|-------------------|
| 敷地 | 128.27㎡ | |
| 建物 | 構造 | 鉄骨鉄筋コンクリート作り地上4階建 |
| | 延べ床面積 | 427.89㎡ |
| | 利用定員 | 18名（9名×2ユニット） |

(1) 居室

| 居室の種類 | 室数 | 定員 | 一人当たり面積 | 備考 |
|-------|----|----|---------|----------------------------|
| Aタイプ | 6室 | 1名 | 8.82㎡ | 101、201、205 301、401、405 |
| Bタイプ | 4室 | 1名 | 9.08㎡ | 102、206 302、406 |
| Cタイプ | 4室 | 1名 | 9.18㎡ | 103、207 303、407 |
| Dタイプ | 4室 | 1名 | 8.60㎡ | 202、203 402、403 |

設備・備品：冷暖房、介護ベッド、タンス、クローゼット、椅子、カーテン等

(2) 主な設備

| 設備の種類 | 室数 | 備考 |
|-------|-----|-----------|
| 居間 | 2ヶ所 | |
| 食堂 | 2ヶ所 | |
| 台所 | 2ヶ所 | |
| 一般浴室 | 2ヶ所 | |
| 洗濯室 | 2ヶ所 | |
| 洗面所 | 4ヶ所 | |
| トイレ | 8ヶ所 | 4ヶ所は車椅子対応 |

4 職員体制

| 職種 | 常勤 | 非常勤 | 合計 | 業務内容 |
|---------|------------|-----|----|----------------|
| 管理者 | 1 | 0 | 1 | 管理業務・介護業務兼務 |
| 計画担当作成者 | 1 | 1 | 2 | 介護計画の作成・介護業務兼務 |
| 介護職員 | 3名以上（常勤換算） | | | 介護業務 |
| 事務員 | 0 | 0 | 0 | 事務業務（管理者代行） |

5 勤務体制

| 職種 | 勤務体制 | 休暇、備考 |
|------------------------|---|-------|
| 管理者 計画担当作成者 介護職員 | 早番 07:30～16:30 日勤 08:30～17:30 遅番 10:00～19:00 夜勤 17:00～翌10:00 | 1カ月9休 |

6 サービスの概要と利用料

(1) 介護保険給付対象サービス

| サービス種別 | サービスの内容 |
|-----------------------|--|
| 食 事 | <p>身体の状況、可能な範囲で嗜好に配慮した食事を提供します。 自立を損なわない範囲で、適宜サポートします。 ※食材費は別途頂戴します。</p> |
| 入浴・清拭 | <p>週2回以上のペースで入浴を行います。 入浴ができないまたは適切でない場合には、清拭を行います。</p> |
| 排せつ | <p>ご利用者の状況・様態に応じた排せつ介助を行います。 可能な限り自立排せつをすすめますが、やむを得ない場合等におむつ使用を行うことがあります。</p> |
| 離床・着替え・整容 | <p>寝たきり防止の観点から、毎朝の離床を促し、着替え等もサポートします。 尊厳および心の刺激の観点から、適切な整容を支援します。</p> |
| レクリエーション等 | <p>レクリエーションプログラムを用意しています。</p> |
| 機能訓練 | <p>機能訓練心身の機能の維持回復を目指し、かつ、ご利用者の状況に応じて、生活リハビリを中心に機能訓練を行います。</p> |
| ご相談等 | <p>ご利用者、ご家族からのご相談を随時受け付けております。 遠慮なくお声掛けください。</p> |
| 協力医療機関 | <p>当ホームでは、医療機関と提携し、日常の健康管理等を行っています。 医師がホームを定期的に訪問し、受診希望の利用者への診察（内科）を行うほか、利用者の健康管理上の助言・指導をホーム職員に対して行います。 また、利用者に体調変化等が生じた際には、可能な範囲にて、医師が必要な助言・指示等を行います。 協力医療機関の詳細は13「協力医療機関」をご参照ください。 ※受診の際の利用料は、ホームの利用料には含まれておりません。 医療費等は別途、利用者の負担となります。</p> |
| 利用者が医療を要する場合および緊急時の対応 | <p>1. 疾病・負傷等により治療が必要となった場合には、利用者の意思を確認し、保証人の同意を得て、協力医療機関、近隣の診療所等の受診に協力します。 ※医療費は利用者の負担となります。</p> <p>2. 入院治療を必要とする場合は、利用者の意思を確認し、保証人の同意を得て、医師の判断／指示により、近隣病院への入院の協力をいたします。 ※医療費は利用者の負担となります。 ※入院期間における利用料の取扱いについては、「不在時の取扱い」に準じます。</p> <p>3. 夜間・緊急時の対応については、当ホーム利用開始時に、書面で確認いたします。</p> |
| 終末期ケアについて | <p>利用者の終末期ケアや臨終時の対応について、利用者や利用者の家族にご希望があれば、協力医療機関等の医師も含めて、話し合いの場を持ちます。</p> |

<利用料金>

利用料は原則として以下の料金表より負担割合証に記載の利用者負担額となります。(1割～3割)
 その他、生活保護世帯該当者様、負担軽減対象者様、介護保険料滞納者様については、別途の対応とさせていただきます。

○基本単位（基本サービス費）について

| | 単位数/日 |
|---------|-------|
| 要介護状態区分 | 単位数 |
| 要支援2 | 749単位 |
| 要介護1 | 753単位 |
| 要介護2 | 788単位 |
| 要介護3 | 812単位 |
| 要介護4 | 828単位 |
| 要介護5 | 845単位 |

○介護報酬1単位当たりの単価について

※当施設の介護報酬単価（地域区分単価）は1級地になり、1単位＝10.90円です。

○各種加算について

| | | |
|----------------|---|--|
| 初期加算 | 入居日より起算して30日以内と30日を超える入院をされた後に再び利用をされた場合 | 30単位/日 |
| 入院時費用 | 入院後3カ月以内に退院することが明らかに見込まれ、円滑な再入居ができるように体制を整えている場合 ※1ヶ月に6日を限度とする | 246単位/日 |
| 医療連携体制加算（Ⅰ）ハ | 日常の健康管理や医療機関との連携により看護師と24時間連絡の取れる体制を確保 | 37単位/日 |
| 介護職員等処遇改善加算（Ⅱ） | 総合的な職場環境改善による職員の定着促進のために月額にて算定 （基本単位+各加算）×17.8%×10.90円 | 所定単位数の 17.8% （総単位×0.178） |

| | |
|--------------|---|
| 医療連携 務委託事業所 | 医療法人徳隣会 つつみクリニック |
| 所在地 電話番号 | 東京都台東区上野7丁目2番地8号—6階 03-5830-0260 |
| 業務委託内容 | ① 日常的な健康管理 ② 通常時及び状態悪化時における医療機関（主治医）との連携 ③ 24時間連絡ができる体制 ④ 看取りに関する指針の整備 |
| 重度化した場合の指針内容 | 別紙1 |

(2)介護保険給付対象外費用

<毎月固定分>

| | | |
|----------------|--------------------|---------------------------------------|
| 家賃 | 76,000円(2,534円/日額) | 月途中の入居については日割り計算となります。 |
| 共益費 | 19,700円(657円/日額) | |
| 光熱水費 | 18,900円(630円/日額) | |
| 食費 (30日の場合) | 36,000円(1,200円/日額) | 朝食 250円 昼食 500円(おやつ代含む) 夕食 450円 |

<入居時>

| | |
|---------------|---|
| 入居一時金 (敷金) | <p>152,000円 入居契約時にお支払ください。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・用途 施設使用料(共用部修繕費等)及び入居事務費として受領する費用 ・入居金償却期間 入居日より90日 ・入居金償却期間内に退去した場合の返還金 返還金=(入居金÷90日)×(90日-入居日数) <p>※90日経過後は、返還金がなくなります。</p> |
|---------------|---|

| サービス種別 | サービスの内容 | 料金 |
|-----------------|---|---|
| 食費 | <p>食事時間(目安)</p> <p>朝食 07:30時 ~08:30時 昼食 12:00時 ~13:00時 夕食 18:00時 ~19:00時</p> <p>※1. 食堂で食べていただくことをすすめています。 そのための食事介助も必要に応じて行います。 ※2. アレルギーや好き嫌いを事前にお尋ねしています。</p> | <p>月額 36,000円 (30日の場合)</p> <p>*情勢により変わることがあります。</p> |
| 特別食 | ご希望により特別食をご用意しています。 | 実費をご負担いただきます。 |
| 理美容 | 出張理美容によるサービスを受けることができます。 | 1回 1,500円 (希望者のみ) |
| レクリエーション 行事等 | 参加は任意です。 | 事前にお知らせし、実費をご負担いただくことがあります。 |
| 日用品等の 購入代行 | <p>介護保険給付対象外に於ける衣服、歯ブラシ、スリッパ等日用品購入の費用として、小口現金をお預かりし実費充当させていただきます。</p> <p>ご利用明細と共にお預かり残高を毎月ご報告いたします。</p> | 購入代金をご負担いただきます。 |
| 金銭管理 サービス | <p>銀行通帳、実印・銀行印管理をはじめとして、公共料金等の支払い代行サービスを行っています。ご利用は任意です。</p> <p>ご利用に当たっては別途契約が必要です。</p> | 別に定める契約の通り、費用をご負担いただきます。 |

- ※その他日常生活に必要な物品については、全額ご利用者負担となります。
- ※月途中における入退所については、日割り計算といたします。
- ※不在時の取り扱い（入院などで長期にグループホームを離れる場合）、家賃・共益費を除く、光熱水費、食材料費の提供に要する費用については、日割り計算といたします。
- ※健康診断を（年一回）を実施しますが、それに係る費用は実費をお支払い下さい。

<お支払方法>

- 料金は月ごとの精算とし、本事業所が定める期日までにお支払ください。
- お支払方法は、銀行引き落としとさせていただきます。
- ※引き落とし銀行はみずほ銀行となっておりますので口座をお持ちでない方は口座の開設をお願いします。

7 サービスの開始（開始）と終了（退居）につきまして

<入居基準>

- ア 要介護認定及び要支援2の認定を受けておられる方
- イ 軽い認知症の方で、身の回りの事が一定自分でできる方（医師の診断書をご提出いただきます）
- ウ 常時、医療行為が必要でない方
- エ 暴力暴言行為・自傷行為の無い方

<退居について>

- ア お客様のご都合でサービスを終了する場合サービスの終了を希望する旨をお申し出ください。
- イ 当事業所の都合でサービスを終了する場合人員不足等や建物の滅失等やむを得ない事情により、サービスの提供を終了させていただく場合がございます。原則その場合は、終了1か月前までに文書で通知いたします。
- ウ 介護保険給付でサービスを受けていたお客様の要介護認定区分が、自立または要支援1と認定された場合、またはお客様が亡くなられた場合
- エ お客様が3か月を超えて入院される場合、または介護保険施設に入所される場合
*個別事情等によりご相談させていただきます。
- オ その他
お客様やご家族などが当事業所や当事業所のサービス従業者に対して本契約を継続し難いほどの背信行為を行った場合、3か月以上の料金滞納があり、再三の督促にも関わらずお支払いいただけない場合は、文書で通知することにより、サービスを終了させていただく場合がございます。

8 個人情報の取扱につきまして

当事業所は「当社における個人情報の利用目的」に定めた範囲においてのみ、個人情報を利用いたします。とりわけプライバシー情報に関しましては、職員の研修につとめ漏洩に注意を払います。また、情報を第三者に提供する場合を別紙にてご提示し、事前にお客様のご承認をいただいております。あらかじめお示しした用途以外には決して利用しません。

9 情報開示につきまして

当事業所は、お客様の求めに従って、お客様ご自身に関する情報(サービス計画、サービス提供記録、看護・介護記録、その他)を開示しております。遠慮なくお尋ねください。

ただし、ご本人あるいは身元引受人でない方(他のご家族様等)からのご請求につきましては、当事業所所定の書面によりご本人様のご了解を得てからの情報提供になります。あらかじめご了承ください。

1.0 事故・トラブル発生等につきまして

本説明書1-(2)の電話番号宛、または担当者宛にご連絡をお願いいたします。

事故の状況及び事故やトラブルに関して行った処置については記録をするとともに、その原因を解明し、再発生を防ぐための対策を講じます。

1.1 苦情等につきまして

迅速・適切な対応を心がけておりますが、万一 不満や苦情がおありでしたら、遠慮なくお申し付けください。下記電話番号、担当者宛にご連絡をお願いいたします。

苦情受付電話：03-5633-4102 担当者：永池 孝徳、戸田礼則

なお、市区町村、国民健康保険団体連合会にも窓口がございます。

江東区役所介護保険課在宅支援係介護サービス利用相談 (03-3647-4319)

東京都国民健康保険団体連合会介護福祉部介護相談指導課 (03-6238-0177)

1.2 苦情の措置の概要につきまして

(1) 利用者からの相談又は苦情等に対応する常設の窓口(連絡先)、担当者の設置等

- ・「苦情・相談対応記録」を作成し、例えば苦情とまでは言えない軽微な事案(相談・ご意見)であっても、サービスの質の向上のため拾い上げ、記録する。
- ・担当者が不在の場合でも誰もが対応可能なようにし、確実に担当者に引き継ぐ体制を敷いている。

(2) 円滑かつ迅速に苦情処理を行うための処理体制・手順

- ・苦情又は相談があった際には、状況を詳細かつ正確に把握するため、場合によっては訪問を実施するなど、慎重に聞き取りや事情確認を行う。
- ・相談担当者は速やかに、管理者やその他の従業員と共同して、利用者の意見・主張を最大限に尊重した上で適切な対応方法を検討する。
- ・関係者への連絡調整を迅速かつ確実に行うとともに、必ず、利用者へ対応内容等の結果報告を行う。(時間を要する場合は一旦その旨を利用者へ伝え、進捗状況を適宜報告するなど、きめ細やかな対応を行う。)

(3) 苦情があったサービス事業者に対する対応方針等

- ・事実確認を迅速に行い、当該サービス事業者の管理者等と共同で対応する。なお、必要に応じて苦情内容についてサービス担当者会議等での報告を行い、全サービスにおいて従事者一丸となって再発防止・サービス向上に取り組む。

(4) その他参考事項

- ・事業所において処理し得ない内容についても、行政窓口など関係機関との協力により、常に利用者の利益を最優先に考え、全力で対応する。
- ・苦情がサービスの質の向上を図る上での貴重な財産になるとの認識を持ち、「苦情・相談対応記録」に記録した内容はそのつど従事者全員に周知して再発防止に取り組むと同時に、今後のサービス向上のための方策について事業所全体で検討する。

1.3 協力医療機関

医療を必要とする場合、入院治療等を必要とする場合に備え、協力医療機関を定めております。

医療機関名： 医療法人徳隣会 つつみクリニック
所在地：東京都台東区上野7丁目8号岡田ビル6階601号
連絡先：03-5830-0260
診療科目：内科
入院設備：なし
救急指定：なし

医療機関名：小石川歯科クリニック
所在地：東京都文京区小石川3-1-6
連絡先：03-3816-0004
診療科目：歯科
入院設備：なし
救急指定：なし

1.4 非常災害時の対策

| | |
|--------|---|
| 災害時の対応 | 別に定める(「消防計画」)および「災害時対応マニュアル」にのっとり行動します。 |
| 訓練等 | 近隣との協力関係を築くとともに、消防計画にのっとり、年2回避難訓練を行います。 |
| 防災設備 | 当施設の防災設備 ・自動火災報知設備・煙熱感知器・スプリンクラー設備 ・非常通報設備・誘導灯・消火器・避難器具・非常用照明 |
| 消防計画等 | 深川消防署へ届出 防火管理者：永池 孝徳 |

1.5 ご利用上の留意点

| | |
|-------------|--|
| 来訪・面会 | 面会時間 09:00～19:00 来訪者は面会時間を守り、その都度職員へ届出を行ってください。 (宿泊の場合は、事前に許可を得てください。) |
| 外出・外泊 | 事前に申し出を行ってください。行き先、帰宅時間を明らかにしておいてください。 |
| 居室・設備・器具の利用 | 施設、居室、器具を本来の用途以外に用いて破損した場合などは弁償していただく場合があります。 |
| 喫煙 | 当施設内は原則禁煙となっています。 (喫煙は指定された場所で行ってください。) |
| 迷惑行為等 | 騒音を立てたり、無断で他の居室に入らないでください。 政治活動、布教活動は禁止です。 |
| 動物飼育 | 原則禁止とさせていただきます。 施設が行う飼育、または特別な事由による事前承認による例外的飼育は別途相談させていただきます。 |

1.6 事故発生時の対応

事業所は、事故の発生またはその再発を防止するために次に掲げる措置を講じます。

- (1) 事故が発生した場合の対応、報告の方法等を定めた事故発生防止のための指針を整備します。
- (2) 事故発生防止のための委員会及び職員に対する研修を定期的に行います。
- (3) 入所者の処遇により事故が発生した場合は、速やかに入居者の家族等及び市町村に連絡すると共に、必要な措置を講じます。
- (4) 当施設は、入所者の処遇により事故が発生した場合には、第三者の事故調査報告を基に、責任あることと明白な場合には、損害賠償を速やかに行うものとします。

1.7 身体拘束について

事業所は原則として利用者に対して身体拘束を行いません。ただし、自傷他害等のおそれがある場合など、利用者本人または他人の生命・身体に対して危険が及ぶことが考えられるときは、利用者やその家族に対して、身体拘束の内容、目的、理由、拘束の時間等を説明し同意を得た上で、必要最小限の範囲内で行うことがあります。

- ① 事業所は、身体拘束等の適正化を図る為、下記に掲げる措置を講じます。
 - (1) 事業所は、身体拘束等の適正化のための対策を検討する委員会を3ヶ月に1回以上開催するとともに、その結果について職員に周知を図るものとします。
 - (2) 身体拘束等の適正化のための指針を整備します。
 - (3) 介護職員等に対し、身体拘束等の適正化のための研修を定期的実施します。また、介護職員等の新規採用職員に対し身体拘束適正化のための事業所の方針・体制等について採用時研修を実施します。

1.8 虐待防止について

事業所は、利用者の人権の擁護・虐待の防止等のため、下記に掲げる措置を講じます。

- (1) 虐待防止のための対策を検討する委員会を定期的開催し、その結果について職員に周知徹底を図ります。
- (2) 虐待防止のための指針を整備します。
- (3) 虐待を防止するための職員に対する研修を実施します。
- (4) 事業所は虐待防止に関する担当者を定めます。 役職：管理者 氏名：永池 孝徳
- (5) 当該施設職員又は養護者（ご利用者の家族等）による虐待を受けたと思われる利用者を発見した場合は速やかに、市町村に通報します。

1.9 衛生管理について

事業所は、利用者の使用する施設、食器その他の設備又は飲用に供する水について、衛生的な管理に努めるとともに衛生上必要な措置を講じます。

2.0 感染症対策について

事業所において感染症が発生し、又はまん延しないように、下記に掲げる措置を講じます。

- (1) 施設の設備及び備品等について、衛生的な管理に努めます。
- (2) 施設における感染症の予防及びまん延防止のための対策を検討する委員会を6か月に1回以上開催し、その結果について職員に周知徹底を図ります。
- (3) 感染症の予防及びまん延防止のための指針を整備します。
- (4) 職員に対し、感染症の予防及びまん延防止のための研修を実施します。

2.1 ハラスメントへの対応

事業所は、介護現場で働く職員の安全確保と安心して働くことが出来る労働環境が築けるようハラスメントの防止に取り組みます。

- ① 事業所において行われる優越的な関係を背景とした言動や、業務上必要かつ相当な範囲を超える下記の行為は法人として許容しません。
 - (1) 身体的な力を使って危害を及ぼす（及ぼされそうになった）行為
 - (2) 個人の尊厳や人格を言葉や態度によって傷つけたり、おとしめたりする行為
 - (3) 意に沿わない性的言動、好意的態度の要求等、性的ないやがらせ行為上記は、当該法人職員、取引先事業所の方、ご利用者及びその家族等が対象となります。
- ② ハラスメント事案が発生した場合、フローチャートなどを基に即座に対応し、再発防止会議等により、同時案が発生しない為の再発防止策を検討します。
- ③ 職員に対し、ハラスメントに対する基本的な考え方について研修をします。また、定期的に話し合いの場を設け、介護現場におけるハラスメント発生状況の把握に努めます。
- ④ ハラスメントと判断された場合の行為者に対し、関係機関への連絡、相談、環境改善に対する必要な措置、利用契約の解約等の措置を講じます。

2.2 業務継続に向けた取り組みについて

- (1) 感染症や非常災害の発生時において、利用者に対する施設サービスの提供を継続的に実施するための、及び非常時の体制で早期の業務再開を図る為の計画（業務継続計画（BCP））を策定し、当該業務継続計画に従って必要な措置を講じます。
- (2) 職員に対し、業務継続計画について周知するとともに、必要な研修及び訓練を定期的実施します。
- (3) 定期的に業務継続計画の見直しを行い、必要に応じて業務継続計画の変更を行います。

2.3 運営推進会議

利用者及び市町村職員並び地域住民の代表者等に対し、提供するサービス内容等を明らかにすると共に地域との連携を保ち、更にはその提供するサービスの質の確保及び向上を図る為に、運営推進会議を設置し2ヶ月に一回程度開催いたしますのでご理解とご参加をお願い致します。

2.4 第三者評価の実施

年に一回、職員及び家族にアンケート形式で回答をいただき、その回答を総合・分析し当施設では何が欠けているか、何が優れているかを評価してもらっており、その評価内容は公表しております。（平成25年からは毎年行っております）

2.5 (研修)

事業所は、職員等の質の向上を図るため、次の研修の機会を設けます。

- (1) 採用時研修 採用後1ヶ月以内
- (2) 経験に応じた研修 年1回

説明事項確認書

認知症対応型共同生活介護サービスの提供にあたり、ご利用者(入居者)に対して本書面に基づいて、「重要事項」を説明いたしました。

事業者 社会福祉法人幸寿会
事業所 グループホーム東桜の里・深川北
住所 東京都江東区千田13番7号

説明者氏名 永池 孝徳 印

私は、本書面により、「重要事項」の説明を受け、サービスの提供開始に同意します。

ご利用者 住所

氏名 _____ 印

利用者自身が判断を下せない状況になった場合は、私が身元引受人として判断、対応します。
(契約時において判断が下せない場合、下記の方をご契約当事者とさせていただきます。)

住所

氏名 _____ 印

ご利用者との関係(○印)

親族 (続柄 : _____)

成年後見人

代理人

*確認資料をお見せいただく場合がございます。

あらかじめご了承ください。

(別 紙)

生活保護受給者及び中国残留邦人等支援法支援給付受給者は、次に掲げる項目について別に利用料金をお支払い下さい。

6. サービス内容

(2-2) 介護保険給付外費用

介護保険給付の対象外ですので実費をお支払い下さい。

| | |
|---------|---|
| 家 賃 | 月額 69,800円 |
| 共 益 費 | 月額 12,000円 (建物・設備の維持管理費等) ・定期健康診断(年1回)を実施しますが、それに係る費用は実費お支払い下さい。 |
| 食 材 料 費 | 月額 36,000円 |
| 光 熱 水 費 | 月額 18,900円(電気・ガス・水道費) 定額 |
| 理 美 容 費 | 1回 1,500円(希望者のみ) |
| 教養娯楽費 | ・日常生活上の、介護保険給付対象外に於ける教養及び娯楽等に関わる費用として、お預かりしている小口資金より実費充当させていただきます。 ご利用明細と共にお預かり残高を毎月ご報告致します。 |
| その他費用 | ・上記に含まれない、個人のために供する物品等のものについては本人または家族等でお支払い下さい。 |

(3-2) その他

| | |
|-------|--|
| 入 居 金 | ・入居一時金 279,000円 を入居契約時にお支払い下さい。 (内 (a) 一時金152,000円 ・ (b) 敷金127,000円) (a) 一時金 ・使途 施設使用料(共用部修繕費等)及び入居事務費として受領する費用 ・入居金償却期間 入居日より90日 ・入居金償却期間内に退去した場合の返還金 $\text{返還金} = (\text{入居金} \div 90\text{日}) \times (90\text{日} - \text{入居日数})$ ※90日経過後は、返還金がなくなります。 (b) 敷金 ・使途 退去時の原状回復費用(居室部分) ※退去時にかかる原状回復費用の実費分を敷金からお支払いいただきます。 |
|-------|--|