

重要事項説明書

記入年月日	令和3年 7月 1日
記入者名	小林 大輔
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

種類	個人 (法人) 株式会社フロンティア	
	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 ふろんていあ 株式会社 フロンティア	
主たる事務所の所在地	〒532-0003 大阪府大阪市淀川区宮原3-5-36 新大阪トラストタワー14階	
連絡先	電話番号	06-6396-8100
	FAX番号	06-6396-8101
	ホームページアドレス	http:// www.frontier-ph.com/
代表者	氏名	重森 裕之
	職名	代表取締役社長
設立年月日	昭和 (平成) ・令和28年 4月 1日	
主な実施事業	※別添1（別々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) とーといすまえばし2ごうかん トートイス前橋2号館	
所在地	〒371-0854 群馬県前橋市大渡町1-22-7	
主な利用交通手段	最寄駅	前橋駅
	交通手段と所要時間	JR両毛線前橋駅よりバスで10分
連絡先	電話番号	027-219-3126
	FAX番号	027-254-0250
	ホームページアドレス	http:// www.frontier-ph.com/
管理者	氏名	小林 大輔
	職名	管理者
建物の竣工日	昭和 (平成) ・令和 28年 2月 24日	
有料老人ホーム事業の開始日	昭和 (平成) ・令和 28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	前橋市（R2）000029
	指定した自治体名	前橋市（県）
	事業所の指定日	平成 令和 2年 7月 31日
	指定の更新日（直近）	平成 令和 7年 7月 31日

3. 建物概要

土地	敷地面積	1491.98㎡	
	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28年2月1日～令和32年1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	1462.92㎡
		うち、老人ホーム部分	740.16㎡
	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 (平成28年2月1日～令和32年1月30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	18.3㎡	24	一般居室個室
	タイプ2	有 / 無	有 / 無	18.91㎡	1	一般居室個室
	タイプ3	有 / 無	有 / 無	㎡		
	タイプ4	有 / 無	有 / 無	㎡		
	タイプ5	有 / 無	有 / 無	㎡		
	タイプ6	有 / 無	有 / 無	㎡		
	タイプ7	有 / 無	有 / 無	㎡		
タイプ8	有 / 無	有 / 無	㎡			
タイプ9	有 / 無	有 / 無	㎡			
タイプ10	有 / 無	有 / 無	㎡			
※「個室」「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か所	うち男女別の対応が可能な便房	2か所		
			うち車椅子等の対応が可能な便房	2か所		
	共用浴室	2か所	個室	2か所		
			大浴場	か所		
	共用浴室における 介護浴槽	か所	チェアー浴	か所		
			リフト浴	か所		
			ストレッチャー浴	か所		
その他 ()			か所			
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			
	火災通報装置	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	「人と心を大切にする」経営理念に基づき入居者様に対し常に感謝の気持ちと謙虚な姿勢で対応いたします。					
サービスの提供内容に関する特色	食事提供を入居者様の形態に合わせて手作りで提供いたします。					
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体制の有無	入居継続支援加算	1	あり	2	なし	
	生活機能向上連携加算	1	あり	2	なし	
	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	
	若年性認知症入居者受入加算	1	あり	2	なし	
	医療機関連携加算	1	あり	2	なし	
	口腔衛生管理体制加算	1	あり	2	なし	
	栄養スクリーニング加算	1	あり	2	なし	
	退院・退所時連携加算	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	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 ※複数ある場合は、感染症対応の際の窓口とな	1	名称	豊田内科医院
		住所	前橋市上小出町1-30-1
		診療科目	内科
		協力内容	往診・24時間電話対応
	2	名称	岩崎内科・皮膚科医院

る医療機関に○ を附記	住所	前橋市稲荷新田町222-8
	診療科目	内科
	協力内容	往診・24時間電話対応
協力歯科医療機関	名称	芳賀歯科医院
	住所	前橋市高花台1-9-2
	協力内容	歯科受診・往診

(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 他 [○] の居室へ移る場合 3 その他 ()	
判断基準の内容	本人希望	
手続きの内容	再契約	
追加的費用の有無	1 あり 2 [○] なし	
居室利用権の取扱い	無し	
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 (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	特に無し	
契約の解除の内容	日割り	
事業主体から解約を求める場合	解約条項	第12条 第1項～第5項
	解約予告期間	1か月
入居者からの解約予告期間	1か月	
体験入居の内容	1 あり (内容 :) 2 [○] なし	
入居定員	25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）18			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	11	8	3	
看護職員	2	1	1	
機能訓練指導員				
計画作成担当者				
栄養士				
調理員	5		5	
事務員				
その他職員				
1週間のうち、常勤の従業者が勤務すべき時間数 ※2				
※1 常勤換算人数とは、当該事業所の従業者の勤務延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	5	4	1
実務者研修の修了者			
初任者研修の修了者	5	3	2
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			
はり師			
きゅう師			

(夜勤を行う看護・介護職員の人数)

夜勤帯の設定時間 (19時～ 7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	1	1

(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	介護支援専門相談員					
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
前年度1年間の採用者数	1	1	4	5				
前年度1年間の退職者数	1	1	4	4				
応じた業務に従事した職員の人数	1年未満		1	3	4			
	1年以上3年未満	1		6	3			
	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	
	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	要支援1	要介護1
	年齢	80歳	96歳
居室の状況	床面積	18.91㎡	18.3㎡
	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		143,840円	143,840円
家賃		55,000円	55,000円
サービス費用 介護保険外※	特定施設入居者生活介護の費用	円	円
	食費	51,840円税込み	51,840円税込み
	管理費	15,000円	15,000円
	介護費用	22,000円	22,000円
	光熱水費	円	円
その他		円	円
※ 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)

費目	算定根拠
家賃	55,000円
敷金	家賃の 0か月分
介護費用 ※	22,000円
管理費	15,000円
食費	48,000円 (税抜き)
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	

※介護保険サービスの自己負担額は含まない。

(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等に対する自己負担	
特定施設入居者生活介護等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)	

(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)	か月
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	5人
	女性	20人
年齢別	65歳未満	人
	65歳以上75歳未満	4人
	75歳以上85歳未満	5人
	85歳以上	16人
要介護度別	自立	人
	要支援1	人
	要支援2	1人
	要介護1	4人
	要介護2	7人
	要介護3	8人
	要介護4	4人
入居期間別	要介護5	1人
	6か月未満	4人
	6か月以上1年未満	人
	1年以上5年未満	21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	87歳			
入居者数の合計	25人			
入居率（入居者数の合計／入居定員数×100） ※入居者数は、一時的に不在となっている者も含む。	100%			
入居者の入居時の住所地	県内	24人	うち前橋市	22人
	県外	1人		

(前年度における退去者の状況)

退去先別の人数	自宅等	人
	社会福祉施設	4人
	医療機関	人
	死亡者	1人
	その他	人
生前解約の状況	施設側の申し出	(解約事由の例)
	入居者側の申し出	4人
		(解約事由の例) 特別養護老人ホーム入居 4件

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し記入。

窓口の名称	株式会社フロンティア トートイス前橋2号館	
電話番号	027-219-3126	
対応している時間	平日	9時～17時
	土曜	
	日曜・祝日	
定休日		

(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 <input checked="" type="radio"/> あり	(その内容) 身体1名50000千円 財物5000千円
	2 <input type="radio"/> 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 <input checked="" type="radio"/> あり	(その内容) 1事故当たり500000円
	2 <input type="radio"/> なし	
事故対応及びその予防のための指針	1 <input type="radio"/> あり	2 <input checked="" type="radio"/> 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を把握する取組の状況	1 <input checked="" type="radio"/> あり	実施日	
		結果の開示	1 <input type="radio"/> あり 2 <input checked="" type="radio"/> なし
第三者による評価の実施状況	1 <input checked="" type="radio"/> あり	実施日	
		評価機関名称	
		結果の開示	1 <input type="radio"/> あり 2 <input checked="" type="radio"/> なし
	2 <input type="radio"/> なし		

9. 入居希望者への事前の情報開示

重要事項説明書	<input checked="" type="radio"/> 1 入居希望者に公開 <input type="radio"/> 2 入居希望者に交付 <input type="radio"/> 3 公開していない
入居契約書の雛形	<input checked="" type="radio"/> 1 入居希望者に公開 <input type="radio"/> 2 入居希望者に交付 <input type="radio"/> 3 公開していない
管理規程	<input checked="" type="radio"/> 1 入居希望者に公開 <input type="radio"/> 2 入居希望者に交付 <input type="radio"/> 3 公開していない
事業収支計画書	<input checked="" type="radio"/> 1 入居希望者に公開 <input type="radio"/> 2 入居希望者に交付 <input type="radio"/> 3 公開していない
財務諸表の要旨	<input checked="" type="radio"/> 1 入居希望者に公開 <input type="radio"/> 2 入居希望者に交付 <input type="radio"/> 3 公開していない
財務諸表の原本	<input type="radio"/> 1 入居希望者に公開 <input type="radio"/> 2 入居希望者に交付 <input checked="" type="radio"/> 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	(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		
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 _____

※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 事業主体が前橋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 ※総合事業の実施 (有)・無)	(有)	なし	ウェルスタイル訪問介護事業所	前橋市上小出町 2-27-11
訪問入浴介護	あり	なし		
訪問看護	(有)	なし	ウェルスタイル訪問看護ステーション	前橋市元総社町175-2 U. A.P Fuji101号
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 ※総合事業の実施 (有)・無)	(有)	なし	ウェルスタイルサービスセンター ウェルスタイル前橋センター大渡	前橋市上小出町 2-27-11 前橋市大渡町 1-22-7
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		
特定施設入居者生活介護	あり	なし		
福祉用具貸与	(有)	なし	フロンティア群馬営業所	前橋市大渡町 1-22-7
特定福祉用具販売	(有)	なし	フロンティア群馬営業所	前橋市大渡町 1-22-7
＜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		
地域密着型通所介護	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	(有)	なし	ウェルスタイル居宅介護支援事業所	前橋市大渡町 1-22-7
＜居宅介護予防サービス＞				
介護予防訪問入浴介護	あり	なし		
介護予防訪問看護	(有)	なし	ウェルスタイル訪問看護ステーション	前橋市元総社町175-2 U. A.P Fuji101号
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	フロンテ ア群馬営 業所	前橋市大渡町 1-22-7
特定介護予防福祉用具販売	あり	なし	フロンテ ア群馬営 業所	前橋市大渡町 1-22-7
<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		
介護医療院	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
	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		
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		※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		
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		
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		
健康管理サービス						
定期健康診断			なし	あり		※回数（年〇回など）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、管理費等の月額サービス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・単位を明確にして記入する。また、補足がある場合は、備考欄を活用して明確に記入すること。