

重要事項説明書

記入年月日	2024年07月01日
記入者名	山田 亮太
所属・職名	施設運営部

※ 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」の一部改正について（令和4年8月18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3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3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	
	※法人の場合その種類	株式会社
名称	(ふりがな) かぶしきがいしゃそうごういりょうさーびすはーもにー株式会社 総合医療サービスハーモニー	
主たる事務所の所在地	〒530-0044 大阪市北区東天満 1-11-13	
連絡先	電話番号	06-6232-8248
	FAX番号	06-6232-8249
	メールアドレス	harmony.kanri@gmail.com
	ホームページアドレス	https://harmony-medical.co.jp/
代表者	氏名	沼津 博樹
	職名	代表取締役
設立年月日	平成24年 11月 8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はーもにーさくらい 住宅型有料老人ホームハーモニー桜井	
所在地	〒633-0062 桜井市粟殿 8-5	
主な利用交通手段	最寄駅	近鉄大阪線桜井駅
	交通手段と所要時間	駅より徒歩6分
連絡先	電話番号	074-448-0740
	FAX番号	074-448-0741
	メールアドレス	
	ホームページアドレス	http://
管理者	氏名	寺西 博子
	職名	施設長
建物の竣工日	2019年8月31日	
有料老人ホーム事業の開始日	2019年10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)		
<input checked="" type="checkbox"/> 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	年 月 日
	指定の更新日 (直近)	年 月 日

3. 建物概要

土地	敷地面積	607.68 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 (普通賃借 ・ 定期賃借)				
		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	1053.76 m ²			
		うち老人ホーム部分	1053.76 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 (普通賃借 ・ 定期賃借)						
抵当権の設定		1	あり	2	なし	
契約期間		1	あり (2019年10月01日~2044年09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 (縁故者居室を含む)				
		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*
	1階平均	有/無	有/無	14.5 m ²	5	一般居室個室
	2階平均	有/無	有/無	13.8 m ²	17	一般居室個室
	3階平均	有/無	有/無	14.0 m ²	15	一般居室個室
※ 「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	1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	1ヶ所	
	共用浴室	5ヶ所	個室	5ヶ所	
			大浴場	ヶ所	
	共用浴室における介護浴槽	ヶ所	チェアー浴	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	<input checked="" type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし			
入居者や家族が利用できる調理設備	<input type="checkbox"/> あり	<input checked="" type="checkbox"/> なし			
エレベーター	<input checked="" type="checkbox"/> あり（車椅子対応） <input type="checkbox"/> あり（ストレッチャー対応） <input type="checkbox"/> あり（上記1・2に該当しない） <input type="checkbox"/> なし				
消防用設備等	消火器	<input checked="" type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし		
	自動火災報知設備	<input checked="" type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし		
	火災通報設備	<input checked="" type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし		
	スプリンクラー	<input checked="" type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし		
	防火管理者	<input checked="" type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし		
	防災計画	<input checked="" type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし		
緊急通報装置	居室	便所	浴室	その他（ ）	
	<input checked="" type="checkbox"/> あり	<input checked="" type="checkbox"/> あり	<input checked="" type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> あり	
	<input type="checkbox"/> 一部あり	<input type="checkbox"/> 一部あり	<input type="checkbox"/> 一部あり	<input type="checkbox"/> 一部あり	
	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 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	介護を必要とする高齢者・障がいをお持ちの方が入居し、継続的に生活が送れるように支援するとともに、24時間365日職員等が滞在して安心・安全な生活が送れるように配慮していく。				
サービスの提供内容に関する特色	医療等の連携による健康管理の徹底と急変時には迅速な対応に資する。				
入浴、排せつ又は食事の介護	1 自ら実施	<input checked="" type="checkbox"/> 委託	<input type="checkbox"/> 3 なし		
食事の提供	1 自ら実施	<input checked="" type="checkbox"/> 委託	<input type="checkbox"/> 3 なし		
洗濯、掃除等の家事の供与	1 自ら実施	<input checked="" type="checkbox"/> 委託	<input type="checkbox"/> 3 なし		
健康管理の供与	1 自ら実施	<input checked="" type="checkbox"/> 委託	<input type="checkbox"/> 3 なし		
安否確認又は状況把握サービス	1 自ら実施	<input checked="" type="checkbox"/> 委託	<input type="checkbox"/> 3 なし		
生活相談サービス	1 自ら実施	<input checked="" type="checkbox"/> 委託	<input type="checkbox"/> 3 なし		

(医療連携の内容)

医療支援 ※複数選択可		<input checked="" type="checkbox"/> 1 救急車の手配 2 入退院の付き添い <input type="checkbox"/> 3 通院介助 4 その他 ()	
協力医療機関	1	名称	医療法人医真会 植田医院
		住所	奈良県桜井市大字三輪 496 番地 1
		診療科目	内科
		協力科目	内科
		協力内容	入所者の病状の急変時等において 相談対応を行う体制を常時確保
	診療の求めがあった場合において 診療を行う体制を常時確保		<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり 2 なし
	2	名称	
		住所	
		診療科目	
		協力科目	
協力内容		入所者の病状の急変時等において 相談対応を行う体制を常時確保	<input type="checkbox"/> 1 あり 2 なし
	診療の求めがあった場合において 診療を行う体制を常時確保	<input type="checkbox"/> 1 あり 2 なし	
新興感染症発生時に連携する医療機関	1 あり	医療機関の名称	
		医療機関の住所	
	2 なし		
協力歯科医療機関	1	名称	
		住所	
		協力内容	

(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 type="checkbox"/> 1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし
	要支援の者	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり 2 なし
	要介護の者	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり 2 なし
留意事項	要支援者は要相談（要支援、要介護から自立になった場合、要相談）	
契約の解除の内容	入居契約第 11 条に基づく	
事業主体から解約を求める場合	解約条項	入居契約第 11 条に基づく
	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	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり (内容: 1 泊 2 日 8,000 円) <input type="checkbox"/> 2 なし	
入居定員	36 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）			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	2	2		
介護職員	4	4		
看護職員	13	1	12	
機能訓練指導員				
計画作成担当者				
栄養士				
調理員				
事務員	2	2		
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 4		
	常勤	非常勤	
社会福祉士			
介護福祉士	3	3	
実務者研修の修了者	1	1	
初任者研修の修了者			
介護支援専門員			

（夜勤を行う看護・介護職員の人数）

夜勤帯の設定時間（ 時 分～ 時 分）		
	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人	人

(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										
数に応じた 業務に従事した 職員の人数 の経験年	1年未満									
	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	物価変動、人件費上昇により、改定する場合がある。	
	手続き	運営懇談会の意見を聴く。	

(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2	要介護3	
	年齢	82歳	86歳	
居室の状況	床面積	15.2 m ²	15.2 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	円	円	
	敷金	150,000円	150,000円	
月額費用の合計		136,340円	136,340円	
家賃		55,000円	55,000円	
サービス費用	特定施設入居者生活介護 ^{※1} の費用	円	円	
	介護保険外 ^{※2}	食費	43,740円	43,740円
		管理費	37,600円	37,600円
		介護費用	円	円
		光熱水費	円	円
		その他	円	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)

費目	算定根拠
家賃	建物の賃借料、設備備品費、借入利息等を基礎として、1室あたりの家賃を算定
敷金	家賃の2.7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	共用設備の維持管理費、修繕費（水光熱費含む）
食費	1日3食分の費用（税込朝食378円、昼食486円、夕食594円）
光熱水費	管理費に含む
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	

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	8人
	女性	18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	7人
	85歳以上	14人
要介護度別	自立	0人
	要支援 1	0人
	要支援 2	0人
	要介護 1	2人
	要介護 2	2人
	要介護 3	6人
	要介護 4	5人
	要介護 5	11人
入居期間別	6ヶ月未満	4人
	6ヶ月以上 1年未満	2人
	1年以上 5年未満	20人
	5年以上 10年未満	0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	84.3歳
入居者数の合計	26人
入居率※	72.2%
※ 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	1人
	社会福祉施設	0人
	医療機関	5人
	死亡	12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	6人
		(解約事由の例) 長期入院等による

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	1. ハーモニー桜井 2. 奈良県介護保険課	
電話番号	1. 047-448-0740 2. 0742-27-8534	
対応している時間	平日	1. 9～17時 2. 8時30分～17時15分
	土曜・日曜・祝日	なし
定休日	盆及び年末年始	

(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	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり	(その内容) 入居者に対する損害賠償
	<input type="checkbox"/> 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	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり	(その内容) 入居者に対するサービス提供により賠償すべき事故が発生した場合は、入居者に対しての損害賠償を速やかに行う。
	<input type="checkbox"/> 2 なし	
事故対応及びその予防のための指針	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり	<input type="checkbox"/> 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	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり	実施日	随時
		結果の開示	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり <input type="checkbox"/> 2 なし
第三者による評価の実施状況	<input type="checkbox"/> 2 なし	実施日	
		評価機関名称	
		結果の開示	<input type="checkbox"/> 1 あり <input type="checkbox"/> 2 なし
	<input checked="" type="checkbox"/> 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	<input checked="" type="checkbox"/> 1 入居希望者に公開 <input type="checkbox"/> 2 入居希望者に交付 <input type="checkbox"/> 3 公開していない
管理規程	<input checked="" type="checkbox"/> 1 入居希望者に公開 <input type="checkbox"/> 2 入居希望者に交付 <input type="checkbox"/> 3 公開していない
事業収支計画書	<input checked="" type="checkbox"/> 1 入居希望者に公開 <input type="checkbox"/> 2 入居希望者に交付 <input type="checkbox"/> 3 公開していない
財務諸表の要旨	<input checked="" type="checkbox"/> 1 入居希望者に公開 <input type="checkbox"/> 2 入居希望者に交付 <input type="checkbox"/> 3 公開していない
財務諸表の原本	<input checked="" type="checkbox"/> 1 入居希望者に公開 <input type="checkbox"/> 2 入居希望者に交付 <input type="checkbox"/> 3 公開していない

10. その他

運営懇談会	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり	(開催頻度) 年 1回
	2 なし	
	<input type="checkbox"/> 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】	<input type="checkbox"/> 1 あり (提携ホーム名:)	
	<input checked="" type="checkbox"/> 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	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり	<input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 1 あり	<input checked="" type="checkbox"/> 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	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり	<input type="checkbox"/> 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、当該規定対象外	
合致しない事項がある場合の内容	中廊下幅が 2.7m 未満だが、緊急時等には職員が避難経路を確保するなど、必要に応じて職員が臨機応変に対応する。	
「6.既存建築物等の活用の場合等の特例」への適合性	<input type="checkbox"/> 1 適合している (代替措置)	
	<input type="checkbox"/> 2 適合している (将来の改善計画)	
	<input type="checkbox"/> 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（事業主体が奈良県で実施する他の介護サービス）

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）

※_____様

説明年月日 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 事業主体が奈良県内で実施する他の介護サービス

介護サービスの種類				併設・隣接 の状況	事業所の名 称	所在地
<居宅サービス>						
訪問介護	あり	なし		併設・隣接		
訪問入浴介護	あり	なし		併設・隣接		
訪問看護	あり	なし		併設・隣接		
訪問リハビリテーション	あり	なし		併設・隣接		
居宅療養管理指導	あり	なし		併設・隣接		
通所介護	あり	なし		併設・隣接		
通所リハビリテーション	あり	なし		併設・隣接		
短期入所生活介護	あり	なし		併設・隣接		
短期入所療養介護	あり	なし		併設・隣接		
特定施設入居者生活介護	あり	なし		併設・隣接		
福祉用具貸与	あり	なし		併設・隣接		
特定福祉用具販売	あり	なし		併設・隣接		
<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		併設・隣接		
夜間対応型訪問介護	あり	なし		併設・隣接		
地域密着型通所介護	あり	なし		併設・隣接		
認知症対応型通所介護	あり	なし		併設・隣接		
小規模多機能型居宅介護	あり	なし		併設・隣接		
認知症対応型共同生活介護	あり	なし		併設・隣接		
地域密着型特定施設入居者生活介護	あり	なし		併設・隣接		
地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護	あり	なし		併設・隣接		
看護小規模多機能型居宅介護	あり	なし		併設・隣接		
居宅介護支援	あり	なし		併設・隣接		
<居宅介護予防サービス>						
介護予防訪問介護	あり	なし		併設・隣接		
介護予防訪問入浴介護	あり	なし		併設・隣接		
介護予防訪問看護	あり	なし		併設・隣接		
介護予防訪問リハビリテーション	あり	なし		併設・隣接		
介護予防居宅療養管理指導	あり	なし		併設・隣接		
介護予防通所介護	あり	なし		併設・隣接		
介護予防通所リハビリテーション	あり	なし		併設・隣接		
介護予防短期入所生活介護	あり	なし		併設・隣接		
介護予防短期入所療養介護	あり	なし		併設・隣接		
介護予防特定施設入居者生活介護	あり	なし		併設・隣接		
介護予防福祉用具貸与	あり	なし		併設・隣接		
特定介護予防福祉用具販売	あり	なし		併設・隣接		
<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		併設・隣接		
介護予防小規模多機能型居宅介護	あり	なし		併設・隣接		
介護予防認知症対応型共同生活介護	あり	なし		併設・隣接		
介護予防支援	あり	なし		併設・隣接		
<介護保険施設>						
介護老人福祉施設	あり	なし		併設・隣接		
介護老人保健施設	あり	なし		併設・隣接		
介護療養型医療施設	あり	なし		併設・隣接		
介護医療院	あり	なし		併設・隣接		
<介護予防・日常生活支援総合事業>						
訪問型サービス	あり	なし		併設・隣接		
通所型サービス	あり	なし		併設・隣接		
その他の生活支援サービス	あり	なし		併設・隣接		

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	備考
	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	料金※3	
	なし	あり	なし	あり				
介護サービス								
食事介助	なし	あり	なし	あり		○	2,000 円/30 分	
排泄介助・おむつ交換	なし	あり	なし	あり		○	2,000 円/30 分	
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		○	2,000 円/30 分	
特浴介助	なし	あり	なし	あり		○	2,000 円/30 分	
身辺介助（移動・着替え等）	なし	あり	なし	あり		○	2,000 円/30 分	
機能訓練	なし	あり	なし	あり				
通院介助	なし	あり	なし	あり		○	2,000 円/30 分	
口腔衛生管理	なし	あり	なし	あり		○	2,000 円/30 分	
生活サービス								
居室清掃	なし	あり	なし	あり		○	1,500 円/30 分	
リネン交換	なし	あり	なし	あり		○	1,650 円/30 分	
日常の洗濯	なし	あり	なし	あり		○	1,500 円/30 分	
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		○	実費負担	
買い物代行	なし	あり	なし	あり		○	1,500 円/30 分	
役所手続き代行	なし	あり	なし	あり		○	1,500 円/30 分	
金銭・貯金管理			なし	あり				要相談
健康管理サービス								
定期健康診断			なし	あり		○	実費負担	
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		○	2,000 円/30 分	
入院中の洗濯物交換・買い物	なし	あり	なし	あり		○	1,000 円/30 分	
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～3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。