

重要事項説明書

記入年月日	令和元年5月1日
記入者名	大野 晋吾
所属・職名	管理者

1. 事業主体概要

種類	法人	
	※法人の場合、その種類	医療法人
名称	(ふりがな) いりょうほうじん りょくようかい 医療法人 緑陽会	
主たる事務所の所在地	〒370-2306 群馬県相野田 469 番地	
連絡先	電話番号	0274-62-5811
	FAX番号	0274-62-5813
	ホームページアドレス	http://www.ryokuyou.jp
	メールアドレス	komachi@mail.gunma.med.or.jp
代表者	氏名	牧野 武雄
	職名	理事長
設立年月日	平成 5 年 7 月 7 日	
主な実施事業	※別添 1 (別の実施する介護サービス一覧表)	

2. サービス付き高齢者向け住宅事業の概要

(住まいの概要)

名称	(ふりがな) しにあらいふしらいわ シニアライフ白岩	
所在地	〒370-2305 群馬県富岡市白岩 703 番地	
主な利用交通手段	最寄駅	上信電鉄 上州福島駅
	交通手段と所要時間	①バス利用の場合 ・上信電鉄上州富岡駅から「ふれあいバス」にておの薬局前下車にて徒歩1分。 ②自動車利用の場合 ・上州福島駅からタクシーにて約10分 ・上信越道富岡ICから20分 ・上信越道吉井ICから20分
連絡先	電話番号	0274-67-7222
	FAX番号	0274-67-7223
	ホームページアドレス	http://www.ryokuyou.jp
	メールアドレス	shiraiwa@af.wakwak.com
管理者	氏名	大野 晋吾
	職名	管理者
建物の竣工日		平成24年5月15日
サービス付き高齢者向け住宅事業の開始日		平成24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	1071000648
	指定した自治体名	群馬県
	事業所の指定日	平成24年6月1日
	指定の更新日 (直近)	平成 年 月 日

	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	4ヶ所		
			うち車椅子等の対応が可能な便房	4ヶ所		
	共用浴室	5ヶ所	個室	4ヶ所		
			大浴場	1ヶ所		
	共用浴室における介護浴槽	2ヶ所	チェアー浴	ヶ所		
			リフト浴	1ヶ所		
			ストレッチャー浴	1ヶ所		
			その他（ ）	ヶ所		
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	職員全員が高齢者住まい法を理解して、高齢者が住み慣れた地域で安心して安全に生活できるお手伝いをさせて頂く。
サービスの提供内容に関する特色	要支援・要介護者が居室において、自立した日常生活を営むことができるように、機能訓練や必要な日常生活上の介護を提供することにより棲の住み家として安心安全に暮していただけます。環境に配慮した太陽熱利用温水・雨水再利用装置を設置しています。協力医療機関・コマチクリニック (同一敷地内)・公立富岡総合病院 (車で10分以内)・公立七日市病院 (車で15分以内)・小澤歯科医院 (車で5分以内)
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 ※複数選択可		① 救急車の手配 ② 入退院の付添い ③ 通院介助 ④ その他 ()	
協力医療機関	1	名称	コマチクリニック
		住所	群馬県富岡市相野田469番地
		診療科目	整形外科、内科、泌尿器科
		協力内容	入居者の健康相談、診察、往診、専門医への紹介
	2	名称	公立富岡総合病院
		住所	群馬県富岡市富岡2073番地1
		診療科目	一般全科
		協力内容	入居者の診察及び診断
	3	名称	公立七日市病院
		住所	群馬県富岡市七日市643番地
		診療科目	内科、循環器科、呼吸器外来、皮膚科、整形外科
		協力内容	入居者の診察及び診断
協力歯科医療機関		名称	小沢歯科医院
		住所	群馬県富岡市下高尾580番地
		協力内容	入居者の診察及び診断

(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		感染症等の疑いのある場合		
手続の内容		特になし		
追加的費用の有無		① あり ② なし		
居室利用権の取扱い		継続致します。		
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) クローゼット	
		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	60歳以上の方又は60歳未満で要介護認定若しくは要支援認定を受けている方が入居することができます。	
契約の解除の内容	<ul style="list-style-type: none"> ・入居資格がなくなったとき ・家賃・食費その他の支払いをしばし延滞するとき ・利用規定を守らないとき ・入居者の行動等が他入居者の生命に危害を及ぼす恐れがあり、かつ通常の介護方法ではこれを防止することができないとき。 	
事業主体から解約を求める場合	解約条項	入居契約書第9条
	解約予告期間	3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 (内容:入居者と同じ生活を送ることができます。最長3泊4日) 2 なし	
体験入居の費用	<ul style="list-style-type: none"> ・1泊につき5,400円を徴収(夕食・朝食付き)。 ・昼食を提供する場合は別途代金540円を加算して徴収する。 ・面会家族へ食事を提供した際も同様に加算して徴収する。(朝食410円・昼食660円・夕食520円) ・請求書は速やかに作成し料金の支払いについては窓口への現金払いとする。 	
入居定員	40人	
その他		

5. 職員体制

※当該有料老人ホーム・サービス付き高齢者向け住宅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		0.1
生活相談員	3	3		1
直接処遇職員				
介護職員	14	11	3	11
看護職員	2	2		2
機能訓練指導員	2		2	0.11
計画作成担当者	2	2		0.4
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	3	2	1
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	2	2
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 (時～ 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	2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 ④ 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		介護福祉士						
	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	1		2	1				1			
前年度1年間の退職者数	1		3						1		
応じた業務に従事した経年数に 業務に従事した職員の人数	1年未満	1		2	1				1	1	
	1年以上 3年未満			2							
	3年以上 5年未満			1	2				1		
	5年以上 10年未満			4		1					
	10年以上	1		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	
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	施設の所在する地域の発表する消費者物価指数及び人件費等を勘案します。
	手続	懇談会で意見を聴取したうえで改定し、入居者及び身元引受人へ通知し同意を得るものとします。

(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	3	自立	
	年齢	80歳	80歳	
居室の状況	床面積	18.90㎡	18.90㎡	
	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		157,320円	141,420円	
家賃		60,000円	60,000円	
サービス費用	特定施設入居者生活介護 ^{※1} の費用	20,220円	0円	
	介護保険外 ^{※2}	食費	47,700円	47,700円
		共益費	30,900円	30,900円
		介護費用	0円	4,320円
		光熱水費	0円	0円
		状況把握・生活相談費用	0円	0円
		健康管理費用	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)

費目	算定根拠
家賃	1日2,000円とし、月額60,000円とする。
敷金	0円
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	1日1,030円とし、月額30,900円とする。
食費	朝食410円、昼食660円、夕食520円合計1,590円とし、

	月額47,700円とする。
光熱水費	0円 管理費に含む
状況把握・生活相談費用	0円
健康管理費用	0円
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	料金表、介護サービス等の一覧表を参照

(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	介護度及び負担割合による (料金表参照)
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		
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	14人
	女性	22人
年齢別	65歳未満	0人
	65歳以上 75歳未満	3人
	75歳以上 85歳未満	7人
	85歳以上	26人
要介護度別	自立	3人
	要支援1	5人
	要支援2	7人
	要介護1	9人
	要介護2	7人
	要介護3	3人
	要介護4	1人
	要介護5	1人
入居期間別	6ヶ月未満	6人
	6ヶ月以上1年未満	3人
	1年以上5年未満	24人
	5年以上10年未満	3人
	10年以上15年未満	0人
	15年以上	0人
入居時の住所地	県内	36人
	うち施設の市町村内	29人
	県外	0人

(入居者の属性)

平均年齢	86.5歳
入居者数の合計	36人
入居率※	90%
※ 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	5人
	社会福祉施設	4人
	医療機関	9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	18人
		(解約事由の例) 退院困難、在宅復帰、他福祉施設への入所(居)

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		シニアライフ白岩相談窓口
電話番号		0274-67-7222
対応している時間	平日	9:00~17:00
	土曜	9:00~17:00
	日曜・祝日	9:00~17:00
定休日		なし
窓口の名称		富岡市役所 高齢介護課
電話番号		0274-62-1511
対応している時間	平日	9:00~17:00
	土曜	なし
	日曜・祝日	なし
定休日		土、日、祝祭日、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	① あり	(その内容) 全国老人保健施設協会共済会
	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) 上記保険で対応
	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	2 ヶ月に1 度の実施
		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	
		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 6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	
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	
有料老人ホーム等設置運営指 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	
有料老人ホーム等設置運営指 導指針の不適合事項	なし	
不適合事項がある場合の内 容		
(公社) 全国有料老人ホーム 協会への加入	1 あり ② なし	

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)

別添 3 (介護サービス等の一覧及び料金表)

※ _____ 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 事業主体が当該都道府県、指定都市、中核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	あり	なし		
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	ショート・テ ^レ イセンターこまち	富岡市七日市761-10
通所リハビリテーション	あり	なし	介護老人保健施設こまち	富岡市相野田469番地
短期入所生活介護	あり	なし	ショート・テ ^レ イセンターこまち	富岡市七日市761-10
短期入所療養介護	あり	なし	介護老人保健施設こまち	富岡市相野田469番地
特定施設入居者生活介護	あり	なし	シニアライフ白岩	富岡市白岩703番地
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	グループホームこまち	富岡市相野田469番地
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	ショート・テ ^レ イセンターこまち	富岡市七日市761-10
介護予防通所リハビリテーション	あり	なし	介護老人保健施設こまち	富岡市相野田469番地
介護予防短期入所生活介護	あり	なし	ショート・テ ^レ イセンターこまち	富岡市七日市761-10
介護予防短期入所療養介護	あり	なし	介護老人保健施設こまち	富岡市相野田469番地
介護予防特定施設入居者生活介護	あり	なし	シニアライフ白岩	富岡市白岩703番地
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	グループホームこまち	富岡市相野田469番地
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	介護老人保健施設こまち	富岡市相野田469番地
介護療養型医療施設	あり	なし		

別添 2

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）		包含※2	都度※2	料金※3	備考
介護サービス								
食事介助	なし	あり	なし	あり		○	別添3参照	
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		○	〃	コマチクリニックへの通院介助は包含
生活サービス								
状況把握・生活相談	なし	あり	なし	あり	○			
居室清掃	なし	あり	なし	あり		○	別添3参照	
リネン交換	なし	あり	なし	あり		○	〃	居室清掃に包含
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		○	別添3参照	
買い物代行	なし	あり	なし	あり	○	○	〃	週1回木曜日は包含、それ以外は実費
役所手続き代行	なし	あり	なし	あり	○	○	〃	月1回は包含、それ以外は
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		○	別添3参照	年2回
健康管理・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		○	別添3参照	
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		○	別添3参照	
入退院時の同行	なし	あり	なし	あり		○	〃	
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、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。