

記入年月日
記入者名
所属・職名
取込種別
被災確認事業所番号

1 事業主体概要

種類
名称
法人番号
主たる事務所の所在地
連絡先
代表者
設立年月日
主な実施事業

2 有料老人ホーム事業の概要
(住まいの概要)

名称
所在地
所在地（建物名等）
市区町村コード
主な利用交通手段
連絡先
管理者
建物の
有料老人ホーム

(類型) 【表示事項】

類型	3 住
1 又は 2 に該当する 場合	介護保
	指定し
	事業所
	指定の

3 建物概要

土地	敷地面積
	所有関係
建物	延床面積
	耐火構造
	構造

	所有関係
居室の状況	居室区分 【表示事項】
	タイプ 1
	タイプ 2
	タイプ 3
	タイプ 4
	タイプ 5
	タイプ 6
	タイプ 7
	タイプ 8
	タイプ 9
	タイプ10

共用施設	共用便所における 尿
	共用浴室
	共用浴室における 保護浴槽
	食堂
	入居者や家族が できる調理設備
	エレベーター
消防用設備等	消火器
	自動火災報知器
	火災通報設備
	スプリンクラー
	防火管理者
	防災計画
緊急通報装置 等	居室
	便所
	浴室
	その他
その他	機能訓練室 1 7

4 サービスの内容
(全体の方針)

運営に関する方針

サービスの提供内容に関する

入浴、排せつ又は食事の介護

食事の提供

洗濯・掃除等の家事の供与

健康管理の供与

安否確認又は状況把握サービ

生活相談サービス

(介護サービスの内容)

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

人員配置が手厚い介護サービス実施の有無

（医療連携の内容）

医療支援 ※複数選択可	
	1

協力医療機関	2
	3

協力歯科医療 機関	1
	2

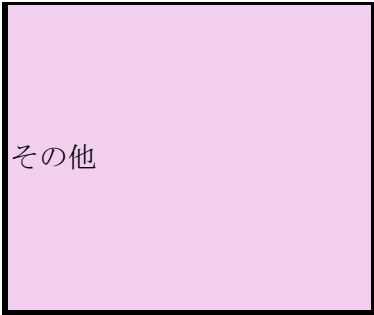
（入居後に居室を住み替える

入居後に居室を住み替える 場合 ※複数選択可	
判断基準の内容	
手続きの内容	
追加的費用の有無	
居室利用権の取扱い	
前払金償却の調整の有無	
従前の居室と の仕様の変更	面積の増減
	便所の変更
	浴室の変更
	洗面所の変更
	台所の変更

	その他の変更
--	--------

(入居に関する要件)

入居対象となる者 【表示事項】
留意事項
契約解除の内容
事業主体から解約を求める 場合
入居者からの解約予告期間
体験入居の内容
入居定員



その他

5 職員体制

※ 有料老人ホームの職員に
職員については記載する必要
(職種別の職員数)

	職員数	
	合計	
管理者	1	
生活相談員	1	
直接処遇職員		
介護職員		
看護職員		
機能訓練指導員		
計画作成担当者		
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		
※ 1 常勤換算人数とは、当 常勤の従業者が勤務すべ 数を常勤の従業者の人数		
※ 2 特定施設入居者生活介		

(資格を有している介護職員)

社会福祉士	
介護福祉士	
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	

（資格を有している機能訓練

看護師又は准看護師
理学療法士
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
はり師
きゅう師

（夜勤を行う看護・介護職員

夜勤帯の設定時間
看護職員
介護職員

（特定施設入居者生活介護等

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）
※ 広告、パンフレット等に
外部サービス利用型特定施設 る有料老人ホームの介護サ 提供体制 （外部サービス利用型特定施設 場合、本欄は省略可能）

(職員の状況)

管理者	
前年度1年間の採用者数	
前年度1年間の退職者数	
応業務に従事した経験年数に じた職員の人	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	

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】	
利用料金の支払い方式 【表示事項】	
年齢に応じた金額設定	
要介護状態に応じた金額設定	
入院等による不在時における利用料金（月払い）の取扱い	
利用料金の改定	条件
	手続き

（利用料金のプラン【代表的】）

入居者の状況			要介護	
			年齢	
居室の状況			床面積	
			便所	
			浴室	
			台所	
入居時点で必要な費用			前払金	
			敷金	
月額費用の合計				
	家賃			
	サービス費用	特定施設入居料		
		介護保険外※ ²	食費	
			管理費	
			介護費	
			光熱水	
			その他	
※1 介護予防・地域密着型のサービス				
※2 有料老人ホーム事業として実施している施設				
費用は、同一法人によって異なる				

（利用料金の算定根拠）

費目
家賃
敷金
介護費用 ※介護保険サービスの自己負担は含まない。

管理費

食費

光熱水費

利用者の個別的な選択による
サービス利用料

その他のサービス利用料

(特定施設入居者生活介護に

※ 特定施設入居者生活介護

費
特定施設入居者生活介護※に
特定施設入居者生活介護※に 合の介護サービス（上乗せサ
※ 介護予防・地域密着型の

（前払金の受領）※前払金を

算定根拠
想定居住期間（償却年月数）
償却の開始日
想定居住期間を超えて契約が する額（初期償却額）
初期償却率

返還金の算定 方法	入居後 3 月以内	
	入居後 3 月を超えて	
前払金の保全 先		
	1	全国有料

7 入居者の状況【冒頭に記した

（入居者の人数）

性別	男性
	女性
年齢別	65歳未満
	65歳以上75歳未満
	75歳以上85歳未満
	85歳以上
要介護度別	自立
	要支援 1
	要支援 2
	要介護 1
	要介護 2
	要介護 3
	要介護 4
	要介護 5
入居期間別	6ヶ月未満
	6ヶ月以上1年未満
	1年以上5年未満
	5年以上10年未満
	10年以上15年未満
	15年以上

（入居者の属性）

平均年齢
入居者数の合計
入居率※
※ 入居者数の合計を入居定員で割った値

（前年度における退去者の状況）

退居先別の人数	自宅等
	社会福祉施設
	医療機関
	死亡
	その他
生前解約の状況	施設側
	入居者側

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体制）

窓口1	
	窓口の名称
	電話番号
	対応している時間
	定休日

窓口2	
	窓口の名称
	電話番号
	対応している時間
	定休日
窓口3	
	窓口の名称
	電話番号
	対応している時間
	定休日
窓口4	
	窓口の名称
	電話番号
	対応している時間
	定休日
窓口5	
	窓口の名称
	電話番号
	対応している時間
	定休日

(サービスの提供により賠償

損害賠償責任保険の加入状況

介護サービスの提供により賠償が発生したときの対応

事故対応及びその予防のため

(利用者等の意見を把握する

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

第三者による評価の実施状況

9 入居希望者への事前の情報開

入居契約書の雛形

管理規程

事業収支計画書

財務諸表の要旨
財務諸表の原本

10 その他

運営懇談会

提携ホームへの移行
【表示事項】

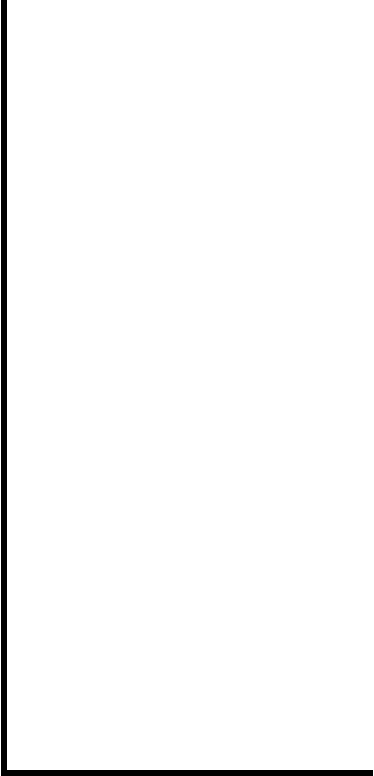
有料老人ホーム設置時の老人福祉法第29条第1項に規定する届出

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

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

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
別添 2

※ _____

※ 契約を前提

重要事項説明書

Ver 1.1

2024	年	7	月	1	日
林陽香					
管理者					
1 追加					

2 法人					
※法人の場合、その種類		5 営利法人			
(ふりがな)		かぶしがいしゃ べすとけあ・ぱーとなーず			
株式会社ベストケア・パートナーズ					
法人番号有無		1 有			
法人番号		5120001172061			
〒	336	-	0031		
埼玉県さいたま市南区鹿手袋4丁目4番1号					
電話番号		048	-	711	- 6008
FAX番号		048	-	711	- 6010
メールアドレス		info		@	bestcare-partners.co.jp
ホームページ有無		1 有			
ホームページアドレス		"https://		bestcare-partners.co.jp/	
氏名		中山 彬			
職名		代表取締役			
2012	年	7	月	24	日
※別添1 (別の実施する介護サービス一覧表)					

(ふりがな)		じゅうたくがたゆうりょうろうじんほーむ みつばめぞんにいざひがしとう					
住宅型有料老人ホーム みつばメゾン新座東棟							
〒	352	-	0002				
埼玉県新座市東三丁目1番12号							
みつばメゾン新座東棟							
都道府県	埼玉県		市区町村	112305 新座市			
最寄駅			東武東上線 志木		駅		
交通手段と所要時間			東武東上線「志木」駅から ①バス利用の場合 ・西武バスで乗車3分、「立教前」停留所で下車、徒歩1分(130m) ②徒歩13分(1.0km)				
電話番号			048	-	486	-	9345
FAX番号			048	-	486	-	9346
メールアドレス			niiza-e.mitsuba		@	bestcare-partners.co.jp	
ホームページ有無			1 有				
ホームページアドレス			"https://		bestcare-partners.co.jp/		
氏名			林 陽香				
職名			管理者				
竣工日			2024	年	5	月	31 日
事業の開始日			2024	年	6	月	1 日

宅型					
険事業者番号					
た自治体名					
の指定日		年		月	日
更新日（直近）		年		月	日

	875. 59	m ²
	2 事業者が賃借する土地	
	2 事業者が賃借する土地の場合	
	賃貸の種別	1 普通貸借
	抵当権の有無	2 なし
	契約期間	1 あり
		開始
		2024 年 6 月 1 日
		終了
2054 年 11 月 30 日		
契約の自動更新	1 あり	
	全体	611. 99 m ²
	うち、老人ホーム部分	611. 99 m ²
	2 準耐火建築物	
	3 その他の場合	
	2 鉄骨造	
	4 その他の場合	

	2 事業者が賃借する建物							
	2 事業者が賃借する建物の場合							
	賃貸の種別		1 普通貸借					
	抵当権の有無		2 なし					
	契約期間		1 あり					
			開始					
			2024	年	6	月	1	日
			終了					
			2054	年	11	月	30	日
契約の自動更新		1 あり						
	1 全室個室（縁故者個室含む）							
	2 相部屋ありの場合							
	最少		人部屋					
	最大		人部屋					
トイレ	浴室	面積		戸数・室数	区分			
2 無	2 無	10.07	m ²	21	1 一般居室個室			
2 無	2 無	10.19	m ²	4	1 一般居室個室			
			m ²					
			m ²					
			m ²					
			m ²					
			m ²					
			m ²					
			m ²					
			m ²					

ける便	6	ヶ所	うち男女別の対応が可能な便房	0	ヶ所
			うち車椅子等の対応が可能な便房	6	ヶ所
	2	ヶ所	個室	2	ヶ所
			大浴場	0	ヶ所
ける介	2	ヶ所	チェアー浴	1	ヶ所
			リフト浴		ヶ所
			ストレッチャー浴	1	ヶ所
			その他		ヶ所
	1	あり			
が利用 備	2	なし			
	1	あり（車椅子対応）			
	1	あり			
設備	1	あり			
	1	あり			
一	1	あり			
	2	なし			
	2	なし			
	1	全ての居室あり			
	1	全ての便所あり			
	1	全ての浴室あり			
	ナースコール				
	1	あり			
か所					

	1. 入居者が可能な限りその居宅において、その有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるように配慮して、援助を行うものとする。 2. 入居者の要介護状態の軽減若しくは悪化の防止に資するよう、その目標を設定し、計画的に行い、常に利用者の立場に立ったサービス提供に努めるものとする。 3. 入居者の所在する市町村、居宅介護支援事業者、在宅介護支援センター、地域包括支援センター、他の居宅サービス事業者、保健医療サービス及び福祉サービスを提供する者との連携に努めるものとする。
5 特色	障害福祉サービスの併用可能 医療的ケアの提供体制あり
費	3 なし
	2 委託
	3 なし
	1 自ら実施
ス	1 自ら実施
	1 自ら実施

※特定施設入居者生活介護の提供を行っていない場合は省略可能

入居継続支援加算（Ⅰ）	
入居継続支援加算（Ⅱ）	
生活機能向上連携加算（Ⅰ）	
生活機能向上連携加算（Ⅱ）	
個別機能訓練加算（Ⅰ）	
個別機能訓練加算（Ⅱ）	
ADL維持等加算（Ⅰ）	
ADL維持等加算（Ⅱ）	
夜間看護体制加算	
若年性認知症入居者受入加算	
医療機関連携加算	
口腔衛生管理体制加算	
口腔・栄養スクリーニング加算	
科学的介護推進体制加算	
退院・退所時連携加算	
看取り介護加算（Ⅰ）	
看取り介護加算（Ⅱ）	
認知症専門ケア加算	（Ⅰ）
	（Ⅱ）

サービス提供体制強化加算	(Ⅰ)	
	(Ⅱ)	
	(Ⅲ)	
介護職員処遇改善加算	(Ⅰ)	
	(Ⅱ)	
	(Ⅲ)	
	(Ⅳ)	
	(Ⅴ)	
介護職員等特定処遇改善加算	(Ⅰ)	
	(Ⅱ)	
サービスの		
	1 ありの場合	
	(介護・看護職員の配置率)	: 1

○	救急車の手配	
	入退院の付き添い	
	通院介助	
	その他	
名称	医療法人五麟会 まちだ訪問クリニック	
住所	朝霞市本町1丁目34-1 ボンビラージュ113	
診療科目	内科全般	
協力科目	内科全般	
協力内容	往診・緊急時対応	

名称	
住所	
診療科目	
協力科目	
協力内容	
名称	
住所	
診療科目	
協力科目	
協力内容	

名称	コスモス歯科
住所	新座市馬場1-2-33-2F
協力内容	往診等
名称	
住所	
協力内容	

（場合） ※住み替えを行っていない場合は省略可能

[illegible]

	(変更内容)	
--	--------	--

自立している者	2 なし		
要支援の者	1 あり		
要介護の者	1 あり		
入居者は事業者に対し、解約する1か月前までに書面にて申し入れることで、本契約を解除することができます。			
解約条項	利用権契約書第16条の通り		
解約予告期間	1		ヶ月
1			ヶ月
1 あり			
1 ありの場合			
	(内容)	1 泊 2 日 3 食付5,500円	
25			人



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
 はありません）。

(実人数)			常勤換算人数 ※ 1 ※ 2
	常勤	非常勤	
	1		1
	1		1
が勤務すべき時間数 ※ 2			時間
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 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 数に換算した人数をいう。 保護等を提供しない場合は、記入不要			

(の人数)			
	合計		
		常勤	非常勤

（指導員の人数）

	合計		
		常勤	非常勤

（の人数）

（ 時 分 ～ 時 分 ）	
平均人数	最少時人数（休憩者等を除く）
人	人
人	人

（の提供体制）

契約上の職員配置比率※ 【表示事項】	
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

における記載内容に合致するものを選択

まで ービス 以外の	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	

	他の職務との兼務				1 あり						
	業務に係る資格等		1 あり								
			1 ありの場合								
			資格等の名称				介護福祉士実務者研修 修了				
	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	
					1						
記	1 あり										

1 利用権方式	
3 月払い方式	
4 選択方式の場合、該当する方式を全て選択	
	全額前払い方式
	一部前払い・一部月払い方式
	月払い方式
2 なし	
2 なし	
1 減額なし	
3 不在期間が○日以上の場合に限り、日割り計算で減額の場合	
	不在期間が 日以上
次のいずれかに該当する場合には、家賃等を改定することができる。 一 土地又は建物に対する租税その他の負担の増減により家賃等が不相当となった場合 二 土地又は建物の価格の上昇又は低下その他の経済事情の変動により家賃等が不相当となった場合 三 近傍同種の建物の賃料に比較して家賃等が不相当となった場合 四 本物件、附属施設・設備又は本物件の敷地に改良を施した場合	
貸主と借主が協議を行う。	

【異なるプランを2例】)

	プラン 1	プラン 2
度	3	5
	70 歳	85 歳
	10.07 m ²	10.07 m ²
	2 無	2 無
	2 無	2 無
	2 無	2 無
	0 円	0 円
	90,000 円	90,000 円
	151,600 円	112,300 円
	60,000 円	47,700 円
者生活介護※1の費用	円	円
	48,600 円	21,600 円
	32,000 円	32,000 円
用	円	円
費	11,000 円	11,000 円
	円	円
場合を含む。 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 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)		

	算定根拠
	近隣一般住居相場を勘案して算定 ※生活保護受給者への減額あり (プラン2) ※下記、敷金についての補足：家賃・管理費の2ヶ月分。ただし上限を9万円とする。
	家賃の 2 ヶ月分
負担額	

	近隣一般住居相場及び提供サービス内容を鑑み
	委託費に鑑み ※生活保護受給者への減額あり（プラン２）
	実額に鑑み
サー	別添２
	サービス内容別に相談

に關する利用料金の算定根拠)
護等の提供を行っていない場合は省略可能

目	算定根拠
対する自己負担額	
における人員配置が手厚い場 トービス)	
場合を含む。	

※受領していない場合は省略可能

	ヶ月
	入居日
※継続する場合に備えて受領	円
	%

内の契約終了		
超えた契約終了		
老人ホーム協会以外の場合		
名称		

【記入日現在】

	2	人
	1	人
	2	人
未満		人
未満	1	人
		人
	1	人
		人
		人
		人
		人
		人
	1	人
	1	人
	3	人
年未満		人
未満		人
未満		人
未満		人
		人

	66	歳
	3	人
	12	%
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。		

（状況）

		人
社施設		人
関		人
		人
		人
の申し出		人
	(解約事由の例)	
側の申し出		人
	(解約事由の例)	

5窓口等の状況）

	みつばメゾン新座東棟（苦情担当）								
	048	－	486	－	9345				
平日	9	時	0	分	～	18	時	0	分
土曜		時		分	～		時		分
日曜・祝日		時		分	～		時		分
	土日祝								

	株式会社ベストケア・パートナーズ								
	048		-	711		-	6008		
平日	9	時	0	分	～	18	時	0	分
土曜		時		分	～		時		分
日曜・祝日		時		分	～		時		分
	土日祝								
	新座市消費生活センター								
	048		-	424		-	9162		
平日	10	時	0	分	～	16	時	0	分
土曜		時		分	～		時		分
日曜・祝日		時		分	～		時		分
	土日祝、12月29日～翌年1月3日								
	埼玉県福祉部高齢者福祉課								
	048		-	830		-	3254		
平日	8	時	30	分	～	17	時	15	分
土曜		時		分	～		時		分
日曜・祝日		時		分	～		時		分
	土日祝、12月29日～翌年1月3日								
		-				-			
平日		時		分	～		時		分
土曜		時		分	～		時		分
日曜・祝日		時		分	～		時		分

すべき事故が発生したときの対応)

	1 あり		
	1 ありの場合		
		その内容	三井住友海上賠償責任保険
賠償すべき事	1 あり		
	1 ありの場合		
		その内容	当事者双方、事故関係者等から事故発生時の状況確認を行い、ご家族等への連絡と状況に応じた対応を行います。県が定める事故発生時の報告手順に従い県へ報告を行います。
の指針	1 あり		

体制、第三者による評価の実施状況等)

2 なし		
1 ありの場合		
	実施日	
	結果の開示	
2 なし		
1 ありの場合		
	実施日	
	評価機関名称	
	結果の開示	

開示

2 入居希望者に交付
2 入居希望者に交付
3 公開していない

3	公開していない
3	公開していない

1 あり	
1 ありの場合	
	(開催頻度) 年 2 回
2 なしの場合	
1 代替措置ありの場合	
	(内容)
2 なし	
1 ありの場合	
	提携ホーム名
1 あり	
2 なし	
1 あり	
1 ありの場合	
	合致しない事項がある場合の内容 居室面積が13.2㎡を満たさない。 中廊下の有効廊下幅が2.7m未満である。
	「6. 既存建築物等の活用の場合等の特例」への適合性
1 あり	

居室面積が13.2㎡を満たさない。
中廊下の有効廊下幅が2.7mを満たない。
夜間常駐職員がいない。
医務室または健康管理室がない。
健康・生きがい施設がない。



(別に実施する介護サービス一覧表)
(個別選択による介護サービス一覧表)

____様

説明年月日

年 月 日

説明者署名

※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等

介護サービスの種類	有無	主な事業所の名称	所在地	併設
<居宅サービス>				
訪問介護	1 有	①みつば訪問介護与野 ②みつば訪問介護朝霞台	①さいたま市中央区下落合4-6-4 丸幸ビル4F ②朝霞市三原3-5-38	
訪問入浴介護	2 無			
訪問看護	1 有	①みつば訪問看護ステーション与野 ②みつば訪問看護ステーション朝霞台	①さいたま市中央区下落合4-6-4 丸幸ビル4F ②朝霞市三原3-5-38	
訪問リハビリテーション	2 無			
居宅療養管理指導	2 無			
通所介護	2 無			
通所リハビリテーション	2 無			
短期入所生活介護	2 無			
短期入所療養介護	2 無			
特定施設入居者生活介護	2 無			
福祉用具貸与	2 無			
特定福祉用具販売	2 無			
<地域密着型サービス>				
定期巡回・随時対応型訪問介護看護	2 無			
夜間対応型訪問介護	2 無			

地域密着型通所介護	2 無			
認知症対応型通所介護	2 無			
小規模多機能型居宅介護	2 無			
認知症対応型共同生活介護	2 無			
地域密着型特定施設入居者生活介護	2 無			
地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護	2 無			
看護小規模多機能型居宅介護	2 無			
居宅介護支援	2 無			
<居宅介護予防サービス>				
介護予防訪問入浴介護	2 無			
介護予防訪問看護	2 無			
介護予防訪問リハビリテーション	2 無			
介護予防居宅療養管理指導	2 無			
介護予防通所リハビリテーション	2 無			
介護予防短期入所生活介護	2 無			
介護予防短期入所療養介護	2 無			
介護予防特定施設入居者生活介護	2 無			

介護予防福祉用具貸与	2 無			
特定介護予防福祉用具販売	2 無			
<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	2 無			
介護予防小規模多機能型居宅介護	2 無			
介護予防認知症対応型共同生活介護	2 無			
介護予防支援	2 無			
<介護保険施設>				
介護老人福祉施設	2 無			
介護老人保健施設	2 無			
介護療養型医療施設	2 無			
介護医療院	2 無			
<介護予防・日常生活支援総合事業>				
訪問型サービス	2 無			
通所型サービス	2 無			
その他生活支援サービス	2 無			

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						2 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)	個別の利用料金で、実施するサービス(利用者が全額負担)	包含※2			備考
			都度※2	料金※3		
介護サービス						
食事介助		2 なし				
排泄介助・おむつ交換		2 なし				
おむつ代		2 なし				
入浴（一般浴）介助・清拭		2 なし				
特浴介助		2 なし				
身辺介助（移動・着替え等）		2 なし				
機能訓練		2 なし				
通院介助		2 なし				
生活サービス						
居室清掃		2 なし				
リネン交換		2 なし				
日常の洗濯		2 なし				
居室配膳・下膳		1 あり	○			
入居者の嗜好に応じた特別な食事		2 なし				
おやつ		2 なし				
理美容師による理美容サービス		1 あり		○	実費	1ヶ月に1回程度訪問理美容あり（実費）。
買い物代行		2 なし				
役所手続き代行		2 なし				
金銭・貯金管理		1 あり	○			金銭等の取扱いや収支・残高の確認・照会 は、毎日9時から18時のみ実施 現金は預からない。
健康管理サービス						
定期健康診断		2 なし				
健康相談		2 なし				
生活指導・栄養指導		2 なし				
服薬支援		2 なし				
生活リズムの記録(排便・睡眠等)		1 あり	○			管理者および生活相談員が実施。

入退院時・入院中のサービス						
入退院時の同行		2 なし				
入院中の洗濯物交換・買い物		2 なし				
入院中の見舞い訪問		2 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。