

重要事項説明書

記入年月日	平成28年7月1日
記入者名	金高 太郎
所属・職名	施設長

1. 事業主体概要

種類	法人	
	※法人の場合、その種類	株式会社
名称	(ふりがな) かぶしきがいしゃえむおーていー 株式会社MOT	
主たる事務所の所在地	〒342-0056 埼玉県吉川市大字平沼963番地	
連絡先	電話番号	048-943-6665
	FAX番号	048-961-8402
	ホームページアドレス	http://
代表者	氏名	大谷 哲也
	職名	代表取締役
設立年月日	昭和・平成 23 年 6 月 22 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) らふえすたよしかわみなみ ラフェスタ吉川美南	
所在地	〒342-0035 埼玉県吉川市高久1丁目31番9	
主な利用交通手段	最寄駅	JR 武蔵野線 吉川駅
	交通手段と所要時間	① JR 武蔵野線吉川駅より徒歩15分 ② バス利用の場合 ・タローズバスで乗車5分、高久1丁目停留所で下車して徒歩2分。高久第二公園前。

連絡先	電話番号	048-983-3777
	FAX番号	048-983-3776
	ホームページアドレス	http://lafesta-group.com
管理者	氏名	金高 太郎
	職名	施設長
建物の竣工日		昭和・平成 27 年 9 月 1 日
有料老人ホーム事業の開始日		昭和・平成 27 年 10 月 1 日

(類型)【表示事項】

<input checked="" type="radio"/> 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） <input type="radio"/> 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 type="radio"/> 3 住宅型 <input type="radio"/> 4 健康型		
1 又は 2 に 該当する場 合	介護保険事業者番号	1 1 7 6 4 0 0 7 2 7
	指定した自治体名	埼玉県
	事業所の指定日	平成 27 年 10 月 1 日
	指定の更新日（直近）	平成 33 年 9 月 30 日

3. 建物概要

土地	敷地面積	1780.00 m ²	
	所有関係	1 事業者が自ら所有する土地	
		<input checked="" type="radio"/> 2 事業者が賃借する土地	
		抵当権の有無	<input checked="" type="radio"/> 1 あり 2 なし
		契約期間	<input checked="" type="radio"/> 1 あり (平成 27 年 9 月 1 日～平成 52 年 8 月 31 日) 2 なし
契約の自動更新	<input checked="" type="radio"/> 1 あり 2 なし		
建物	延床面積	全体	1404.32 m ²
		うち、老人ホーム部分	1404.32 m ²
	耐火構造	<input type="radio"/> 1 耐火建築物 <input checked="" type="radio"/> 2 準耐火建築物 <input type="radio"/> 3 その他 ()	
構造	<input type="radio"/> 1 鉄筋コンクリート造 <input type="radio"/> 2 鉄骨造 <input checked="" type="radio"/> 3 木造 <input type="radio"/> 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27年9月1日～平成52年8月31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	1 人部屋			
		最大	2 人部屋			
		トイレ	浴室	面積	戸数・室数	区分※
	タイプ1	有/無	有/無	18.15 m ²	37室	介護居室個室
	タイプ2	有/無	有/無	29.47 m ²	1室	介護居室相部屋
	タイプ3	有/無	有/無	29.54 m ²	1室	介護居室相部屋
	タイプ4	有/無	有/無	36.30 m ²	1室	介護居室相部屋
	タイプ5	有/無	有/無	m ²		
	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	2ヶ所	個室	1ヶ所		
			大浴場	1ヶ所		
	共用浴室における 介護浴槽	2ヶ所	チェア浴	1ヶ所		
			リフト浴	1ヶ所		
			ストレッチャー浴	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	<p>本事業は、入居者の意志及び人格を尊重し、常に利用者の立場に立ったサービスの提供に努めます。職員は、利用者が快適に生活できるよう援助すると共に、心身の特性を踏まえて、能力に応じて自立した日常生活ができるよう、サービス計画を立て介護・援助致します。更に、地域との結びつきを重視し、総合的なサービスの提供ができるよう努め、安定的かつ継続的な事業運営に努めます。</p>
サービスの提供内容に関する特色	<p>利用者様一人ひとりの個別ケアに努め、職員一人ひとりが心身の機能維持の要素を取り入れたリクリエーションのほか、近隣の公園への散歩や買い物レクなど館外への外出なども取り入れ、単調になりがちな日常生活を豊かに彩る工夫をいたします。</p>
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

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) 3 : 1	
	② なし		

(医療連携の内容)

医療支援		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	1	名称	西川クリニック / 西村内科クリニック
		住所	東京都足立区東和 2-16-3 / 千葉県松戸市上本郷 902-5 パークキューブ北松戸 1F
		診療科目	内科
		協力内容	入居者様の健康管理を、月 2 回以上の訪問にて対応
	2	名称	医療法人社団協友会 吉川中央総合病院
		住所	埼玉県吉川市平沼 111
		診療科目	内科、外科、整形外科、脳神経外科、眼科、皮膚科、耳鼻咽喉科、泌尿器科
		協力内容	入居者様の外来通院・入院・緊急時などに対応
協力歯科医療機関	名称	医療法人社団恭美会 西川クリニック 歯科室	
	住所	東京都足立区東和 2-16-3	
	協力内容	入居者様の口腔ケア管理を、月 2 回以上の訪問にて対応	

(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	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		
手続きの内容		
追加的費用の有無		1 あり 2 なし
居室利用権の取扱い		
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 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	<p>原則として60歳以上で自立の方。要支援および要介護の方。 医療機関で常時、高度治療を受ける必要がない方。 但し、医師により他の入居者に感染する恐れがないと診断された場合はこの限りではありません。 自傷他害等の恐れがなく、他の入居者と円滑な共同生活が可能 な方。健康保険、介護保険に加入されている方。</p>	
契約の解除の内容	利用者または身元引受人等からの解約	
事業主体から解約を求める場合	解約条項	自傷他害等の恐れがある方
	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	① あり (内容: 7泊8日(1日8,640円食事付)) 2 なし	
入居定員	40室43人	
その他		

5. 職員体制

(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		0.5
生活相談員		1		1
直接処遇職員				
介護職員	8	5	3	6.7
看護職員	3	1	2	2
機能訓練指導員	1		1	0.6
計画作成担当者	1	1		0.5
栄養士	0			
調理員	0			
事務員	1	1		1
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	2	2	
実務者研修の修了者	1	1	
初任者研修の修了者	4	1	3
介護支援専門員			

(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			
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	1		1

(夜勤を行う看護・介護職員の人数)

夜勤帯の設定時間 (22 時～ 07 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	1 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 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)	3 : 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	介護支援専門員・介護福祉士							
業務に係る資格等		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	2	2	5	3	2			1	1	
前年度1年間の退職者数	1									
に業務に従	1年未満	1	2	5	3	1			1	1
	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	
	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	1	2
	年齢	85歳	85歳
居室の状況	床面積	18.15㎡	18.15㎡
	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	前払金	0円	0円

必要な費用	敷金	110,000 円	110,000 円
月額費用の合計		140,050 円	140,050 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
	食費	37,800 円	37,800 円
	共益費	47,250 円	47,250 円
	介護費用	円	円
	光熱水費	円	円
	その他	円	円
<p>※1 介護予防・地域密着型の場合を含む。</p> <p>※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）</p>			

(利用料金の算定根拠)

費目	算定根拠
家賃	賃貸物件に付、家主への支払額
敷金	家賃の2ヶ月分
介護費用	徴収しない
共益費	事務費運営費水光熱費含む
食費	委託業者への全額支払い
光熱水費	共益費へ含む
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	

(特定施設入居者生活介護に関する利用料金の算定根拠)

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	1割もしくは2割負担額
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）	
※ 介護予防・地域密着型の場合を含む。	

(前払金の受領)

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	6人
	女性	6人
年齢別	65歳未満	2人
	65歳以上75歳未満	5人
	75歳以上85歳未満	3人
	85歳以上	2人
要介護度別	自立	0人
	要支援1	1人
	要支援2	1人
	要介護1	3人
	要介護2	1人
	要介護3	4人
	要介護4	2人
	要介護5	0人
入居期間別	6ヶ月未満	7人
	6ヶ月以上1年未満	5人
	1年以上5年未満	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	73歳
入居者数の合計	12人
入居率*	27.9%
※ 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	人
	社会福祉施設	1人
	医療機関	人
	死亡者	2人
	その他	人
生前解約の状況	施設側の申し出	人
		(解約事由の例)
	入居者側の申し出	人
		(解約事由の例)

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)**

窓口の名称		ラフェスタ吉川美南 受付窓口
電話番号		TEL 048-983-3777 FAX048-983-3776
対応している時間	平日	08:45～17:45
	土曜	08:45～17:45
	日曜・祝日	08:45～17:45
定休日		なし
窓口の名称		吉川市役所 いきいき推進課 苦情・相談窓口
電話番号		TEL 048-982-5118 (直通) FAX 048-981-5392
対応している時間	平日	09:00～17:00
	土曜	休み
	日曜・祝日	休み
定休日		土曜・日曜・祝祭日
窓口の名称		埼玉県国民健康保険団体連合会 苦情・相談窓口

電話番号	TEL 048-824-2568(代表) FAX 048-824-2561	
対応している時間	平日	09:00～17:00
	土曜	休み
	日曜・祝日	休み
定休日	土曜・日曜・祝祭日	

(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 あり	(その内容) 施設賠償保険
	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) 施設賠償保険
	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	
		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 2 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	なし	
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）
別紙3（介護保険による認定別に決められた範囲のサービス料金一覧）

説明年月日 平成 年 月 日

事業者
所在地 埼玉県吉川市大字平沼963番地
法人名 株式会社MOT
代表者 代表取締役 大谷 哲也

説明者
事業所名 ラフェスタ吉川美南
氏 名 印

私は、事業者からの重要な事項の説明を受け、サービスの提供開始について同意いたしました。

利用者
住 所
氏 名 印

保証人(代理人)
住 所
氏 名 印

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
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	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
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
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
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
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

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

介護サービス	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）	サービス		料金※3	備考
			包含※2	都度※2		
食事介助	なし	なし	あり	○		
排泄介助・おむつ交換	なし	なし	あり	○		
おむつ代	なし	なし	あり	○		
入浴（一般浴）介助・清拭	なし	なし	あり	○	1500円	1バツクから
特浴介助	なし	なし	あり	○		
身辺介助（移動・着替え等）	なし	なし	あり	○		
機能訓練	なし	なし	あり	○		
通院介助	なし	なし	あり	○	1620円	提携病院外の通院介助
生活サービス						
居室清掃	なし	なし	あり	○		
リネン交換	なし	なし	あり	○	4320円	レンタルリネン代/月
日常の洗濯	なし	なし	あり	○	100円	コインランドリー使用料/1回
居室配膳・下膳	なし	なし	あり	○	108円	1食
入居者の嗜好に応じた特別な食事	なし	なし	あり	○	108円	1食
おやつ	なし	なし	あり	○	108円	1食
理美容師による理美容サービス	なし	なし	あり	○	3240円	1回
買い物代行	なし	なし	あり	○	1620円	1回/30分単位
役所手続き代行	なし	なし	あり	○	1620円	1回/30分単位
金銭・貯金管理	なし	なし	あり	○	1620円	1回/30分単位
健康管理サービス						
定期健康診断	なし	なし	あり	○	0円	年2回無料
健康相談	なし	なし	あり	○		
生活指導・栄養指導	なし	なし	あり	○		
服薬支援	なし	なし	あり	○		
生活リズムの記録（排便・睡眠等）	なし	なし	あり	○		
入退院時・入院中のサービス						
移送サービス	なし	なし	あり	○	1620円	1回/30分単位
入退院時の同行	なし	なし	あり	○		緊急時の対応のみ
入院中の洗濯物交換・買い物	なし	なし	あり	○	1620円	1回/30分単位
入院中の見舞い訪問	なし	なし	あり	○	1620円	1回/30分単位

※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、月額の利用者費用に含まれる場合と、サービス利用の都度払いによる場合に比べて、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。

別添3 介護保険による介護認定を受けられて決められた範囲のサービスの利用料

基本部分		1日あたり	1割負担額	2割負担額
特定施設入居者 生活介護費	要介護1 (533単位/日)	5,473円	548円	1,095円
	要介護2 (597単位/日)	6,131円	614円	1,227円
	要介護3 (666単位/日)	6,839円	684円	1,368円
	要介護4 (730単位/日)	7,497円	750円	1,500円
	要介護5 (798単位/日)	8,195円	820円	1,639円
介護予防特定施設 入居者生活介護費	要支援1 (179単位/日)	1,838円	184円	368円
	要支援2 (308単位/日)	3,163円	317円	633円
医療機関連携加算	1月につき	金額	1割負担額	2割負担額
	+80単位	821円	83円	165円

※1 吉川市の地域区分別1単位は、10.27となりますので1日の単位に加算させていただきます。

※2 介護保険利用者様は、1割もしくは2割負担となります。

※3 医療機関連携加算の金額には、地域加算含んでいます。