

サンシティ熊谷（入居時要支援・要介護）
重要事項説明書
有料老人ホーム入居契約兼特定施設入居者生活介護等利用契約

記入年月日	2023年10月1日
記入者名	小鮎 好孝
所属・職名	責任者

1. 事業主体概要

種類	個人 / <input checked="" type="checkbox"/> 法人	
	※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 はーふ・せんちゅりー・もあ 株式会社 ハーフ・センチュリー・モア	
主たる事務所の所在地	〒〒107-6030 東京都港区赤坂1丁目12番32号アーク森ビル30階	
連絡先	電話番号	03-3505-6688
	FAX番号	03-3505-6198
	ホームページアドレス	https:// www.hcm-suncity.jp
代表者	氏名	金澤 王生
	職名	代表取締役社長
設立年月日	1979年5月25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) さんしていくまがや サンシティ熊谷	
所在地	〒360-0812 埼玉県熊谷市大原3丁目6番地1号	
主な利用交通手段	最寄駅	JR 高崎線・上越新幹線「熊谷」駅
	交通手段と所要時間	① バス利用の場合 籠原駅行き又は新島車庫行きにて約10分 「石原1丁目」下車、徒歩約250m ② タクシー利用の場合 約10分（約2.4km）

連絡先	電話番号	048-525-5666
	FAX番号	048-525-5054
	ホームページアドレス	https:// www.hcm-suncity.jp
管理者	氏名	小鮎 好孝
	職名	責任者
建物の竣工日（式番館）		2003年6月30日
有料老人ホーム事業の開始日		2003年7月29日 (当初開設日 1984年9月15日)

【類型】【表示事項】

<input type="checkbox"/> 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="checkbox"/> 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="checkbox"/> 3 住宅型 <input type="checkbox"/> 4 健康型		
1 又は 2 に該当する場合	介護保険事業者番号	特定施設入居者生活介護 指定 第 1173100379 号 介護予防特定施設入居者生活介護 指定 第 1173100379 号
	指定した自治体名	埼玉県
	事業所の指定日	2000年3月24日（介護予防特定施設 2006年4月1日）
	指定の更新日（直近）	2020年4月1日（介護予防特定施設 2018年4月1日）

3. 建物概要

土地	敷地面積	9017.45 m ²				
	所有関係	1 事業者が自ら所有する土地				
		<input type="checkbox"/> 2 事業者が賃借する土地（普通賃借・定期賃借）				
		<table border="1"> <tr> <td>抵当権の有無</td> <td>1 あり <input type="checkbox"/> 2 なし</td> </tr> <tr> <td>契約期間</td> <td><input type="checkbox"/> 1 あり (2003年6月30日～ 2028年6月29日) 2 なし</td> </tr> <tr> <td>契約の自動更新</td> <td><input type="checkbox"/> 1 あり 2 なし</td> </tr> </table>	抵当権の有無	1 あり <input type="checkbox"/> 2 なし	契約期間	<input type="checkbox"/> 1 あり (2003年6月30日～ 2028年6月29日) 2 なし
抵当権の有無	1 あり <input type="checkbox"/> 2 なし					
契約期間	<input type="checkbox"/> 1 あり (2003年6月30日～ 2028年6月29日) 2 なし					
契約の自動更新	<input type="checkbox"/> 1 あり 2 なし					
建物	延床面積	全体	17854.79 m ²			
		うち、老人ホーム部分	17854.29 m ² (1階の一部を徐く)			
	耐火構造	<input type="checkbox"/> 1 耐火建築物				

		2 準耐火建築物 3 その他 ()				
	構造	<input checked="" type="checkbox"/> 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				
		<input checked="" type="checkbox"/> 事業者が賃借する建物 (<input checked="" type="checkbox"/> 普通賃借 ・ 定期賃借)				
		抵当権の設定	1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし			
		契約期間	<input checked="" type="checkbox"/> あり (2003年6月30日～2028年6月29日) 2 なし			
		契約の自動更新	<input checked="" type="checkbox"/> あり 2 なし			
居室の状況	居室区分 【表示事項】	<input checked="" type="checkbox"/> 全室個室 (一般居室 112 室中、ご夫婦・縁故者用 2 人入居可室 106 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	<input checked="" type="checkbox"/> 有 / 無	有 / <input checked="" type="checkbox"/> 無	23.14～ 29.93 m ²	113	介護居室個室
	タイプ 2	<input checked="" type="checkbox"/> 有 / 無	<input checked="" type="checkbox"/> 有 / 無	38.13 m ²	6	一般居室個室
タイプ 3	<input checked="" type="checkbox"/> 有 / 無	<input checked="" type="checkbox"/> 有 / 無	47.49～ 78.37 m ²	106	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	17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	13ヶ所		
	共用浴室	2ヶ所	個室	0ヶ所		
			大浴場	2ヶ所		
	共用浴室における 介護浴槽	7ヶ所	チェア一浴	2ヶ所		
			リフト浴	0ヶ所		
			ストレッチャー浴	3ヶ所		
その他(個室、階段浴)			2ヶ所			
食堂	<input checked="" type="checkbox"/> あり 2 なし					
入居者や家族が利 用できる調理設備	1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし					

	エレベーター	1 あり（車椅子対応） <input checked="" type="checkbox"/> 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	<input checked="" type="checkbox"/> 1	あり	2 なし
	自動火災報知設備	<input checked="" type="checkbox"/> 1	あり	2 なし
	火災通報設備	<input checked="" type="checkbox"/> 1	あり	2 なし
	スプリンクラー	<input checked="" type="checkbox"/> 1	あり	2 なし
	防火管理者	<input checked="" type="checkbox"/> 1	あり	2 なし
	防災計画	<input checked="" type="checkbox"/> 1	あり	2 なし
緊急通報装置等	居室	便所	浴室	その他（ ）
	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり	1 あり
	2 一部あり	2 一部あり	2 一部あり	2 一部あり
	3 なし	3 なし	3 なし	<input checked="" type="checkbox"/> 3 なし
その他	自立型【壱番館】 エントランスロビー、フロント、メールルーム、自動販売機コーナー、応接室、面談室、トレーニングルーム、男女大浴場、レストラン、ライブラリー、コーヒーパー、クリーンルーム、麻雀室、ビリヤード室、AVカラオケルーム、サンシティ、ホール、アトリエ、ガーデンサロン、テラス、ゲストルーム、入居者用駐車場、来館者用駐車場、庭園 介護型【弐番館】 フロント、応接室、健康管理室、ヘアサロン、AVルーム、レクリエーションルーム、ホール、各階ラウンジ、リビングダイニング（食堂）、ケアステーション、コーヒーパー、機能訓練室、特別浴室（階段浴、チェアー浴ストレッチャー浴）、来館者用駐車場、庭園 ※下線部の施設は使用料が必要。（ヘアサロンは外部サービスの利用料が必要です）			

4. サービスの内容

（全体の方針）

運営に関する方針	<ul style="list-style-type: none"> ・本事業は、入居者の意思及び人格を尊重して常に利用者の立場に立ったサービスの提供にします。 ・職員は、要介護者等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を営むことができるよう、サービス計画に基づき介護・援助を行います。 ・地域との結びつきを重視し、総合的なサービスの提供に努めるものとし、安定的かつ継続的な事業運営に努めます。
サービスの提供内容に関する特色	<ul style="list-style-type: none"> ・看護師、ケアスタッフを24時間体制で配置し、一人ひとりに合わせた細やかなケアサービスを提供。健康診断、服薬管理、緊急時の対応等地域の医療機関と連携し対応します。 ・豪華で風格のある建物はハイレベルな居住環境とアメニティを提供し、コンサートも楽しめるサロン等共有スペースをゆったりと確保。多なイベントやサークル活動等を通して、笑顔のあふれるレクリエーションプログラムをご用意しています。又、ご家族とのコミュニケーションも大切にし、生活のご様子を定期的にお伝えします。

	<ul style="list-style-type: none"> ・四季折々のバラエティに富んだ献立と、体調の変化に合わせた食事を提供します。 ・常に清々しい気分であつろいだ毎日をお過ごし頂く為、クリーネス（清潔）を徹底します。
入浴、排せつ又は食事の介護	<input checked="" type="checkbox"/> 1 自ら実施 2 委託 3 なし
食事の提供	1 自ら実施 <input checked="" type="checkbox"/> 2 委託 3 なし
洗濯、掃除等の家事の供与	1 自ら実施 <input checked="" type="checkbox"/> 2 委託 3 なし
健康管理の供与	<input checked="" type="checkbox"/> 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	<input checked="" type="checkbox"/> 1 自ら実施 2 委託 3 なし
生活相談サービス	<input checked="" type="checkbox"/> 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	入居継続支援加算	(I)	1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし
		(II)	1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし
	生活機能向上連携加算	(I)	1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし
		(II)	1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし
	個別機能訓練加算	(I)	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり 2 なし
		(II)	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり 2 なし
	ADL維持等加算	(I)	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり 2 なし
		(II)	1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし
	夜間看護体制加算		<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり 2 なし
	若年性認知症入居者受入加算		1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし
	医療機関連携加算		<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり 2 なし
	口腔衛生管理体制加算		<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり 2 なし
	口腔・栄養スクリーニング加算		1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし
	科学的介護推進体制加算		<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり 2 なし
	障害者等支援加算		1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし
	L I F E への登録		<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり 2 なし
	退院・退所時連携加算		<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり 2 なし
	看取り介護加算	(I)	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり 2 なし
		(II)	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり 2 なし
	認知症専門ケア加算	(I)	1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし
(II)		1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし	
サービス提供体制強化加算	(I)	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり 2 なし	
	(II)	1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし	
	(III)	1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし	

	介護職員処遇改善加算	(Ⅰ)	<input checked="" type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし
		(Ⅱ)	<input type="checkbox"/> あり	<input checked="" type="checkbox"/> なし
		(Ⅲ)	<input type="checkbox"/> あり	<input checked="" type="checkbox"/> なし
	介護職員特定処遇改善加算	(Ⅰ)	<input checked="" type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし
		(Ⅱ)	<input type="checkbox"/> あり	<input checked="" type="checkbox"/> なし
	介護職員等ベースアップ等支援		<input checked="" type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし
短期利用（介護予防）特定施設入居者生活介護の算定		<input type="checkbox"/> あり	<input checked="" type="checkbox"/> なし	
人員配置が手厚い介護サービスの実施の有無	<input checked="" type="checkbox"/> あり		(介護・看護職員の配置率) 1.5 : 1	
	<input type="checkbox"/> なし			

(医療連携の内容)

医療支援 ※複数選択可	<input checked="" type="checkbox"/> 救急車の手配		
	<input checked="" type="checkbox"/> 入退院の付き添い		
	<input checked="" type="checkbox"/> 通院介助		
	<input checked="" type="checkbox"/> その他（訪問診療医の確保）		
協力医療機関	1	名称	くまがやクリニック（施設隣接）
		住所	熊谷市大原 3-6-3
		診療科目	内科 人工透析
		協力科目	内科 人工透析
		協力内容	定期健康診断への協力、日常の健康管理と健康相談（往診可、受診予約可）他の医療機関への紹介等
	2	名称	くぼじまクリニック
		住所	熊谷市久保島 1785-2 （施設から 3km）
		診療科目	糖尿病・腎臓外来、形成外科、消化器科、人工透析、肛門科、総合内科
		協力科目	糖尿病・腎臓外来、形成外科、消化器科、人工透析、肛門科、総合内科
		協力内容	受診、治療を必要とする場合に利用できます
	3	名称	熊谷外科病院
		住所	熊谷市佐谷田 3811-1 （施設から 5km）
		診療科目	内科、外科、消化器内科、循環器内科、整形外科、形成外科、皮膚科、肛門外科、脳神経外科、乳腺外来、糖尿病外来、泌尿器科、リハビリテーション科
		協力科目	内科、外科、消化器内科、循環器内科、整形外科、形成外科、

			皮膚科、肛門外科、脳神経外科、乳腺外来、糖尿病外来、泌尿器科、リハビリテーション科
		協力内容	受診、治療、入院を必要とする場合に利用できます
	4	名称	熊谷総合病院
		住所	熊谷市中西 4-5-1 (施設から 4 km)
		診療科目	内科、消化器内科、循環器内科、呼吸器内科、外科 整形外科、脳神経外科、小児科、皮膚科、泌尿器科 産婦人科、眼科、耳鼻咽喉科、形成外科、リハビリテーション科、放射線科、麻酔科
		協力科目	内科、消化器内科、循環器内科、呼吸器内科、外科、整形外科、脳神経外科、小児科、皮膚科、泌尿器科、産婦人科、眼科、耳鼻咽喉科、形成外科、リハビリテーション科、放射線科、麻酔科
		協力内容	受診、治療、入院を必要とする場合に利用できます
協力歯科医療機関		名称	医療法人康寧会 K 歯科クリニック
		住所	埼玉県深谷市国済寺 522-7
		協力内容	往診対応 (週 1 回の指定日に往診)

(入居後に居室を住み替える場合)

入居後に居室を住み替える場合 ※複数選択可	<p>1 一時介護室へ移る場合</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> 2 介護居室へ移る場合</p> <p>3 その他 ()</p>
判断基準の内容	<p>事業者は、入居者に対してより適切な介護等を提供するために必要と判断する場合には、本契約に基づくサービスの提供の場所を目的施設内において変更する場合があります。(以下「介護場所の変更」という。)また、身体状況に応じて介護居室の変更をする場合があります。介護等の具体的内容及び前項の介護場所の変更の判断に際しては、次の各号に掲げるすべての手続きをとるものとします。原則としてそれぞれの手続きは書面にて確認します。</p> <p>一 事業者の指定する医師の意見を聴く</p> <p>二 入居者本人の意思を確認する</p> <p>三 契約者、身元引受人、及び連帯保証人の意見を聴く</p>
手続きの内容	<p>事業者は、介護場所の変更により、入居者の権利や利用料金の負担額等に関し本契約に重大な変更が生じる場合は、前項に加えて次の各号に掲げるすべての手続きを行います。それぞれの手続きは書面にて確認するものとします。</p> <p>一 緊急やむを得ない場合を除いて一定の観察期間を設ける</p> <p>二 変更先の居室及び介護等の内容、権利の変動、専有面積の変更に伴う費用負担の増減等又は費用調整の有無、提供する介護等の変更内容等について入居者、契約者、身元引受人、及び連帯保証人に説明を行う</p> <p>三 入居者、契約者、身元引受人、及び連帯保証人の同意を得る</p>

追加的費用の有無	1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし		
居室利用権の取扱い	契約上の居室を変更する取扱いになります		
前払金償却の調整の有無	1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし		
従前の居室との仕様の変更	面積の増減	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり 2 なし	
	便所の変更	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり 2 なし	
	浴室の変更	1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし	
	洗面所の変更	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり 2 なし	
	台所の変更	1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし	
	その他の変更	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: top;"> <tr> <td>(変更内容)</td> </tr> <tr> <td>室内の仕様が一部異なります。又収納スペースの増減があります。</td> </tr> </table>	(変更内容)
(変更内容)			
室内の仕様が一部異なります。又収納スペースの増減があります。			
	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 <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	<ul style="list-style-type: none"> ・満年齢が 65 歳以上で要支援・要介護の認定を受けている方で、身体機能の低下または認知症などにより、常時介護を必要とされている方。 ・入院またはそれに近い常時の治療を医療機関で受ける必要がない方。 ・他の入居者に伝染する疾病（感染症）に罹患していない方。 ・身元引受人及び連帯保証人を定めるものとします（条件、義務等は入居契約書第 38 条（身元引受人及び連帯保証人）及び 38 条の 2（連帯保証人）参照）。 ・事業者と及び契約者は、それぞれの相手方に対し、以下に掲げる事項を確約する。 ・自らが暴力団、暴力団関係者若しくはこれに準ずる者又は構成員(以下、総称して「反社会的勢力」という。)ではないこと ・自らの役員（業務を執行する社員、取締役、又はこれらに準ずる者をいう。)又は身元引受人等が反社会的勢力ではないこと ・反社会的勢力に自己の名義を利用させ、この契約を締結するものでないこと ・自ら又は第三者を利用して、次の行為をしないこと ア 相手方に対する脅迫的な言動又は暴力を用いる行為 	

	<p>イ 偽計又は威力を用いて相手方の行為又は業務を妨害し、又は信用を毀損する行為</p>	
<p>契約の解除の内容</p>	<p>〈契約の終了〉</p> <p>一 入居契約の契約終了日に至り、契約が満了したとき</p> <p>二 入居者が死亡したとき</p> <p>三 事業者が（事業者からの契約解除）に基づき解除を通告し、予告期間が満了したとき</p> <p>四 契約者が（契約者からの契約の解約）に基づき契約の解約を行ったとき</p> <p>〈契約者からの契約の解除〉</p> <p>1 契約者は、事業者に対して、退去予定日の少なくとも30日前に契約の解約の申し入れを行うことにより、本契約を解約することができます。契約解約の申し入れは事業者の定める契約解約届を事業者に届け出るものとします。</p> <p>2 契約者が前項の契約解約届を提出しないで居室を退去した場合には、事業者が入居者の退去の事実を知った日の翌日から起算して30日目をもって、本契約は解約されたものとみなします。</p> <p>3 入居者は、事業者又はその役員が次の各号のいずれかに該当した場合には、前二項の規定に関わらず、催告することなく本契約を解約することができます。</p> <p>一 第47条（反社会的勢力の排除の確認）の各号の確約に反する事実が判明したとき</p> <p>二 本契約締結後に自ら又は役員が反社会的勢力に該当したとき</p>	
<p>事業主体から解約を求める場合</p>	<p>解約条項</p>	<p>1 事業者は、入居者、契約者、身元引受人、連帯保証人、入居者の家族又はその他の関係者が次の各号のいずれかに該当しかつ、そのことが本契約をこれ以上将来にわたって維持することが社会通念上著しく困難と認められる場合に、本条第2項及び第3項に規定した条件の下に、本契約を解除することがあります。</p> <p>一 入居申込書に虚偽の事項を記載する等の不正手段により入居したとき</p> <p>二 月額の利用料その他の支払いを正当な理由なく、しばしば遅滞するとき</p> <p>三 第3条（利用権）第4項及び第4条（各種サービス）第3項の規定に違反したとき</p> <p>四 第20条（禁止又は制限される行為）の規定に違反したとき</p> <p>五 入居者、契約者、身元引受人、連帯保証人、入居者の家族又はその他の関係者の言動又は要望等が、入居者自身又は他の入居者あるいは従業員の心身又は生命に危害を及ぼすおそれがあるとき又は他の入居者に対する有料老人ホームにおける通常の接遇方法ではこれらを防止することができないとき</p> <p>六 入居者、契約者、身元引受人、連帯保証人、入居者の家族又はその他の関係者が、事業者の運営に支障を及ぼしたとき又は重大な支障を及ぼすおそれが合理的に認められるとき</p>

		<p>七 入居者、契約者、身元引受人、連帯保証人、入居者の家族又はその他の関係者が、事業者又はその従業員あるいは他の入居者に対して、本契約を継続し難いほどの背信行為を行ったとき又は背信行為を行うと合理的に認められるとき</p> <p>八 高齢者虐待防止法に基づき、入居者の人権の尊重、身体拘束に伴う機能低下や心理的な不安などの弊害、身体拘束ゼロ運動の理念を考慮し、入居者に対し、身体拘束を行わないという事業者の方針に反して、入居者に対する身体拘束を通じた転倒・転落の防止を希望される時</p> <p>九 本条第三号から第八号については、入居者自身、他の入居者あるいは事業者の従業員の心身又は他の入居者への本件サービスの提供に著しく悪影響を及ぼすとき</p> <p>2 前項の規定に基づく契約の解除は、事業者は書面にて次の各号に掲げる手続きを行います。</p> <p>一 契約解除の通告について 90 日間の予告期間をおく</p> <p>二 前号の通告に先立ち、入居者、契約者、身元引受人、及び連帯保証人に弁明の機会を設ける</p> <p>三 解除通告に伴う予告期間中に、入居者の移転先の有無について確認し、移転先がない場合には入居者、契約者、身元引受人、及び連帯保証人、その他関係者・関係機関と協議し、移転先の確保について協力する</p> <p>3 本条第 1 項第八号によって契約を解除する場合には、事業者は書面にて前項に加えて次の各号に掲げる手続きを行います。</p> <p>一 医師の意見を聴く</p> <p>二 一定の観察期間をおく</p> <p>4 事業者は、入居者、契約者、身元引受人、連帯保証人、入居者の家族又はその他の関係者が次の各号のいずれかに該当した場合には、本条前項までの定めに関わらず、催告することなく本契約を解除することができます。</p> <p>一 第 47 条（反社会的勢力の排除の確認）の各号の確約に反する事実が判明したとき</p> <p>二 本契約締結後に反社会的勢力に該当したとき</p> <p>三 第 20 条（禁止又は制限される行為）第 1 項第六号から第八号までの各号に掲げる行為を行ったとき</p>
	解約予告期間	90日
入居者からの解約		30日

予告期間	
体験入居の内容	<input type="checkbox"/> あり (内容：1泊2日 2食付 22,000円 税込) ※原則6泊7日までとします。 <input type="checkbox"/> なし
入居定員	一般居室 218人 (個室6室6人・定員2人室106室 212人) 介護居室 113人 (全室個室) 合 計 331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	0	1.0
生活相談員	16	14	2	14.9
直接処遇職員	36	30	6	31.8
介護職員	24	21	3	23.2
看護職員	12	9	3	8.6
機能訓練指導員	1	1	0	1.0
計画作成担当者	3	1	2	0.6
栄養士	6	4	2	4.6 <委託>
調理員	20	6	14	11.8 <委託>
事務員	5	3	2	4.9
その他職員	0	0	0	0
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	0	0	0
介護福祉士	22	20	2
実務者研修の修了者	0	0	0
初任者研修の修了者	2	1	1
介護支援専門員	0	0	0

(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	0	0	0
理学療法士	1	1	0
作業療法士	0	0	0
言語聴覚士	0	0	0
柔道整復士	0	0	0
あん摩マッサージ指圧師	0	0	0
はり師	0	0	0
きゅう師	0	0	0

(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	1人	0人
介護職員	3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	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)	1.5 : 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		

(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		2	0	2	0	0	0	0	0	0	0
前年度1年間の退職者数		2	0	1	0	0	0	0	0	0	0
応じた業務に従事した経験年数に 職員の人数	1年未満	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0
	1年以上 3年未満	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0
	3年以上 5年未満	1	0	3	1	1	0	0	0	0	0
	5年以上 10年未満	1	2	3	1	3	0	1	0	0	0
	10年以上	3	2	9	3	7	2	0	0	0	2
	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	<input type="checkbox"/> 1 減額なし <input type="checkbox"/> 2 日割り計算で減額 <input type="checkbox"/> 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	事業者は、費用の改定にあたっては、目的施設が所在する地域の自治体が発表する消費者物価指数及び人件費等を勘案し、原則として入居契約書第8条（運営懇談会）に定める運営懇談会の意見を聴いた上で改定するものとします。
	手続き	改定に当たっては事業者は入居者及び身元引受人等へ事前に通知します。

（利用料金のプラン【代表的なプランを2例】）

		プラン1 全額前払い方式	プラン2 月払い方式	
入居者の状況	要介護度	要介護	要支援・要介護	
	年齢	85歳以上	65歳以上	
居室の状況	床面積	23.14～25.91 m ²	23.14～25.91 m ²	
	便所	<input type="checkbox"/> 1 有 <input type="checkbox"/> 2 無	<input type="checkbox"/> 1 有 <input type="checkbox"/> 2 無	
	浴室	1 有 <input type="checkbox"/> 2 無	1 有 <input type="checkbox"/> 2 無	
	台所	1 有 <input type="checkbox"/> 2 無	1 有 <input type="checkbox"/> 2 無	
入居時点で 必要な費用	前払金	22,680,000円	0円	
	敷金	なし	なし	
月額費用の合計		306,143円	634,189円	
家賃		0円	324,000円	
サービス費用	特定施設入居者生活介護 ※1の費用	20,503円 (要介護3・1割負担)	24,549円 (要介護5・1割負担)	
	介護保険外 ※2	食費	82,140円	82,140円
		管理費	137,500円	137,500円
		介護費用	77,000円	77,000円
		光熱水費	管理費に含む	管理費に含む
その他		都度払いサービス有	都度払いサービス有	
※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				

（利用料金の算定根拠）

費目	算定根拠
家賃	入居一時金の一部を月額で受領するもので、算定根拠は入居一時金に準ずる。

敷金	なし
介護費用	介護保険サービスの自己負担額は含まない。 介護保険でカバーされないサービスの費用の一部として合理的な積算根拠に基づいています。介護に係る職員体制が要介護者 1.5 人：直接処遇職員 1 人以上
管理費（税込）	共用部分等の光熱水費、維持管理費、事務費、事務管理部門の person 費、生活サービス部門の person 費 1 人 137,500 円
食費（税込）	件費等の諸経費、食材費等に基づく費用 (82,140 円/人 [3 食 30 日召し上がった場合]) 朝食 540 円、昼食 990 円、夕食 1,100 円 おやつ 108 円（喫食分のみ支払い）
光熱水費	個別の外部契約による実費負担。
利用者の個別的な選択によるサービス利用料	別添 2 「管理運営規程」を参照
その他のサービス利用料	電話料金、食事サービス、付き添い、買い物及び代行サービス等

（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	基本報酬、及び前掲の加算の利用者負担分				
<p>※要介護度に応じて介護費用の 1 割～3 割を徴収する。</p> <p>公的介護保険の自己負担分（1 ケ月 30 日利用の場合）</p> <p>当施設の特定施設入居者生活介護・介護予防特定施設入居者生活介護サービスを利用し、且つ当施設が介護保険給付金を代理受領することに同意頂いた場合は、要介護等の介護保険給付の自己負担額をお支払いいただきます。</p>					
区分	介護給付費の単位	30 日分の目安	代理受領時の自己負担分（1 割負担）	代理受領時の自己負担分（2 割負担）	代理受領時の自己負担分（3 割負担）
要支援 1	182 単位/日	55,364 円	5,537 円/月	11,073 円/月	16,610 円/月
要支援 2	311 単位/日	94,606 円	9,461 円/月	18,922 円/月	28,382 円/月
要介護 1	538 単位/日	163,659 円	16,366 円/月	32,732 円/月	49,098 円/月
要介護 2	604 単位/日	183,736 円	18,374 円/月	36,748 円/月	55,121 円/月
要介護 3	674 単位/日	205,030 円	20,503 円/月	41,007 円/月	61,510 円/月
要介護 4	738 単位/日	224,499 円	22,450 円/月	44,900 円/月	67,350 円/月
要介護 5	807 単位/日	245,489 円	24,549 円/月	49,098 円/月	73,647 円/月
個別機能訓練加算（I）	12 単位/日	3,650 円	365 円/月	730 円/月	1,095 円/月
個別機能訓練加算	20 単位/月	202 円	20 円/月	40 円/月	60 円/月

(Ⅱ)					
夜間看護体制加算	10 単位/日	3,042 円	305 円/月	609 円/月	913 円/月
医療機関連携加算	80 単位/月	811 円	82 円/月	163 円/月	244 円/月
口腔衛生管理体制加算	30 単位/月	304 円	31 円/月	61 円/月	92 円/月
退院・退所時連携加算	30 単位/日 (入居日から 30 日)	9,126 円	913 円/30 日	1,826 円/30 日	2,738 円/30 日
看取り介護加算 (Ⅰ)	72~1280 単 位/日	730 円~ 66,924 円	73 円~6,693 円	146 円~13,385 円	219 円~20,359 円
看取り介護加算 (Ⅱ)	572~1,780 単位/日	5800 円~ 224,094 円	580 円~22,410 円	1,160 円~44,819 円	1,740 円~67,229 円
サービス提供体制強化 加算Ⅰ	22 単位/日	6,692 円	670 円/月	1,339 円/月	2,008 円/月
ADL 維持等加算	30 単位/月	304 円	31 円/月	61 円/月	92 円/月
科学的介護推進体制 加算	40 単位/月	406 円	41 円/月	82 円/月	122 円/月
介護職員処遇改善加 算Ⅰ	上記介護給付費総単位数の 8.2%				
介護職員等特別処遇 改 善 加 算 Ⅰ	上記介護給付費総単位数の 1.8%				
介護職員等ベースア ップ等支援	上記介護給付費総単位数の 1.0%				
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)			(前掲)		
※ 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	前払い金 前払い金の算定にあたっては厚生労働省の有料老人ホーム設置 運営標準指導指針及び事務連携(平成 24 年 3 月 16 日付) で示さ れた算式などにに基づき想定居住期間などを勘案し算定します。	
想定居住期間 (償却年月数)	84 ヶ月の実日数	
償却の開始日	入居日の翌日	
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)	4,536,000 円	
初期償却率	20%	
返還金の 算定方法	入居後 3 月以内の契 約終了	前払い金 前払い金返還額=前払い金- (1 日当たり利用料×入居期間) ※返還金の端数千円未満は切り上げて千円とする。 ※入居期間は入居日から契約終了日までの実日数とする。 ※月払い利用料については日割精算を行う。

		※必要な原状回復費用があれば受領する。
	入居後3月を超えた契約終了	前払金×0.80÷前払金償却期間の日数×契約終了日から償却期間満了日までの実日数 ※1 償却期間の起算日に前払い金の20.00%を償却するとともに、1日ごとに84ヶ月（7年）で償却する。 ※2 返還金精算時の端数千円未満は切り上げて千円とする。 ※3 償却期間を超える場合は、返還金はありませんが追加徴収も行わない。 ※4 返還金は、終了日の翌日から起算して90日以内に返還する。 ※5 月払い利用料については日割り精算を行う。
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（入居者生活保証制度）利用	
	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	52人
	女性	99人
年齢別	65歳未満	0人
	65歳以上 75歳未満	9人
	75歳以上 85歳未満	66人
	85歳以上	76人
要介護度別	自立	99人
	要支援1	2人
	要支援2	3人
	要介護1	9人
	要介護2	14人
	要介護3	7人
	要介護4	10人

	要介護5	7人
入居期間別	6ヶ月未満	3人
	6ヶ月以上1年未満	5人
	1年以上5年未満	41人
	5年以上10年未満	60人
	10年以上15年未満	32人
	15年以上	10人

(入居者の属性)

平均年齢	84.4歳
入居者数の合計	151人
入居率※	45.6%
※ 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	0人
	社会福祉施設	0人
	医療機関	0人
	死亡者	14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	0人
		(解約事由の例) 入居者希望により自宅に退去

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 サンシティ熊谷 アシストサービス課 ② ㈱ハーフ・センチュリー・モア コールセンター ③ 公益社団法人 全国有料老人ホーム協会 ④ 埼玉県国民健康保険連合会 苦情相談 ⑤ 熊谷市介護保険事務所 (熊谷市役所内)
-------	---

		⑥ 大里広域市町村圏組合介護保険課
電話番号		① 048-525-5666 ② 0120-630-950 ③ 03-3548-1077 ④ 048-824-2568 ⑤ 048-524-1111 ⑥ 048-501-1330
対応している時間	平日	① 8:30~17:30 ② 9:00~17:00 ③ 10:00~17:00 ④ 8:30~17:00 ⑤⑥ 9:00~17:00
	土曜	① 8:30~17:30
	日曜・祝日	① 8:30~17:30
定休日		① なし ②④⑤⑥ 土日・祝日、年末年始 ③ 火・木・土日・祝日、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) 公益社団法人全国有料老人ホーム協会の「有料老人ホーム賠償責任保険制度」に加入。サービス提供にあたり、万が一事故が発生し、入居者の生命・身体・財産に損害が発生した場合には、不可抗力による場合を除いて損害を賠償します。但し、入居者に重大な過失がある場合には、損害を減ずることがあります。
	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) 安全管理マニュアルの「事故発生時の対応」に基づく
	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、意見箱等利用者等の意見を把握する取組の状況	① あり	実施日	年3回 ご入居者の会開催 年2回 家族会開催 年1回 運営懇談会総会を開催
----------------------------------	------	-----	---

			意見箱 常設
		結果の開示	<input checked="" type="checkbox"/> あり 2 なし
	2 なし		
第三者による評価の実施状況	<input checked="" type="checkbox"/> あり	実施日	2011年2月28日
		評価機関名称	公益社団法人全国有料老人ホーム協会
		結果の開示	1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 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 <input checked="" type="checkbox"/> 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 <input checked="" type="checkbox"/> 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 <input checked="" type="checkbox"/> 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 <input checked="" type="checkbox"/> 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 <input checked="" type="checkbox"/> 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	<input checked="" type="checkbox"/> あり	(開催頻度) 年 3 回
	2 なし	
	<input type="checkbox"/> 1 代替措置あり	(内容)
	<input type="checkbox"/> 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:) <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし	
有料老人ホーム設置時の老人福祉法	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり 2 なし	

第 29 条第 1 項に規定する届出	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 <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	1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 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 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	埼玉県有料老人ホーム設置指導運営指針 <input checked="" type="checkbox"/> 1 あり 2 なし
不適合事項がある場合の内容	初期償却率：15%

添付書類：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）
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）

サンシティ熊谷（入居時要支援・要介護）入居契約及び特定施設入居者生活介護
（介護予防特定施設入居者生活介護）の利用における重要事項の説明を受け、
内容に同意いたします。

説明年月日 年 月 日

説明場所 _____

説明者署名 _____

入居者/契約者署名 _____

身元引受人署名 _____

連帯保証人署名 _____

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			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	サンシティ東川口	川口市差間2-6-50
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	サンシティ東川口	川口市差間2-6-50
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		
介護型医療院	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	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）			なし	あり
					包含※2	都度※2	料金※3	備考		
	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	○					
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		○	実費			
入浴（一般浴）介助・清拭	なし	あり	なし	あり	○		1,650 円/回	週 4 回目以降		
特浴介助	なし	あり	なし	あり	○		1,650 円/回	週 4 回目以降		
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	○		1,650 円/30 分 +交通費実費	協力医療機関以外は左記費用※4		
生活サービス										
居室清掃	なし	あり	なし	あり	○			原則毎日実施		
リネン交換	なし	あり	なし	あり	○		1,650 円/回	週 2 回目以降		
日常の洗濯	なし	あり	なし	あり	○		実費	必要に応じて実施※ 上着、外出着等実費		
居室配膳・下膳	なし	あり	なし	あり	○			必要に応じて実施		
入居者の嗜好に応じた特別な食事			なし	あり		○	実費			
おやつ			なし	あり				食費に含む		
理美容師による理美容サービス			なし	あり		○	実費			
買い物代行	なし	あり	なし	あり	○		1,650 円/30 分 +交通費実費	週 1 回実施（指定日以外、個別希望の場合左記費用）※4		
役所手続き代行	なし	あり	なし	あり		○	1,650 円/30 分 +交通費実費	※4		
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	○			希望により年 2 回実施、実費		
健康相談	なし	あり	なし	あり	○			随時		
生活指導・栄養指導	なし	あり	なし	あり	○			随時		
服薬支援	なし	あり	なし	あり	○			必要に応じて		
生活リズムの記録（排便・睡眠等）	なし	あり	なし	あり	○			随時		

入退院時・入院中のサービス								
移送サービス	なし	<input checked="" type="checkbox"/> あり	<input checked="" type="checkbox"/> なし	あり				
入退院時の同行	なし	<input checked="" type="checkbox"/> あり	なし	<input checked="" type="checkbox"/> あり	○		1,650 円/30 分 +交通費実費	指定医療機関以外左記費用 ※4
入院中の洗濯物交換・買い物	なし	<input checked="" type="checkbox"/> あり	なし	<input checked="" type="checkbox"/> あり	○		1,650 円/30 分 +交通費実費	指定医療機関以外左記費用 週 1 回実施※4
入院中の見舞い訪問	なし	<input checked="" type="checkbox"/> あり	なし	<input checked="" type="checkbox"/> あり	○		1,650 円/30 分 +交通費実費	指定医療機関以外左記必要 ※4

※1：利用者の所得等に応じて負担割合が変わる（1割、2割又は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。

※4：交通費実費：公共交通機関の運賃、タクシー代、有料道路料金、駐車料金等。