

介護老人保健施設幸泉エルズ
重要事項説明書



様

医療法人社団幸泉会

重要事項説明書（介護老人保健施設サービス）

あなたに対する介護老人保健施設サービス提供にあたり、介護保険法に関する厚生省令 40 号 5 条に基づいて、当事業者があなたに説明すべき事項は次のとおりです。

1. 事業者の概要

事業者の名称	医療法人社団 幸泉会
主たる事業所の所在地	兵庫県西宮市山口町上山口 4-26-14
法人種別	医療法人社団
代表者の氏名	理事長 上谷 幸代
電話番号	(078) 903-3333

2. ご利用事業所

事業者の名称	介護老人保健施設 幸泉エルズ
事業所の所在地	兵庫県西宮市山口町上山口 4-26-14
介護保険事業者番号	2850980026
管理者の氏名	施設長 千原 壯介
電話番号	(078) 904-1338
FAX 番号	(078) 903-3395
居室の概要	個室 12室 二人部屋 9室 四人部屋 40室
利用定員	200名

3. ご利用事業所であわせて実施する事業

事業の種類	都道府県知事の指定	
	指定年月日	指定番号
短期入所療養介護	平成12年4月1日	2850980026
介護予防短期入所療養介護	平成18年4月1日	2850980026

4. 施設の目的と運営の方針

施設の目的	看護、医学的管理の下での介護や機能訓練、その他必要な医療と日常生活上のお世話などの介護保健施設サービスを提供することで、入所者の能力に応じた日常生活を営むことができるようにし、1日でも早く家庭での生活に戻ることができるように支援すること。また、利用者様の方が、居宅での生活を1日でも長く継続できるよう、入所療養施設サービス、短期入所療養介護などのサービスを提供し、在宅ケアをめざした療養を支援することを目的とした施設です。
運営の方針	未曾有の事態をもたらした阪神大震災を経験した、全国で数少ない老健施設です。 ●災害や感染に安全快適な療養環境を提供します。 ●寝たきり失禁・認知症・徘徊の方を進んで迎えます。 ●長期入所者様に転院を強要しません。 ●制約あるなかで、精一杯の医療施療・看護介護・機能訓練を行います。 ●迅速に手続きし、入所待機なしを図ります。 ●高年者を社会貢献者として尊敬します。 ●地域に適合した保健医療サービスを提供します。

5. 利用対象者

長期入所：介護保険で要介護と認定された方

短期入所（介護予防短期入所）療養介護：介護保険で要支援・要介護と認定された方

6. 施設の人員配置と勤務体制

	人数	常勤換算値	勤務時間
医師	2	2.0	8:45～17:00
薬剤師	1	0.7	8:45～17:00
リハビリ専門職	4	3.5	8:45～17:00
看護職員	17	17.0	早出：7:30～15:45 日勤：8:45～17:00 遅出：10:45～19:00 夜勤：16:45～翌 9:15
介護職員	48	40.5	
管理栄養士	2	2.0	8:45～17:00
支援相談員	2	2.0	8:45～17:00
介護支援専門員	2	2.0	8:45～17:00
事務・業務職員	適正数		8:45～17:00

★勤務状況によって変更となることがあります。

★職員の配置については、指定基準を遵守しています。

★配置基準は前年度利用者様の平均値で算出しています。

（１）職員の職務内容について

① 管理者【施設長】

管理者は理事長の名を受け職員を指揮監督して施設の業務を統括し、通常管理に万全を期する。

② 医師

(イ)入所者等の病状把握及び診療業務に関すること。

(ロ)施設療養全般に関すること。

③ 薬剤師

(イ)医師の指示に基づく調剤業務及び利用者様に対する服薬業務

④ 理学療法士又は作業療法士又は言語聴覚士

(イ)機能訓練に関すること。

⑤ 看護職員

(イ)医師の指導に従い入所者等に必要な医療措置を講ずること。

(ロ)入所者の保健衛生に関すること。

(ハ)入所者等の日常生活介護に関すること。

⑥ 介護職員

(イ)入所者等の保健衛生に関すること。

(ロ)入所者等の日常生活介護に関すること。

⑦ 栄養士又は管理栄養士

(イ)給食の献立及び給食記録の作成に関すること。

(ロ)調理及び配膳に関すること。

(ハ)給食に関する事務。

⑧ 支援相談員

(イ)療養上の相談に関すること。

(ロ)市町村との連絡調整に関すること。

⑨ 介護支援専門員

(イ)施設サービス計画の作成に関すること。

(ロ)施設サービスのモニタリングに関すること。

(ハ)家族様や地域全般との調整に関すること。

⑩ 事務員

事務全般・入所者書類管理・介護請求に関すること。

※体調不良時や急に業務に入れなくなった場合等は、速やかに現場責任者に連絡する。

その場合は、各職種間で協力し、業務交代する等、対応することとする。

(2) サービス内容

施設においてケアプランに基づいた食事・排泄・入浴・機能訓練の全般的な介護・看護及び医療の提供を行う。

(3) 入所定員等について

入所定員は次のとおりとする。

1. 入所定員 200床

2. 短期入所定員 10床（空床利用）

7. 利用料について

施設介護サービス費に対する利用料は、厚生労働省の定める基準に従うものとする。

（7 ページ利用料参照）

8. お支払い方法

毎月 20 日前後に前月分の請求書を発行しますので、翌月 15 日までにお支払い下さい。

お支払いは現金・振込・口座振替のいずれかでお願いします。

9. 入退所の手続き

(1)入所の手続き

- ① 当施設の支援相談員により、入所相談を行います。
- ② 必要事項（入所申込書、診療情報提供書等）を提出して頂きます。
- ③ 利用者様及びご家族様と面談させて頂きます。
- ④ 当施設の医師、看護師、介護福祉士、管理栄養士、薬剤師、作業療法士、理学療法士、支援相談員、介護支援専門員が入所検討を行います。
- ⑤ 後日、支援相談員より入所検討の結果等についてご連絡致します。
- ⑥ 当施設への入所にあたり、重要事項説明に同意を頂いた上で、契約を締結致します。

(2)退所の手続き

※入所者様から契約解除

利用者様及び家族様は 1 週間以上の予告期間をもって、当施設に対し、退所の意思表示をすることにより、本契約に基づく入所利用を解除・終了することができます。

※当施設から契約解除

当施設は、利用者様及び家族様に対し、次に掲げる場合には本契約に基づくサービスを解除、終了することができます。

- ① 入所者様が要介護認定において自立又は要支援と認定された場合
- ② 入所者様の病状及び心身の状態が著しく悪化し、当施設での適切な介護保険施設サービスの提供が困難と判断された場合
- ③ 入所者様の行動が、他の入所者様の生命または健康に重大な影響を及ぼす恐れがあり、十分な介護を尽くしてもこれを防止できないと思われる場合。
- ④ 入所者様が重大な自傷行為を繰り返す等、十分な介護を尽くしてもこれを防止できないと思われる場合
- ⑤ 入所者様が、故意に法令違反その他重大な秩序破壊行為をなし、改善の見込みがないと判断した場合。
- ⑥ 入所者様、家族様から法定介護サービス以外のサービスを不当に強要され、実施不能の由を伝えてもなお強要されるような場合。
- ⑦ 入所者様、家族様からサービス担当者が不当なセクハラや暴言、暴行等の干渉を受け、かつ注意により改善されない場合。
- ⑧ 入所者様が、他の介護保険施設に入所された場合。
- ⑨ 入所者様が、病院等の医療機関に入院された場合。
- ⑩ 入所者様が死亡された場合。
- ⑪ 入所者様及び家族様が、本契約に定める利用料金を 2 カ月以上滞納し、その支払いを督促したにもかかわらず、7 日間以内に支払われない場合。
- ⑫ 入所者様が、当施設の従事者並びに他の入所者様、又は、当施設の設備並びに備品に対して、利用継続が困難となる程度の背信行為又は反社会的行為を行った場合。

10. 身体拘束

当施設は、原則として入所者様に対し身体拘束は行いません。ただし、自傷他害の恐れがある等緊急かつやむを得ない場合、当施設の医師がその様態及び時間、その際入所者の心身の状況、緊急やむを得なかった理由を記録するとともに家族様にその旨を説明し同意を得ます。

11. 虐待の防止のための取組について

- ① 虐待防止に関する責任者を、選定しています。（別紙）
- ② 虐待の防止のための指針を整備するとともに、虐待の防止のための対策を行う検討委員会、従業者に対する虐待防止を啓発・普及するための研修を定期的で開催しています。
- ③ 虐待等に関する利用者及びその家族からの虐待等に関する相談を対応するとともに、虐待等が明らかになった場合は速やかに市町村の窓口に通報します。

12. 施設利用にあたっての留意事項

食事	栄養管理を施した食事を提供いたします。 食べ物の持込は、健康管理及び感染予防上、原則禁止とさせていただきます。
面会時間	面会時間は午後1時から午後4時までとします。 予約制ですので前日までに予約をお願いします。
消灯時間	午後9時です。
外出・外泊	各ナースステーションへお申し出ください。 外出・外泊届に記載頂き、医師の許可により、外出・外泊をしていただきます。
飲酒	健康管理上、禁止とさせていただきます。
喫煙	健康管理上、禁止とさせていただきます。
火気の取り扱い	防火管理上、禁止とさせていただきます。
設備、備品の利用	本来の使用法に従ってご利用ください。 これに反した利用により破損等が生じた場合、弁償していただく場合があります。
所持品、備品等の持込	収納スペースに限りがある為、記名の上、必要最小限でお願いします。
金銭、貴重品等の管理	原則自己管理をしていただきます。 紛失の責は負いかねます。
営利行為	他の入所者様にご迷惑がおよぶ行為、活動は一切禁止とさせていただきます。
宗教・政治活動	
ジェネリック医薬品	効果は同じですが名前の違う薬を使う場合があります。

1 3．守秘義務の徹底

当施設の職員は、業務上知り得た入所者様又は家族様に関する秘密を正当な理由なく第三者に漏らしません。この守秘義務は、雇用契約終了後も同様とします。ただし、介護保険サービスの為の市町村、居宅介護事業者、その他の介護保険事業者等への情報提供、あるいは、医療機関への療養状況を提供する場合については、当施設は入所者様及び家族様から予め同意を得た上で行うこととします。

1 4．個人情報の提供

次の様な状態の場合に、当施設はその必要とする範囲内の個人情報の提供をおこないます。

- ① 介護保険法令に従い、入所者様のサービス計画に基づくサービスを円滑に実施するために行うサービス担当者会議において利用する場合。
- ② 入所者様が医療機関を受診する際、当該医療機関に対しての個人情報を提供する場合
- ③ 契約終了によって、入所者様を他の施設へ紹介する等の援助を行う際、当該施設に対して個人情報を提供する場合。

1 5．苦情・相談等申出窓口

当施設のサービスについて、ご不明の点や疑問、苦情がございましたら、当施設相談窓口までお気軽にご相談、お申し出下さい。

受付窓口 支援相談員

電話番号： 0 7 8 - 9 0 4 - 1 3 3 8

受付時間： 平日 9 時～1 7 時

また、ご意見箱での受け付けもいたしておりますのでご利用下さい。
責任をもって調査し、その処理の結果をご本人に通知いたします。

【公的機関窓口】

○西宮市役所高齢介護課

所在地：西宮市六湛寺町 10-3

電話番号：0 7 9 8 - 3 5 - 3 3 1 4

○兵庫県国民健康保険団体連合会

所在地：神戸市中央区三宮町 1 丁目 9 番 1-1801 号

電話番号：0 7 8 - 3 3 2 - 5 6 1 7

受付時間：毎週月曜日～金曜日（9 時 00 分～17 時 15 分）

16. 協力医療機関

施設の名称	高田上谷病院
施設の所在地	西宮市山口町上山口4丁目26番14号
電話番号	078-903-3333
FAX	078-903-3332
診療科目	外科 内科 心臓血管外科 循環器内科 整形外科 放射線科 リハビリ科 人工透析内科

当施設は、高田上谷病院に併設している介護老人保健施設です。単独な施設にはない特色をいかして、施設に入所しながら疾病（持病）の管理、後遺症のケア、急性疾患に対する迅速な対応ができるように施設と病院が互いに連携しております。

- ① 定期的に CT や MRI、頸部、心エコーなどの画像診断や急性疾患における血液検査等を行います。
- ② 胃瘻造設、透析患者様等も受入れいたします。
- ③ 疾病に対する持続的な投薬、治療を行います。

新たな疾患や、慢性疾患等で入院加療が必要であると判断された場合は、家族様の了承を得て入院治療を開始します。治療後はあらためて再入所していただきます。疾患例）心不全・慢性肺疾患（喘息）、糖尿病・高脂血症・高尿酸血症等です。容態急変時等、急を要する場合は家族様への連絡が後になる場合もありますのでご了承ください。

協力歯科医院

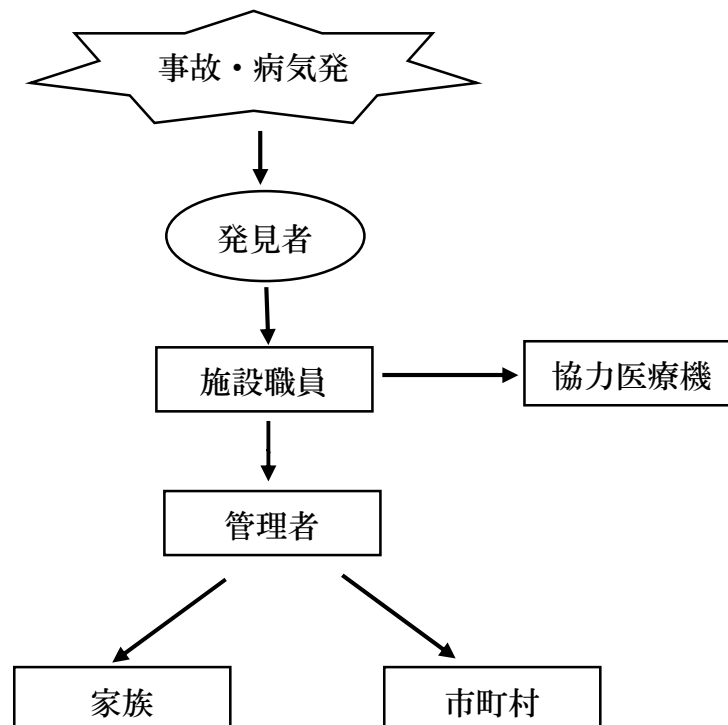
施設の名称	医療法人悠生会 宇川歯科
施設の所在地	宝塚市中山五月台2-11-4
電話番号	0797-89-1502

施設の名称	医療法人桜美会さくらいデンタルクリニック
施設の所在地	西宮市上大市1丁目5-20 メゾン甲東園1F
電話番号	0798-51-7780

17. 事故発生時の対応

- (1) 施設は、入所者様がサービス利用中に事故（転倒による骨折や飲食中の誤嚥等）が発生した場合、指定された緊急連絡先に事故発生時の経過及び状況説明を行い、直ちに適切な対応を講じます。
- (2) 施設は、速やかに市町村に連絡し、その状況を記録します。
- (3) 施設は、入所者様に対する施設サービスの提供により賠償すべき事故が発生した場合は損害賠償を速やかに行います。

事故発生時の対応



18. 緊急時の対応

サービス提供中に病状が急変した場合は、応急処置を行うと共に速やかに家族様、主治医、その他関係機関に連絡をとり対応致します。

19. 災害発生時の対応

消防計画に基づき対応します。火災及び地震発生時のために、非常災害要因を突き止め、組織を編成し任務遂行に当たります。

1年に2回防災訓練を実施します。（内1回は夜間を想定）

災害時マニュアルに従い、利用者様の安全確保に努めます。

20. 入所時リスク説明

当施設では入所者様が快適な入所生活を送られますように、安全な環境作りに努めておりますが、入所者様の身体状況や病気に伴う様々な症状が原因により、下記の危険性が伴うことを十分にご理解ください。

- 歩行時の転倒、ベッドや車椅子からの転落等による骨折・外傷、頭蓋内損傷の恐れがあります。
- 介護老人保健施設は、リハビリ施設であること、原則的に拘束は行わないことから、転倒・転落による事故の可能性があります。
- 高齢者の骨はもろく、通常の対応でも容易に骨折する恐れがあります。
- 高齢者の皮膚は薄く、少しの摩擦で表皮剥離がしやすい状態にあります。
- 高齢者の血管はもろく、軽度の打撲であっても、皮下出血が出来やすい状態にあります。
- 加齢や認知症の症状により、水分や食物を飲み込む力が低下します。誤嚥・誤飲・窒息の危険性が高い状態にあります。
- 高齢者であることにより、脳や心臓等の疾患により、急変・急死される場合もあります。
- 本人の全身状態が急に悪化した場合、当施設医師の判断で緊急に病院へ搬送を行うことがあります。

利用料

1. 施設サービス費についての利用負担は下表の通りです。

(1) 長期入所

施設サービス費

	要介護度	単位	介護報酬	利用者負担 1割負担	利用者負担 2割負担	利用者負担 3割負担
従来型個室	要介護1	717	7,657 円/日	766 円/日	1,532 円/日	2,298 円/日
	要介護2	763	8,148 円/日	815 円/日	1,630 円/日	2,445 円/日
	要介護3	828	8,843 円/日	885 円/日	1,769 円/日	2,653 円/日
	要介護4	883	9,430 円/日	943 円/日	1,886 円/日	2,829 円/日
	要介護5	932	9,953 円/日	996 円/日	1,991 円/日	2,986 円/日
多床室	要介護1	793	8,469 円/日	847 円/日	1,694 円/日	2,541 円/日
	要介護2	843	9,003 円/日	901 円/日	1,801 円/日	2,701 円/日
	要介護3	908	9,697 円/日	970 円/日	1,940 円/日	2,910 円/日
	要介護4	961	10,263 円/日	1,027 円/日	2,053 円/日	3,079 円/日
	要介護5	1012	10,808 円/日	1,081 円/日	2,162 円/日	3,243 円/日

加算（長期入所）

加算内容	単位	介護報酬	利用者負担 1割負担	利用者負担 2割負担	利用者負担 3割負担
初期加算(Ⅰ)(30日間)	30	320 円/日	32 円/日	64 円/日	96 円/日
初期加算(Ⅱ)(30日間)	60	640 円/日	64 円/日	128 円/日	192 円/日
夜勤職員配置加算	24	256 円/日	25 円/日	51 円/日	76 円/日
療養食加算	6	64 円/食	6 円/食	12 円/食	19 円/食
短期集中リハビリ実施加算(Ⅰ)	200	2,136 円/日	213 円/日	427 円/日	640 円/日
短期集中リハビリ実施加算(Ⅱ)	258	2,755 円/日	275 円/日	551 円/日	826 円/日
認知症短期集中リハビリ実施加算(Ⅰ)	240	2,563 円/日	256 円/日	512 円/日	768 円/日
認知症短期集中リハビリ実施加算(Ⅱ)	120	1,281 円/日	128 円/日	256 円/日	384 円/日
在宅復帰・在宅療養支援機能加算(Ⅰ)	51	544 円/日	54 円/日	108 円/日	163 円/日
外泊時加算	362	3,866 円/日	386 円/日	773 円/日	1,159 円/日
退所時栄養情報連携加算	70	747 円/回	74 円/回	149 円/回	224 円/回
再入所時栄養連携加算	200	2,136 円/回	213 円/回	427 円/回	640 円/回
協力医療機関連携加算(Ⅰ) R6 年度	100	1,068 円/月	106 円/月	213 円/月	320 円/月
協力医療機関連携加算(Ⅰ) R7 年度	50	534 円/月	53 円/月	106 円/月	160 円/月
所定疾患施設療養費(Ⅰ)	239	2,552 円/日	255 円/日	510 円/日	765 円/日
経口維持加算(Ⅰ)	400	4,272 円/月	427 円/月	854 円/月	1,281 円/月
経口維持加算(Ⅱ)	100	1,068 円/月	106 円/月	213 円/月	320 円/月
口腔衛生管理加算(Ⅰ)	90	961 円/月	96 円/月	192 円/月	288 円/月
口腔衛生管理加算(Ⅱ)	110	1,174 円/月	117 円/月	234 円/月	352 円/月
緊急時治療管理	518	5,532 円/月	553 円/月	1,106 円/月	1,659 円/月
ターミナル加算 (死亡日 31 日以上 45 日以下)	80	854 円/日	85 円/日	170 円/日	256 円/日
ターミナルケア加算 (死亡日以前 4 日以上 30 日以下)	160	1,708 円/日	170 円/日	341 円/日	512 円/日
ターミナルケア加算 (死亡日以前及び前々日)	820	8,757 円/日	875 円/日	1,751 円/日	2,627 円/日

加算内容	単位	介護報酬	利用者負担 1割負担	利用者負担 2割負担	利用者負担 3割負担
ターミナルケア加算 (死亡日)	1,650	17,622 円/日	1,762 円/日	3,524 円/日	5,286 円/日
若年性認知症受入加算	120	1,281 円/日	128 円/日	256 円/日	384 円/日
地域連携診療加算	300	3,204 円/回	320 円/回	640 円/回	961 円/回
退所時情報提供加算	500	5,340 円/回	534 円/回	1,068 円/回	1,602 円/回
サービス提供体制強化加算(Ⅱ)	18	192 円/日	19 円/日	38 円/日	57 円/日
サービス提供体制強化加算(Ⅲ)	6	64 円/日	6 円/日	12 円/日	19 円/日
排せつ支援加算(Ⅰ)	10	106 円/月	10 円/月	21 円/月	31 円/月
褥瘡ケアマネジメント加算(Ⅰ)	3	32 円/月	3 円/月	6 円/月	9 円/月
褥瘡ケアマネジメント加算(Ⅱ)	13	138 円/月	13 円/月	27 円/月	41 円/月
科学的介護推進体制加算(Ⅱ)	60	640 円/月	64 円/月	128 円/月	192 円/月
自立支援促進加算	300	3,204 円/月	320 円/月	640 円/月	961 円/月
入所前後訪問指導加算(Ⅰ)	450	4,806 円/回	480 円/回	961 円/回	1,441 円/回
介護職員等処遇改善加算(Ⅱ)	利用単位数の 1000 分の 71				

※あくまで目安であるため、実際の利用料金とは差異が出る場合があります

(2) 短期入所療養介護・介護予防短期入所療養介護

	要介護度	単位	介護報酬	利用者負担 1割負担	利用者負担 2割負担	利用者負担 3割負担
従来型個室	要介護 1	753	8,042 円/日	805 円/日	1,609 円/日	2,413 円/日
	要介護 2	801	8,554 円/日	856 円/日	1,711 円/日	2,567 円/日
	要介護 3	864	9,227 円/日	923 円/日	1,846 円/日	2,769 円/日
	要介護 4	918	9,804 円/日	981 円/日	1,961 円/日	2,942 円/日
	要介護 5	971	10,370 円/日	1,037 円/日	2,074 円/日	3,111 円/日
	要支援 1	579	6,183 円/日	619 円/日	1,237 円/日	1,855 円/日
	要支援 2	726	7,753 円/日	776 円/日	1,551 円/日	2,326 円/日
多床室	要介護 1	830	8,864 円/日	887 円/日	1,773 円/日	2,660 円/日
	要介護 2	880	9,398 円/日	940 円/日	1,880 円/日	2,820 円/日
	要介護 3	944	10,081 円/日	1,009 円/日	2,017 円/日	3,025 円/日
	要介護 4	997	10,647 円/日	1,065 円/日	2,130 円/日	3,195 円/日
	要介護 5	1052	11,235 円/日	1,124 円/日	2,247 円/日	3,371 円/日
	要支援 1	613	6,546 円/日	655 円/日	1,310 円/日	1,964 円/日
	要支援 2	774	8,266 円/日	827 円/日	1,654 円/日	2,480 円/日

加算（短期入所）

加算	単位	介護報酬	利用者負担 1割負担	利用者負担 2割負担	利用者負担 3割負担
夜勤職員配置加算	24	256 円/日	26 円/日	52 円/日	77 円/日
療養食加算（1食あたり）	8	85 円/回	9 円/回	17 円/回	26 円/回
個別リハビリ実施加算	240	2,563 円/日	257 円/日	513 円/日	769 円/日
在宅復帰在宅療養支援機能加算（Ⅰ）	34	363 円/日	37 円/日	73 円/日	109 円/日
緊急時受入加算	90	961 円/回	97 円/回	193 円/回	289 円/回
送迎加算	184	1,965 円/回	197 円/回	393 円/回	590 円/回
若年性認知症受入加算	120	1,281 円/日	129 円/日	257 円/日	385 円/日
重度療養管理加算	120	1,281 円/日	129 円/日	257 円/日	385 円/日
サービス提供体制強化加算(Ⅱ)	18	192 円/日	20 円/日	39 円/日	58 円/日
サービス提供体制強化加算(Ⅲ)	6	64 円/日	7 円/日	13 円/日	20 円/日
介護職員等処遇改善加算（Ⅱ）	利用単位数の 1000 分の 71				

※あくまで目安であるため、実際の利用料金とは差異が出る場合があります。

（２）食費・居住費

2024 年 7 月 31 日まで

負担段階	食費		居住費	
	長期入所	短期入所	従来型個室	多床室
第 1 段階	300 円/日	300 円/日	490 円/日	0 円/日
第 2 段階	390 円/日	600 円/日	490 円/日	370 円/日
第 3 段階①	650 円/日	1,000 円/日	1,310 円/日	370 円/日
第 3 段階②	1,360 円/日	1,300 円/日	1,310 円/日	370 円/日
第 4 段階	1,810 円/日	1,810 円/日	1,668 円/日	377 円/日

2024 年 8 月 1 日から

負担段階	食費		居住費	
	長期入所	短期入所	従来型個室	多床室
第 1 段階	300 円/日	300 円/日	550 円/日	0 円/日
第 2 段階	390 円/日	600 円/日	550 円/日	430 円/日
第 3 段階①	650 円/日	1,000 円/日	1,370 円/日	430 円/日
第 3 段階②	1,360 円/日	1,300 円/日	1,370 円/日	430 円/日
第 4 段階	1,810 円/日	1,810 円/日	1,728 円/日	437 円/日

- 世帯の所得に応じて減額措置があります。
- 介護保険負担限度額認定証を施設に提示されない方は第 4 段階の料金となります。

(3) その他の費用

内容	税 別	税金(10%)	税 込
施設提供おやつ 日額	100 円	10 円	110 円
テレビ使用料 日額	200 円	20 円	220 円
持込電化用品電気代 1 日	30 円	3 円	33 円
日用家電費 日額	180 円	18 円	198 円
理美容散髪	1,000 円	100 円	1,100 円
理美容・顔そり	200 円	20 円	220 円
理美容・パーマ	5,000 円	500 円	5,500 円
理美容・カットと毛染	5,500 円	550 円	6,050 円
理美容・毛染	4,500 円	450 円	4,950 円
リハビリ靴 1 足	4,480 円～	448 円～	4,928 円～
外泊時おむつ等費用（必要な方のみ）			
おむつ	40 円	4 円	44 円
シート	150 円	15 円	165 円
パッド	30 円	3 円	33 円
文書費 特養準備書面	3,600 円	360 円	3,960 円
診断書 高田上谷病院に依頼 （検査項目により費用が異なります）	3,000 円～	300 円～	3,300 円～
支払い証明書	1,000 円	100 円	1,100 円
身体障害者診断書	5,000 円	500 円	5,500 円
成年後見人用書面	5,000 円	500 円	5,500 円
生命保険診断書	5,000 円	500 円	5,500 円
CS セットを利用されない方			
ティッシュ 1 箱	190 円	19 円	209 円
歯ブラシ 1 本	260 円	26 円	286 円
歯磨き粉 1 本	280 円～	28 円～	306 円～
おしぼり（4 枚目以降より） 1 枚	30 円	3 円	33 円
内容	税 別	税金(8%)	税 込
新聞購読料・他紙朝刊 日額	130 円	10 円	140 円
珈琲（スティック珈琲 27 本入り）	800 円	64 円	864 円

老人保健受診費・医科歯科 1 割（所得により 2・3 割負担の場合有）
インフルエンザワクチン費 市町村によって負担額が異なります。

CS セット（株式会社エランとの契約が必要です。）

セット内用（日額利用料）	税 別	税金(10%)	税 込
A プラン 衣類・タオル・サービス品	720 円	72 円	792 円
B プラン タオル・サービス品	360 円	36 円	396 円
オプション（オプションのみは利用不可）			
私物洗濯 1 ネット	800 円	80 円	880 円
フリースジャケット 日額	500 円	50 円	550 円

★その他、ご相談ください。

私は、本書面に基づいて、乙の職員（職名 氏名 ）
から上記サービス内容と重要事項の説明、交付を受けたことを確認します。

西暦 年 月 日

（利用者様） 住所

氏名 印

（署名代行者）
私は、下記の理由により、甲の意見を確認したうえ、上記署名を行いました。

住所

氏名 印

署名代行の理由

（家族様または身元引受人）

住所

氏名 印