

**(指定通所介護, 指定介護予防通所介護,
介護予防・日常生活総合支援事業)**

松戸愛光園デイサービス

重要事項説明書

当施設は介護保険の指定を受けています
(千葉県指定 第1271201673号)

1. 施設運営法人

- (1) 法人名 社会福祉法人 聖隷福祉事業団
(2) 法人所在地 静岡県浜松市中区住吉二丁目12番12号
(3) 連絡先 電話番号 053-413-3300 (代表)
F A X 053-413-3314
ホームページ <http://www.seirei.or.jp/hq/>
(4) 代表者名 理事長 山本 敏博
(5) 設立年月日 昭和27年5月17日

2. 施設の概要

- (1) 施設の種類 指定通所介護／平成15年5月1日指定
指定介護予防通所介護／平成18年4月1日指定
(千葉県指定 第1271201673号)
- (2) 施設の名称 松戸愛光園デイサービス
- (3) 施設の目的 指定通所介護及び指定介護予防通所介護は、介護保険法令に従い、契約者が、その有する能力に応じ可能な限り自立した日常生活を営むことができるように支援することを目的として、契約者に、日常生活に必要な共用施設等を利用し、通所介護サービスを提供します。
- (4) 建物の構造 鉄筋コンクリート造一部鉄骨鉄筋コンクリート造
地上5階・地下1階建て (松戸愛光園併設)
- (5) 延べ床面積 6,552.70㎡
- (6) 併設事業 (千葉県知事の事業者指定／定員)
○介護老人福祉施設 第1271201665号／100名
○短期入所生活介護 第1271201699号／20名
○居宅介護支援事業 第1271002051号
- (7) 所在地 千葉県松戸市高塚新田128-8
○電車・バスを利用する場合
①武蔵野線「市川大野」駅下車 徒歩12分
②総武線「本八幡」駅下車 京成バス高塚行き「東松戸病院入り口」
下車 徒歩3分
○自家用車を利用の場合
京葉道路原木インターチェンジより約20分
- (8) 連絡先 電話番号 047-330-8243
F A X 047-330-8126

- (9) 管理者 柴田 栄一
- (10) 運営方針 在宅生活の継続や家族介護の支援を行うとともに、利用者主体の自立生活支援を迫及します。「利用者の笑顔」「かゆいところに手の届く気配り」を2つの柱とし心豊かなケアを目指します。
- (11) 開設年月日 平成15年5月1日
- (12) 利用定員 29名

3. 事業実施地域及び営業時間

- (1) 通常の事業の実施地域 松戸市南部 市川市北部
- (2) 営業日及び営業時間

営業日	月曜日～土曜日 但し、年末年始（12月29日～1月3日）を除く
受付時間	月曜日～土曜日 午前8時30分～午後5時00分
サービス提供時間	月曜日～土曜日 午前9時～午後4時30分の間

4. 利用対象者

- (1) 介護保険で当施設を利用できるのは、以下の通りとなります。
- ①通所介護 要介護1～5の認定の方
 - ②介護予防通所介護 要支援1及び要支援2の認定の方
 - ③介護予防・日常生活支援総合事業対象の方
- (2) 利用開始時に要介護認定等を受けていた方であっても、利用開始後に要介護認定等が非該当等になった場合には、介護保険ではご利用いただけなくなります。

5. 契約締結からサービス提供までの流れ

ご契約者に対する具体的なサービス内容やサービス提供方針については、ご契約者を担当する介護支援専門員もしくは地域包括支援センター（以下「ケアマネージャー」という）が作成する居宅サービス計画もしくは介護予防サービス計画、介護予防マネジメントケアプラン（以下「ケアプラン」という）がある場合とない場合で通所介護計画（以下「個別サービス計画」）作成手順が異なります。

(1) 「ケアプラン」がある場合

- ① ケアマネージャーが作成したケアプラン。



- ② 担当者が上記プランに基づき個別サービス計画の原案を作成し、ご契約者及びその家族等に対し、同意を得たうえで決定します。



③ 個別サービス計画は、ケアプランが変更された場合及びご契約者及びその家族等の要請に応じ、変更の必要がある場合には、ご契約者及びその家族等と協議し同意を得た上で変更します。



④ 個別サービス計画が変更された場合には、ご契約者及びその家族等に対して、書面を交付し、その内容を確認していただきます。



(2) 「ケアプラン」がない場合

①要支援および要介護認定を受けている場合

- ケアマネージャーの紹介等、必要な援助を行います。
- 個別サービス計画を作成し、それに基づきご契約者にサービスを提供します。
- 介護保険給付対象サービスについては、利用料金を一旦全額お支払いいただきます。(償還払い)



ケアプランの作成



- 作成されたケアプランに沿って、個別サービス計画を変更し、それに基づきご契約者にサービスを提供します。
- 介護保険給付対象サービスについては、介護保険の給付額を除いた料金（自己負担額）をお支払いいただきます

②要支援および要介護認定等を受けていない場合

- 要支援及び要介護認定に必要な援助を行います。
- 個別サービス計画を作成し、それに基づきご契約者にサービスを提供します。
- 介護保険給付対象サービスについては、利用料金を一旦全額お支払いいただきます。(償還払い)



要支援・要介護と認定された場合



- ケアプランを作成していただきます。
- 必要に応じて、ケアマネージャーの紹介等必要な支援を行います。



ケアプランの作成



- 作成されたケアプランに沿って、個別サービス計画を変更し、それに基づきご契約者にサービスを提供します。
- 介護保険給付対象サービスについては、介護保険の給付額を除いた料金（自己負担額）をお支払いいただきます。



非該当と認定された場合



- 契約は終了します
- すでに実施されたサービスの利用料金は全額自己負担となります。

6. 設備の概要

当施設では以下の設備をご用意しております。

居室・設備の種類	設備等
食 堂	流し台・冷蔵庫・食器洗淨乾燥機・テレビ
浴 室	個浴・機械浴
機能回復訓練室	各種機能訓練機器（認知症予防、下肢筋力維持目的）
談話コーナー	ソファ・テーブル
静 養 室	ベッド

※施設・設備利用の注意事項

決められた場所以外での喫煙はご遠慮ください。また、ご契約者の過失により施設の設備等を破損・汚損・滅失した場合は、修理及び相当の費用のご負担をお願いいたします。

7. 職員の配置状況

(1) 当施設では、ご契約者に対し指定通所介護、指定介護予防・日常生活支援総合事業のサービスを提供する職員として、以下の職種の職員を配置しています。

職 種	配置人数	備 考
管 理 者	1名	常勤
介 護 職 員	営業日ごとに、提供時間数及び利用者数から算出される勤務延時間数を満たす人数以上	利用者数 15 人まで 勤務延時間数＝平均提供時間数 利用者数 16 人以上 勤務延時間数＝((利用者数－15) ÷ 5 + 1) × 平均提供時間数
看 護 職 員	営業日ごとに1名以上	
機能訓練指導員	営業日ごとに1名以上	
生活相談員	営業日ごとにサービス提供時間を通じて専従で1名以上	常勤
管理栄養士	営業日ごとに1名以上	

(2) 配置職員の職務内容は以下のとおりです。

【管 理 者】 事業所の従業員の管理及び業務の管理を一元的に行うとともに、従業員に事業に関する法令等の規定を遵守させるため必要な指揮命令を行います

【介 護 職 員】 ご契約者の日常生活上のお世話を行います

【看 護 職 員】 ご契約者の健康管理や療養上のお世話を行います

【機能訓練指導員】 ご契約者の日常生活で必要な機能訓練を行います

【生活相談員】 ご契約者の日常生活の相談・助言を行います

【管理栄養士】 ご契約者の栄養改善に必要な援助を行います

8. 施設が提供するサービスと料金

- ・当施設では、ご契約者に対し以下のサービスを提供します。
- ・当施設が提供するサービスには、
 - ①利用料金が介護保険から給付されるサービス
 - ②利用料金の金額をご契約者に負担いただくサービス があります。

(1) 介護保険の給付対象となるサービス (別表 1、2、3、4)

(2) 介護保険サービスの給付対象とならないサービス (別表 5)

(3) 利用料金のお支払方法

- (1) および (2) の料金・費用は1ヶ月毎に精算します。
金融機関指定口座から自動引き落としでお願いします。

(4) 利用中止時の食事代実費について

ご契約者の都合で利用を中止される場合は、利用日の午前8時までにご連絡下さい。

それ以降の中止は、体調不良などの理由に関わらず、食事代の実費700円とおやつ代50円をお支払い頂くこととなります。

(5) 利用料金の取り扱いについて

①緊急の事由等で要支援及び要介護認定等を受けていない方が利用される場合は、サービス利用料金をいったん全額お支払いいただきます。要支援及び要介護認定等を受けた後に、自己負担額を除く金額が介護保険から払い戻されます (償還払い)。

償還払いとなる場合、ご契約者が保険給付の申請を行うために必要となる事項を記載した、「サービス提供証明書」を交付します。

②介護保険料等に変更があった場合は、変更された額に合わせて、ご契約者の負担額を変更します。

(6) 医療について

医療を必要とする場合は、ご契約者の希望により、下記協力医療機関において、診療・入院の治療等を受けることができます。ただし、下記医療機関での優先的な診療・入院の治療等を保証するものではありません。また、下記医療機関での、診療・入院の治療等を義務付けるものではありません。

①協力医療機関

医療機関の名称	社会医療法人社団木下会 鎌ヶ谷総合病院
所在地	千葉県鎌ヶ谷市初富 929 番-6

②協力歯科医療機関

医療機関の名称	ラビット歯科
所在地	松戸市日暮 1 丁目 16-1 R G 八柱ビル 3 階

9. 施設をご利用いただけない場合

当施設との契約では、以下のような事由が発生した場合は介護保険でご利用いただくことができません。

①ご契約者が死亡した場合

②要介護認定等によりご契約者の心身の状況が非該当と判定された場合

③事業者が解散命令を受けた場合、破産した場合またはやむを得ない事由により施設を閉鎖した場合

④事業所の滅失や重大な毀損により、サービスの提供が不可能になった場合

⑤事業所が介護保険の指定を取り消された場合または指定を辞退した場合

⑥ご契約者から中途解約・契約解除の申し出があった場合

※契約の有効期間内であっても、ご契約者から当施設に退去を申し出ることができます。その場合は、退去を希望する日の7日前までにお知らせください。ただし、契約書第19条による場合は即時に契約を解除することができます。

⑦事業者から契約解除の申し出を行った場合

※契約書第20条による場合は利用をご遠慮いただく場合があります。

10. 代理人

契約書第22条に基づき、代理人をご指定ください。代理人は契約期間中におけるご契約者が判断能力を失った場合に、ご契約者によってその権利義務にかかわる事務処理などについてお手伝いいたします。

11. 苦情の受付

(1) 当施設における苦情の受付

当施設における苦情やご相談は以下の窓口で受付いたします。

- 苦情受付担当者 柴田 栄一
- 苦情解決責任者 森井 正孝
- 受付時間 月曜日～金曜日（年末年始および祝日を除く）
8：30～17：00
- 受付方法 電話 047-330-8125
FAX 047-330-8126
※上記時間外も、投書箱などで24時間受け付けます

(2) 行政機関等その他の苦情受付機関

松戸市介護保険課給付班	所在地	松戸市根本387-5
	電話番号	047-366-7067
	対応時間	8：30～17：00
市川市介護保険課	所在地	市川市八幡1-1-1
	電話番号	047-334-1111（代表）
	対応時間	8：30～17：00
千葉県国民健康 保険団体連合会 （国保連）	所在地	千葉市稲毛区天台6-4-3
	電話番号	043-254-7409
	利用時間	8：45～17：00
その他各区市町村介護保険担当課		

(3) 第三者委員について

第三者委員とは、サービス利用者と施設の間に入って、問題を公平・中立な立場で円滑・円満に解決するために設けられた制度です。希望される場合は、第三者委員を交えてお話し合いも出来ます。

当該施設の第三者委員は、次のとおりです。

- 板倉 弘明氏（高塚団地自治会友の会 元会長）
- 高橋 春子氏（元松戸市児童委員・民生委員）

1 2. サービス提供における事業者の義務

当施設は、ご契約者に対しサービスを提供するにあたり、以下のことを守ります。

- ①ご契約者の生命・身体・財産の安全に配慮します。
- ②ご契約者の体調・健康管理から必要な場合には、医師または看護職員と連携し、ご契約者からの確認を行います。
- ③非常災害に関する具体的計画を策定し備えるとともに、ご契約者に対して、定期的に非難・救出その他必要な訓練を行います。
- ④ご契約者および他の利用者等の生命または身体を保護するため、緊急やむを得ない場合を除き、身体拘束その他ご契約者の行動を制限する行為は行いません。
※やむを得ず行う場合は、ご契約者およびご家族へ説明・同意の上、必要最小限の範囲で行うよう努めます。
- ⑤ご契約者に対するサービスの記録を作成し、契約終了後2年間保持し、ご契約者もしくは代理人の請求に応じ、記録の閲覧・複写物の交付をします。
※複写は当説明書記載の費用をご負担いただきます。
- ⑥サービスを提供するにあたり、知り得たご契約者に関する事項を正当な理由なく第三者に漏洩しません。
※ご契約者に医療上の必要がある場合は、医療機関にご契約者の心身等の情報を提供します。

1 3. 施設利用の留意事項

当施設をご利用される皆様が、安全で快適に過ごす事ができるよう、以下の事項をお守りください。

(1) 持ち込みについて

以下のものは持ち込むことができません

- 炎の出るもの
- 危険物（火薬類・石油類・劇薬・必要以上の薬など）
- 刃物及び銃器またはそれに類するもの

(2) 喫煙

- 決められた場所以外での喫煙はご遠慮ください

(3) 施設・設備使用上の注意

- 居室および共用施設・敷地をその本来の用途に従って利用してください
- 故意または注意を怠り過失により施設・設備を滅失・破損・汚損もしくは変更した場合は、ご契約者の自己負担により原状復帰していただくか、相当の代価をお支払いいただくこととなります
- 他の利用者および従業員の迷惑となるような、宗教活動・政治活動・営利活動を行うことはできません

14. 損害賠償について

事業者の責任によりご契約者に生じた損害については、事業者は速やかにその損害賠償をいたします。

ただし、その損害の発生について、以下の場合には事業者の損害賠償責任を減じることができます。

- ご契約者が心身や病状等について故意に告げず、または不実の告知を行った結果損害が生じた場合
- ご契約者がサービス実施に必要な事項について故意に告げず、または不実の告知を行った結果損害が生じた場合
- ご契約者の急な体調変化など、サービスの実施を原因としない事由により損害が生じた場合
- ご契約者がサービス従業員の指示に反して行うことで損害が生じた場合

平成 年 月 日

本書面にに基づき重要事項の説明を行いました。

松戸愛光園デイサービス

説明者職名 _____ 氏名 _____ 印

私は、本書面にに基づいて事業者から説明を受け、重要事項の内容に同意します。

契約者氏名 _____ 印

住所 _____

電話番号 _____

私は、契約者が事業者からの説明を受け、重要事項の内容に同意したことを確認し、契約者に代わって署名を代行いたします。

署名代行者氏名 _____ 印

(契約者との続柄 _____)

住所 _____

電話番号 _____

私は、本書面にに基づいて事業者から説明を受け、重要事項 別表の内容に同意します。

契約者氏名 _____ 印

住所 _____

電話番号 _____

私は、契約者が事業者からの説明を受け、重要事項 別表の内容に同意したことを確認し、契約者に代わって署名を代行いたします。

署名代行者氏名 _____ 印

(契約者との続柄 _____)

住所 _____

電話番号 _____

(付 則)

この事項は、平成15年5月1日から施行する。

平成17年10月	1日	改訂
平成18年	4月 1日	改訂
平成19年	4月 1日	改訂
平成19年11月	15日	改訂
平成20年	4月 1日	改訂
平成20年10月	1日	改訂
平成21年	4月 1日	改訂
平成21年10月	1日	改訂
平成22年	4月 1日	改訂
平成22年10月	1日	改訂
平成23年	4月 1日	改訂
平成23年10月	1日	改訂
平成24年	4月 1日	改訂
平成26年	4月 1日	改訂
平成27年	4月 1日	改訂
平成27年10月	1日	改訂
平成28年	4月 1日	改訂
平成28年10月	1日	改訂
平成29年	4月 1日	改訂
平成29年12月	1日	改訂

介護保険の給付対象となるサービス

以下のサービスについては、利用料金の 9 割または 8 割が介護保険から給付されます。

【サービスの概要】

- ①食事の介助 ②入浴の介助 ③排泄の介助 ④機能訓練 ⑤相談
⑥健康管理 ⑦送迎 ⑧レクリエーション

【サービス利用料金】（1日あたり）

下記の料金表に基づき、ご契約者の要介護度等に応じたサービス利用料金から、介護保険給付額を除いた金額（自己負担額）に、加算対象サービスと実費（食事代、おしぼり代、入浴用品代等）に関する費用の合計金額をお支払いいただきます。

○サービス単位（通常規模型通所介護費）及び利用料金の目安

9:00~16:30	要介護 1	要介護 2	要介護 3	要介護 4	要介護 5
利用単位	656 単位	775 単位	898 単位	1021 単位	1144 単位
サービス提供体制加算 I イ	18 単位				
1. サービス利用料金	6,737 円	7,959 円	9,222 円	10,485 円	11,748 円
2. 自己負担額（1割負担）	674 円	769 円	923 円	1,049 円	1,175 円
（2割負担）	1,348 円	1,592 円	1,845 円	2,097 円	2,350 円

10:00~13:30	要介護 1	要介護 2	要介護 3	要介護 4	要介護 5
利用単位	380 単位	436 単位	493 単位	548 単位	605 単位
サービス提供体制加算 I イ	18 単位				
1. サービス利用料金	3,902 円	4,477 円	5,063 円	5,628 円	6,213 円
2. 自己負担額（1割負担）	391 円	448 円	507 円	563 円	622 円
（2割負担）	781 円	896 円	1,013 円	1,126 円	1,243 円

○加算項目

	入浴加算	個別機能 訓練加算 Ⅱ (注 1)	口腔機能 向上加算 (注 2)	栄養改善 加算 (注 3)	送迎が実施されな い場合の減算
					47 単位/片道
利 用 単 位	50 単位	56 単位	150 単位	150 単位	介護職員処遇 改善加算 I
1. サービス利用料金	513 円	575 円	1,540 円	1,540 円	介護職員の賃金の 改善等を実施して いる場合 (所定単 位数の 5.9%) (注 4)
2. 自己負担額(1割負担)	52 円	58 円	154 円	154 円	
(2割負担)	103 円	115 円	308 円	308 円	

(注 1) 個別機能訓練計画を作成し、計画的に機能訓練を実施した場合に算定されます。

(注 2) 口腔機能が低下又はそのおそれのある方に対するサービスで、月 2 回を限度として算定されます。

(注 3) 低栄養状態又はそのおそれのある方に対するサービスで、月 2 回を限度として算定されます。

(注 4) 介護職員処遇改善加算として総介護報酬の 1000 分の 59 が加算されます。

○実費

別表 5 介護保険サービスの給付対象とならないサービスによる。

○単位から自己負担額を算出する計算法

(要介護 1 の方が入浴有りて利用をした場合を例に、1 日利用分の料金計算)

$$\textcircled{1} \{ \{ 656 \text{ 単位 (利用単位)} + 18 \text{ 単位 (体制強化加算)} + 50 \text{ 単位 (入浴加算)} \} + \{ 656 \text{ 単位 (利用単位)} + 18 \text{ 単位 (体制強化加算)} + 50 \text{ 単位 (入浴加算)} \} \times 0.059 \text{ (介護職員処遇改善加算 I)} \} \times 10.27 \text{ 円 (地域加算)} = 7,874 \text{ 円 (円未満切り捨て)}$$

$$\textcircled{2} 7,874 \text{ 円} \times 0.9 \text{ (介護保険給付 9 割)} = 7,086 \text{ 円 (円未満切り捨て)}$$

$$\textcircled{3} 7,874 \text{ 円 (介護保険利用金額)} - 7,086 \text{ 円 (介護保険給付額)} = 788 \text{ 円}$$

※ 松戸市は、厚生労働省告示により 6 級地に指定されています

※ 利用料等の精算は月単位で行います。1 日あたりの金額に換算した場合、円単位で端数が違うことがあります。

(松戸愛光園デイサービス重要事項説明書別表 3 : 介護予防通所介護(相当サービス))

介護保険の給付対象となるサービス

以下のサービスについては、利用料金の 9 割または 8 割が介護保険から給付されます。

【サービスの概要】

- ①入浴の介助 ②排泄の介助 ③機能訓練 ④健康管理 ⑤相談
⑥アクティビティ⑦選択サービス

【サービス利用料金】(1 月あたり)

下記の料金表に基づき、ご契約者の要支援認定に応じたサービス利用料金から、介護保険給付額を除いた金額(自己負担額)に、加算対象サービスと実費(食事代、おしぼり代、入浴用品代等)に関する費用の合計金額をお支払いいただきます。

○サービス単位(介護予防通所介護(相当サービス)費)及び利用料金の目安

	要支援 1/事業対象者	要支援 2/事業対象者
利 用 単 位	1,647 単位	3,377 単位
サービス提供体制加算 I イ	72 単位	144 単位
1. サービス利用料金	16,914 円	34,681 円
2. 自己負担額 (1割負担)	1,962 円	3,469 円
(2割負担)	3,383 円	6,937 円

○加算減算項目

	生活機能向上 グループ活動 加算(注1)	運動器機能向 上加算(注2)	口腔機能向上 加算(注3)	栄養改善 加算(注4)
利 用 単 位	100 単位	225 単位	150 単位	150 単位
1. サービス利用料金	1,027 円	2,310 円	1,540 円	1,540 円
2. 自己負担額 (1割負担)	103 円	231 円	154 円	154 円
(2割負担)	206 円	462 円	308 円	308 円

	選択的サービ ス複数実 施加算 I (注5)	選択的サービ ス複数実 施加算 II (注6)	
利 用 単 位	480 単位	700 単位	介護職員処遇改善加算 I
1. サービス利用料金	4,929 円	7,189 円	介護職員の賃金の改善等を実施している場合(所定単位数の 5.9%) (注7)
2. 自己負担額 (1割負担)	493 円	719 円	
(2割負担)	986 円	1,438 円	

(松戸愛光園デイサービス重要事項説明書別表 3 : 介護予防通所介護(相当サービス))

- (注 1) 生活機能の向上を目的として日常生活上の支援のための活動を実施した場合に算定されます。
- (注 2) 運動器の機能向上を目的として個別的に機能訓練を実施した場合に算定されます。
- (注 3) 口腔機能低下又はそのおそれのある方に対し、個別的にその指導等が実施された場合に算定されます。
- (注 4) 低栄養状態又はそのおそれのある方に対し、個別的にその指導等が実施された場合に算定されます。
- (注 5) 選択的サービス(運動器機能向上サービス、口腔機能向上サービス、栄養改善サービス)のうち 2 種類を実施した場合に算定されます。
- (注 6) 選択的サービス(運動器機能向上サービス、口腔機能向上サービス、栄養改善サービス)のうち 3 種類を実施した場合に算定されます。
- (注 7) 介護職員処遇改善加算として総介護報酬の 1000 分の 59 が加算されます。
- (注 8) 事業所評価加算の対象事業所に認定された場合利用単位に 100 単位が加算されます。

○実費

別表 5 介護保険サービスの給付対象とならないサービスによる。

○単位から自己負担額を算出する計算法

(要支援 1 の方が運動器機能向上訓練有りで利用した場合を例に、1 ヶ月分の料金計算)

- ① $\{1,647 \text{ 単位 (利用単位)} + 72 \text{ 単位 (体制強化加算)} + 225 \text{ 単位 (運動器加算)}\} + \{1,647 \text{ 単位 (利用単位)} + 72 \text{ 単位 (体制強化加算)} + 225 \text{ 単位 (運動器加算)}\} \times 0.059$ (介護職員処遇改善加算 I) $\} \times 10.27 \text{ 円 (地域加算)} = 21,142 \text{ 円 (円未満切り捨て)}$
- ② $21,142 \text{ 円} \times 0.9$ (介護保険給付 9 割) $= 19,027 \text{ 円 (円未満切り捨て)}$
- ③ $21,142 \text{ 円 (介護保険利用金額)} - 19,027 \text{ 円 (介護保険給付額)} = 2,115 \text{ 円}$
- ※ 松戸市は、厚生省告示により 6 級地に指定されています

介護保険サービスの給付対象とならないサービス

以下のサービスは、ご契約者の個別希望等により行うサービスで、利用料金全額をご契約者に負担いただくサービスとなります。

サ　ー　ビ　ス　内　容	利　用　料　金
①食事代+おやつ代	700円+50円
②おしぼり代　　*昼食、おやつ前に使用を希望される場合	20円/日
③入浴用品代 *入浴時のフェイスタオル(1枚)、バスタオル(2枚)の利用を希望される場合	80円/回
④利用中止時の食事代実費 (当日8:00までにご連絡をいただけなかった場合)	700円+50円
⑤サービス提供時間中の行事または個別制作の材料費などにかかる費用	実費
⑥写真のプリント	1枚30円
⑦複写物の交付	1枚10円 (A3は1枚20円)
⑧支払証明書	1枚　1,050円

※費用負担が発生する行事およびクラブ等への参加は、ご契約者へ意思確認の上参加いただきます。ご契約者本人の意思確認が困難な場合は、ご家族や代理人等へ確認し同意の上行います。

※社会情勢等やむを得ない事由がある場合、ご利用額を変更することがあります。変更の際は、事前に変更内容およびその事由について、原則変更を行う1ヶ月前までにご契約者およびご家族や代理人等にご説明します。