

別紙様式

重要事項説明書

記入年月日 2023年8月25日

1. 事業主体概要

種類	個人/法人	
	※法人の場合、その種類	有限会社
名称	(ふりがな) ゆうげんがいしゃたまめでいかるさーびす 有限会社タマメディカルサービス	
主たる事務所の所在地	〒379-2144 群馬県前橋市下川町 44-1	
連絡先	電話番号	0270-30-2311
	FAX 番号	0270-30-2312
	ホームページアドレス	https://peraichi.com/landing_pages/view/tamamedical
	メールアドレス	soumu@tamavillage.jp
代表者	氏名	角田 美智子
	職名	代表取締役
設立年月日	平成 57 年 2 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) きーびすつきこうれいしゃむけじゅうたくたまめでいかるいたい サービス付き高齢者向け住宅タマメディカル板井	
所在地	〒370-1135 群馬県佐波郡玉村町板井 904-1	
主な利用交通手段	最寄駅	新町駅
	交通手段と所要時間	①バス利用の場合 ・高崎駅から群馬中央バス高崎駅～県立女子大学線「板井」停留所より徒歩5分 ②自動車利用の場合 ・関越自動車道高崎玉村スマートインターより5分 ・上信越自動車道藤岡インターより25分 ・北関東自動車道前橋南インターより10分
連絡先	電話番号	0270-75-2305
	FAX 番号	0270-75-2306
	ホームページアドレス	https://peraichi.com/landing_pages/view/tamamedical
	メールアドレス	tamamedical-itai@iaa.itkeeper.ne.jp
管理者	氏名	根本 幸典
	職名	管理者
建物の竣工日	平成26年12月22日	
有料老人ホーム事業の開始日	平成27年2月18日	

(類型)【表示事項】

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) 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) 3 住宅型 4 健康型		
1 又は 2 に 該当する 場合	介護保険事業者番号	
	指定した自治体名	県 (市)
	事業所の指定日	平成 年 月 日
	指定の更新日 (直近)	平成 年 月 日

(特記事項)

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 <input checked="" type="checkbox"/> あり 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 <input checked="" type="checkbox"/> 不要*
※ 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	

(併設介護保険事業所等の概要) ※併設する介護保険事業所等がない場合は省略可能

併設介護 保険事業 所等	1	施設の名称	居宅介護支援タマメディカル
		サービスの類型	居宅介護支援
		事業所番号	1072800905
		事業所の場所	1 <input checked="" type="checkbox"/> 同一の建物 2 同一の敷地 3 隣接する土地
	2	施設の名称	
		サービスの類型	
		事業所番号	
		事業所の場所	1 同一の建物 2 同一の敷地 3 隣接する土地
	3	施設の名称	
		サービスの類型	
		事業所番号	
		事業所の場所	1 同一の建物 2 同一の敷地 3 隣接する土地
	4	施設の名称	
		サービスの類型	
		事業所番号	
		事業所の場所	1 同一の建物 2 同一の敷地 3 隣接する土地
	5	施設の名称	
		サービスの類型	
		事業所番号	
		事業所の場所	1 同一の建物 2 同一の敷地 3 隣接する土地

3. 建物概要

土地	敷地面積	1048.00㎡				
	所有関係	1 事業者が自ら所有する土地				
		2 事業者が賃借する土地				
		借地権の種類	1 普通借地権	2 定期借地権		
		抵当権の有無	1 あり	2 なし		
契約期間	1 あり (令和3年1月～令和33年1月)					
契約の自動更新	1 あり	2 なし				
建物	延床面積	全体	999.50㎡			
		うち有料老人ホーム部分	999.50㎡			
	耐火構造	1 耐火建築物(建築基準法第2条第9号の2) 2 準耐火建築物 (建築基準法第2条第9号の3) 3 その他()				
	構造	1 鉄筋コンクリート造 2 鉄骨造 3 木造 4 その他()				
	建物階数	2階建て (うち有料老人ホーム部分 階～ 階)				
	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 (令和3年1月～令和33年1月) 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	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	有/無	有/無	18.23㎡	26	一般居室個室
	タイプ2	有/無	有/無	㎡		
	タイプ3	有/無	有/無	㎡		
	タイプ4	有/無	有/無	㎡		
タイプ5	有/無	有/無	㎡			
タイプ6	有/無	有/無	㎡			
タイプ7	有/無	有/無	㎡			

	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	2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		2ヶ所		
	共用浴室	3ヶ所	個室		3ヶ所		
			大浴場		0ヶ所		
	共用浴室における介護浴槽	0ヶ所	チェアー浴		0ヶ所		
			リフト浴		0ヶ所		
			ストレッチャー浴		0ヶ所		
			その他 ()		0ヶ所		
食堂	1	<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	<input checked="" type="checkbox"/> あり	2	なし			
エレベーター	1	<input checked="" type="checkbox"/> あり (車椅子対応)	2	<input checked="" type="checkbox"/> 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	<input checked="" type="checkbox"/> あり	2	なし		
	自動火災報知設備	1	<input checked="" type="checkbox"/> あり	2	なし		
	火災通報設備	1	<input checked="" type="checkbox"/> あり	2	なし		
	スプリンクラー	1	<input checked="" type="checkbox"/> あり	2	なし		
	防火管理者	1	<input checked="" type="checkbox"/> あり	2	なし		
	防災計画	1	<input checked="" type="checkbox"/> 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	「安心」「安全」「快適」な住まいを理念としてサービスを提供しています。
サービスの提供内容に関する特色	地域の居場所としての交流や、入居者様の地域住民との交流を積極的に行っています。
入浴、排せつ又は食事の介護	1 自ら実施 2 <input type="checkbox"/> 委託 3 なし
食事の提供	1 自ら実施 2 <input type="checkbox"/> 委託 3 なし
洗濯、掃除等の家事の供与	1 自ら実施 2 <input type="checkbox"/> 委託 3 なし
健康管理の供与	1 <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 自ら実施 2 委託 3 なし
生活相談サービス	1 <input type="checkbox"/> 自ら実施 2 委託 3 なし

(医療連携の内容)

医療支援 ※複数選択可	1 <input type="checkbox"/> 救急車の手配 2 <input type="checkbox"/> 入退院の付添い 3 <input type="checkbox"/> 通院介助 4 その他 ()		
協力医療機関	1	名称	医療法人樹心会 角田病院
		住所	佐波郡玉村町上新田 675-4
		診療科目	内科・大腸肛門外科・消化器内科・糖尿病内科・皮膚科・整形外科・神経内科・リハビリテーション科
		協力内容	外来受診、入院、健康相談、その他
	2	名称	ひぐち内科・歯科クリニック
		住所	佐波郡玉村町福島 1080-1
		診療科目	内科
		協力内容	訪問診療、往診、外来受診、健康診断、健康相談、その他
協力歯科医療機関	名称	医療法人樹心会 ひぐち内科・歯科クリニック	
	住所	佐波郡玉村町福島 1080-1	
	協力内容	訪問歯科診療、その他	

(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 <input checked="" type="checkbox"/> あり	2 なし
	要支援の者	1 <input checked="" type="checkbox"/> あり	2 なし
	要介護の者	1 <input checked="" type="checkbox"/> あり	2 なし
入居対象となる者の年齢	60 歳以上		
留意事項	<ul style="list-style-type: none"> ・ 概ね 60 歳以上で介護の必要な高齢者 ・ 自立の方でも、認定を受けて要介護又は要支援となる見込みのある方 		
契約の解除の内容	入居契約書第 5 章 27 条		
事業主体から解約を求める場合	解約条項	入居契約書第 5 章 28 条	
	解約予告期間	90 日	
入居者からの解約予告期間	30 日		
体験入居の内容	1 <input checked="" type="checkbox"/> あり (内容：通常の入居者と同じ生活を送ることができます。) 2 なし		
体験入居の費用	1 泊 2 日 20,000 円 (宿泊費・食事代込)		
入居定員	26 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（併設介護保険事業所等など同一法人が運営する他の事業所の職員については記載しないでください。）。

（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人	1人	0人	人
生活相談員	0人	0人	0人	人
直接処遇職員				人
介護職員	4人	4人	0人	
看護職員	1人	1人	1人	
機能訓練指導員	0人	0人	0人	人
計画作成担当者	0人	0人	0人	人
栄養士	0人	0人	0人	人
調理員	5人	1人	4人	人
事務員	0人	0人	0人	人
その他職員	0人	0人	0人	人
1週間のうち、常勤の従業者が勤務すべき時間数※2				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人	0人	0人
介護福祉士	3人	3人	0人
実務者研修の修了者	0人	0人	0人
初任者研修の修了者	0人	0人	0人
介護支援専門員	0人	0人	0人

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

(夜勤を行う看護・介護職員の人数)

夜勤帯の設定時間 (17時 ~ 9時)		
	平均人数	最少時人数 (休憩者等を除く)
看護職員	0人	0人
介護職員	1人	1人

(職員の状況)

	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									
管理者	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	0人	0人	0人	0人	0人	0人	0人	0人	0人	0人	
前年度1年間の退職者数	0人	0人	0人	2人	0人	0人	0人	0人	0人	0人	
業務に従事した経験年数に応じた職員の人数	1年未満	0人	0人	0人	0人	0人	0人	0人	0人	0人	
	1年以上3年未満	0人	0人	0人	0人	0人	0人	0人	0人	0人	
	3年以上5年未満	0人	0人	0人	0人	0人	0人	0人	0人	0人	
	5年以上10年未満	0人	0人	0人	0人	0人	0人	0人	0人	0人	
	10年以上	1人	1人	4人	0人	0人	0人	0人	0人	0人	0人
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 <input type="checkbox"/> 利用権方式 2 <input type="checkbox"/> 建物賃貸借方式 3 <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 月払い方式
		4 選択方式 ※該当する方式を全て選択
年齢に応じた金額設定		1 あり 2 <input type="checkbox"/> なし
要介護状態に応じた金額設定		1 あり 2 <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 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	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ます。
	手続	運営懇談会の意見を聴いたうえで改定し、入居者及び身元引受人等へ事前に通知し、同意を得るものとします。

(利用料金のプラン【代表的なプランを2例】)

		プラン1	プラン2	
入居者の状況	要介護度			
	年齢	80歳	歳	
居室の状況	床面積	18.83㎡	㎡	
	便所	1 <input checked="" type="checkbox"/> 有 2 <input type="checkbox"/> 無	1 有 2 無	
	浴室	1 有 2 <input type="checkbox"/> 無	1 有 2 無	
	台所	1 有 2 <input type="checkbox"/> 無	1 有 2 無	
入居時点で必要な費用	前払金	0円	円	
	敷金	84,000円	円	
月額費用の合計		126,760円	円	
家賃		42,000円	円	
サービス費用	特定施設入居者生活介護 ^{※1} の費用	円	円	
	介護保険外 ^{※2}	食費	45,360円	円
		共益費	6,000円	円
		サービス提供費	26,800円	円
		光熱水費	6,600円	円
		その他	0円	円

※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）

(利用料金の算定根拠)

費目	算定根拠
敷金	家賃の2か月分
家賃	近隣の有料老人ホームの家賃の平均額
食費	朝食：432円、昼食：540円、夜食540円を30日分
共益費	共用部分の維持費・修繕費
サービス提供費用	入居者に対するサービス提供に係る共通人件費
光熱水費	電気料金・水道料金
利用者の個別的な選択によるサービス利用料	別添2 レンタル代 介護ベッド代：1,100円/月、食器代：220円/月、 カーテン代：1,100円/月、寝具一式代：3,300円/月
その他のサービス利用料	NHK受信料は、NHKに直接お支払い

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	11人	
	女性	9人	
年齢別	60歳未満	0人	
	60歳以上 65歳未満	0人	
	65歳以上 75歳未満	3人	
	75歳以上 85歳未満	6人	
	85歳以上 90歳未満	2人	
	90歳以上 95歳未満	8人	
	95歳以上 100歳未満	1人	
	100歳以上	0人	
要介護度別	自立	0人	
	要支援1	0人	
	要支援2	2人	
	要介護1	4人	
	要介護2	2人	
	要介護3	6人	
	要介護4	5人	
	要介護5	1人	
入居期間別	6ヶ月未満	1人	
	6ヶ月以上 1年未満	3人	
	1年以上 5年未満	9人	
	5年以上 10年未満	7人	
	10年以上 15年未満	0人	
	15年以上	0人	
入居時の住所地	町内	11人	
	県内の他の市町村	9人	
	県外	0人	

(入居者の属性)

平均年齢	85.2歳
入居者数の合計	20人
入居率*	77%
※ 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	1人
	社会福祉施設	2人
	医療機関	2人
	死亡者	0人
	その他	4人
生前解約の状況	施設側の申出	3人 (解約事由の例)
	入居者側の申出	6人 (解約事由の例) 長期入院及び特養入所等

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		管理者
電話番号		0270-75-2305
対応している時間	平日	8:30~17:30
	土曜	8:30~17:30
	日曜・祝日	8:30~17:30
定休日		なし

(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 <input checked="" type="checkbox"/> あり	(その内容) 施設賠償 3,000 万円 生産物賠償 3,000 万円
	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 <input checked="" type="checkbox"/> あり	(その内容)
	2 なし	
事故対応及びその予防のための指針	1 <input checked="" type="checkbox"/> 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 <input checked="" type="checkbox"/> 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 <input checked="" type="checkbox"/> 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 <input checked="" type="checkbox"/> 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 <input checked="" type="checkbox"/> 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
重要事項説明書	1 <input checked="" type="checkbox"/> 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 <input checked="" type="checkbox"/> 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 <input checked="" type="checkbox"/> 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 <input checked="" type="checkbox"/> 公開していない

10. その他

運営懇談会	1	<input checked="" type="checkbox"/> あり	(開催頻度)年 1 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	<input checked="" type="checkbox"/> 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 <input checked="" type="checkbox"/> 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			
不適合事項がある場合の内容			
(公社) 全国有料老人ホーム協会への加入	1	あり	2 <input checked="" type="checkbox"/> なし

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）

※_____様

説明年月日 年 月 日

説明者署名_____

※契約を前提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

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	訪問介護タマメディカル	玉村町角淵2140-6
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	タマメディカル角淵	玉村町角淵2140-6
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		
地域密着型通所介護	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	タマメディカル藤川	玉村町藤川23
認知症対応型共同生活介護	あり	なし	タマメディカル五料	玉村町五料299
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	居宅介護支援タマメディカル	
<居宅介護予防サービス>				
介護予防訪問介護	あり	なし	訪問介護タマメディカル	玉村町角淵2140-6
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	タマメディカル角淵	玉村町角淵2140-6
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	タマメディカル藤川	玉村町藤川23
介護予防認知症対応型共同生活介護	あり	なし	タマメディカル五料	玉村町五料299
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		
介護医療院	あり	なし		

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							なし	あり
	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)			都度※ ²	料金※ ³	備考
			包含※ ²					
介護サービス								
食事介助	なし	あり	なし	あり		○		別途徴収 1,100 円/日
排泄介助・おむつ交換	なし	あり	なし	あり		○		別途徴収 1,100 円/日
身辺介助(移動・着替え等)	なし	あり	なし	あり		○		別途徴収 1,100 円/日
ナースコール管理料	なし	あり	なし	あり		○		別途徴収 11,000 円/月
おむつ代			なし	あり		○	実費	別途実費徴収
入浴準備・清掃	なし	あり	なし	あり		○		別途徴収 1,100 円/回
入浴(一般浴)介助・清拭	なし	あり	なし	あり		○		別途徴収 3,850 円/回
通院・入退院時同行	なし	あり	なし	あり		○		別途徴収 2,200 円/時間 30 分超過毎 500 円加算(玉村町内のみ)
生活サービス								
居室清掃	なし	あり	なし	あり		○		別途徴収 2,200 円/回
リネン交換	なし	あり	なし	あり		○		別途徴収 2,200 円/回
日常の洗濯	なし	あり	なし	あり		○		別途徴収 2,000 円/回
食物の簡単な調理	なし	あり	なし	あり		○		別途徴収 1,100 円/回
飲料の提供	なし	あり	なし	あり		○		別途徴収 110 円/杯
家事サービス(5 分以内)	なし	あり	なし	あり		○		別途徴収 550 円/回
エアコンフィルター・清掃	なし	あり	なし	あり		○		別途徴収 1,100 円/回
入居者の嗜好に応じた特別な食事			なし	あり		○	実費	別途実費徴収
理美容師による理美容サービス			なし	あり		○		別途徴収 理美容代+手数料 500 円/回
買い物代行	なし	あり	なし	あり		○		別途徴収 2,200 円/時間 30 分超過毎 500 円加算(玉村町内のみ)
役所手続き代行	なし	あり	なし	あり		○		別途徴収 2,200 円/時間 30 分超過毎 500 円加算(玉村町内のみ)
駐車場代	なし	あり	なし	あり		○		別途徴収 3,000 円/月
金銭・貯金管理			なし	あり		○		別途徴収 1,100 円/月
健康管理サービス								
定期健康診断			なし	あり		○	実費	年 1 回以上
健康相談	なし	あり	なし	あり		○		サービス提供費に含む
生活指導・栄養指導	なし	あり	なし	あり		○		サービス提供費に含む
生活リズムの記録(排便・睡眠等)	なし	あり	なし	あり		○		サービス提供費に含む

※1: 利用者の所得等に応じて負担割合が変わる(1 割から 3 割までの利用者負担)。

※2: 「あり」を記入したときは、各種サービスの費用が、月額サービスの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。