重要事項説明書

Ver　1.1

記入年月日		年		月		日	
記入者名							
所属・職名							
取込種別							
被災確認事業所番号							

1 事業主体概要

種類	2　法人						
	※法人の場合、その種類	5　営利法人					
名称	(ふりがな)	かぶしきがいしゃ　ふぉーす					
	株式会社フォース						
法人番号	法人番号有無	1　有					
	法人番号	9180001143292					
主たる事務所の所在地	〒　460　-　0003						
	名古屋市中区錦二丁目8番23号　キタムラビル502						
連絡先	電話番号	052	-	737	-	6438	
	FAX番号	052	-	737	-	6438	
	メールアドレス				@		
	ホームページ有無	1　有					
	ホームページアドレス	https://	force-jp.co.jp/presia/				
代表者	氏名	服部 大					
	職名	代表取締役					
設立年月日	2020	年	10	月	14	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)	いりょうたいおうがたりはびりなーしんぐ　ぷれしあきた									
	医療対応型リハビリナーシング　プレシア北										
所在地	〒	462	－	0015							
	名古屋市北区中味鋺二丁目916番地の1										
所在地（建物名等）											
市区町村コード	都道府県	愛知県		市区町村	231002 名古屋市						
主な利用交通手段	最寄駅			名鉄小牧線　味鋺				駅			
	交通手段と所要時間			味鋺駅より徒歩18分 バス利用の場合 味鋺駅より徒歩10分で名古屋市営バス　水分橋より乗車2分 名古屋市営バス　楠味鋺停留所にて下車 徒歩6分							
連絡先	電話番号			052	－	982	－	9195			
	FAX番号			052	－	982	－	9198			
	メールアドレス			s.ito			@	force-jp.co.jp			
	ホームページ有無			1　有							
	ホームページアドレス			https://	force-jp.co.jp/presia/						
管理者	氏名			伊藤　悟							
	職名			施設長							
建物の竣工日				2024	年	3	月	1	日		
有料老人ホーム事業の開始日				2024	年	9	月	1	日		

（類型）【表示事項】

類型	３　住宅型							
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	名古屋市						
	事業所の指定日		年		月		日	
	指定の更新日（直近）		年		月		日	

3 建物概要

土地	敷地面積	774.86	㎡					
	所有関係	２　事業者が賃借する土地						
		２　事業者が賃借する土地の場合						
		賃貸の種別						
		抵当権の有無	１　あり					
		契約期間	１　あり					
			開始					
			2024	年	8	月	1	日
			終了					
			2054	年	7	月	31	日
		契約の自動更新	１　あり					
建物	延床面積	全体	980.89	㎡				
		うち、老人ホーム部分	980.89	㎡				
	耐火構造	１　耐火建築物						
		３　その他の場合						
	構造	２　鉄骨造						
		４　その他の場合						

	所有関係	2　事業者が賃借する建物									
		2　事業者が賃借する建物の場合									
			賃貸の種別								
			抵当権の有無	1　あり							
			契約期間	1　あり							
				開始							
				2024	年	8	月	1	日		
				終了							
				2054	年	7	月	31	日		
			契約の自動更新	1　あり							
居室の状況	居室区分 【表示事項】	1　全室個室（縁故者個室含む）									
		2　相部屋ありの場合									
			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	2　無		2　無		13.67	㎡	6		1　一般居室個室	
	タイプ２	2　無		2　無		13.12	㎡	8		1　一般居室個室	
	タイプ３	2　無		2　無		13.94	㎡	6		1　一般居室個室	
	タイプ４	2　無		2　無		13.57	㎡	11		1　一般居室個室	
	タイプ５	2　無		2　無		13.71	㎡	1		1　一般居室個室	
	タイプ６						㎡				
	タイプ７						㎡				
	タイプ８						㎡				
	タイプ９						㎡				
	タイプ10						㎡				

共用施設	共用便所における便房	8 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	8	ヶ所
	共用浴室	1 ヶ所	個室	1	ヶ所
			大浴場		ヶ所
	共用浴室における介護浴槽	1 ヶ所	チェアー浴		ヶ所
			リフト浴		ヶ所
			ストレッチャー浴	1	ヶ所
			その他		ヶ所
	食堂	1　あり			
	入居者や家族が利用できる調理設備	2　なし			
	エレベーター	2　あり（ストレッチャー対応）			
消防用設備等	消火器	1　あり			
	自動火災報知設備	1　あり			
	火災通報設備	1　あり			
	スプリンクラー	1　あり			
	防火管理者	1　あり			
	防災計画	1　あり			
緊急通報装置等	居室				
	便所				
	浴室				
	その他				
その他					

4 サービスの内容

（全体の方針）

運営に関する方針	「最期まで、あなたらしく」 人生の最期までお客様の「個」を尊重する。 〇安心安全な生活環境の提供 　介護や医療を必要とする方でも安心できる生活環境を提供します。 〇地域に開かれた施設 　地域の方々や社会に対して公共性ある施設運営を行います。
サービスの提供内容に関する特色	介護サービスのみながら医療的処置が必要な方には、往診医や訪問看護と連携して24時間対応ができる体制を整えます。
入浴、排せつ又は食事の介護	1　自ら実施
食事の提供	1　自ら実施
洗濯・掃除等の家事の供与	1　自ら実施
健康管理の供与	1　自ら実施
安否確認又は状況把握サービス	1　自ら実施
生活相談サービス	1　自ら実施

（介護サービスの内容）　※特定施設入居者生活介護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）		
	入居継続支援加算（Ⅱ）		
	生活機能向上連携加算（Ⅰ）		
	生活機能向上連携加算（Ⅱ）		
	個別機能訓練加算（Ⅰ）		
	個別機能訓練加算（Ⅱ）		
	ADL維持等加算（Ⅰ）		
	ADL維持等加算（Ⅱ）		
	夜間看護体制加算		
	若年性認知症入居者受入加算		
	医療機関連携加算		
	口腔衛生管理体制加算		
	口腔・栄養スクリーニング加算		
	科学的介護推進体制加算		
	退院・退所時連携加算		
	看取り介護加算（Ⅰ）		
	看取り介護加算（Ⅱ）		
	認知症専門ケア加算	（Ⅰ）	
		（Ⅱ）	

	サービス提供体制強化加算	（Ⅰ）	
		（Ⅱ）	
		（Ⅲ）	
	介護職員処遇改善加算	（Ⅰ）	
		（Ⅱ）	
		（Ⅲ）	
		（Ⅳ）	
		（Ⅴ）	
	介護職員等特定処遇改善加算	（Ⅰ）	
		（Ⅱ）	

人員配置が手厚い介護サービスの実施の有無			
	1　ありの場合		
	（介護・看護職員の配置率）		：1

（医療連携の内容）

医療支援 ※複数選択可	○	救急車の手配	
	○	入退院の付き添い	
	○	通院介助	
		その他	

	1	名称	医療法人光煌会フレンズクリニック
		住所	〒451-0053 名古屋市西区新道一丁目２１番５号　1階
		診療科目	内科
		協力科目	精神科
		協力内容	診療・治療・管理指導・介護・薬剤指導など

協力医療機関	2	名称	一般社団法人拠　みんなの在宅クリニック
		住所	〒461-0022 名古屋市東区東大曽根町36－13
		診療科目	内科
		協力科目	精神科
		協力内容	診療・治療・管理指導・介護・薬剤指導など
	3	名称	昭和在宅クリニック
		住所	〒466-0855 名古屋市昭和区川名本町1丁目47－2　レイナビル１F
		診療科目	内科
		協力科目	精神科
		協力内容	診療・治療・管理指導・介護・薬剤指導など

協力歯科医療機関	1	名称	いえやす歯科
		住所	〒451-0062 名古屋市西区花の木2丁目20-3
		協力内容	虫歯・歯周病治療・入れ歯の作製・修理・口腔ケア・摂食嚥下障害の予防
	2	名称	デュランタデンタルクリニック
		住所	〒460-0003 名古屋市中区錦3-15-33　アルティメイト錦大津通7F
		協力内容	虫歯・歯周病治療・入れ歯の作製・修理・口腔ケア・摂食嚥下障害の予防

（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

<table>
<tr><td rowspan="3">入居後に居室を住み替える場合
※複数選択可</td><td></td><td colspan="2">一時介護室へ移る場合</td></tr>
<tr><td></td><td colspan="2">介護居室へ移る場合</td></tr>
<tr><td>○</td><td>その他</td><td>居室の移動</td></tr>
<tr><td>判断基準の内容</td><td colspan="3">１．入居者様・家族様希望
２．施設の都合による場合、入居者様・家族様から許可をとる</td></tr>
<tr><td>手続きの内容</td><td colspan="3">同施設内での介護居室から介護居室への移動について、入居者様および家族様の都合による場合は、希望の個室が空いた時に可能であれば移動致します。
施設の都合による場合は、事前に利用者様及び家族様に対して説明を行い、同意の上に移動致します。</td></tr>
<tr><td colspan="2">追加的費用の有無</td><td colspan="3">１　あり</td></tr>
<tr><td>居室利用権の取扱い</td><td colspan="3">住み替え後の居室に移行します</td></tr>
<tr><td colspan="2">前払金償却の調整の有無</td><td colspan="3">２　なし</td></tr>
<tr><td rowspan="8">従前の居室との仕様の変更</td><td>面積の増減</td><td colspan="3">１　あり</td></tr>
<tr><td>便所の変更</td><td colspan="3">１　あり</td></tr>
<tr><td>浴室の変更</td><td colspan="3">２　なし</td></tr>
<tr><td>洗面所の変更</td><td colspan="3">２　なし</td></tr>
<tr><td>台所の変更</td><td colspan="3">２　なし</td></tr>
<tr><td rowspan="3">その他の変更</td><td colspan="3">２　なし</td></tr>
<tr><td colspan="3">１　ありの場合</td></tr>
<tr><td>（変更内容）</td><td></td></tr>
</table>

（入居に関する要件）

<table>
<tr><td rowspan="3">入居対象となる者
【表示事項】</td><td>自立している者</td><td colspan="2">２　なし</td></tr>
<tr><td>要支援の者</td><td colspan="2">１　あり</td></tr>
<tr><td>要介護の者</td><td colspan="2">１　あり</td></tr>
<tr><td>留意事項</td><td colspan="3">概ね65歳以上の要支援・要介護の方で加齢による心身の状況により自宅での生活が困難な方</td></tr>
<tr><td>契約解除の内容</td><td colspan="3">入居契約書に基づき下記の通りです。第28条（契約の終了）次の各号のいずれかに該当する場合に本契約は終了するものとします。一、入居者が死亡したとき。二、事業者が第29条に基づき解除を勧告し、予告期間が満了したとき。三、入居者が第30条に基づき解約を行ったとき。</td></tr>
<tr><td rowspan="2">事業主体から解約を求める場合</td><td>解約条項</td><td colspan="2">契約書に定める通り</td></tr>
<tr><td>解約予告期間</td><td>3</td><td>ヶ月</td></tr>
<tr><td>入居者からの解約予告期間</td><td colspan="2">1</td><td>ヶ月</td></tr>
<tr><td rowspan="3">体験入居の内容</td><td colspan="3">２　なし</td></tr>
<tr><td colspan="3">１　ありの場合</td></tr>
<tr><td>（内容）</td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td>入居定員</td><td colspan="2">32</td><td>人</td></tr>
<tr><td>その他</td><td colspan="3"></td></tr>
</table>

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		
生活相談員				
直接処遇職員				
介護職員	5	3	2	
看護職員	4	2	2	
機能訓練指導員				
計画作成担当者				
栄養士				
調理員				
事務員	1	1		
その他職員	2	2		
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			
介護福祉士			
実務者研修の修了者			
初任者研修の修了者			
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			
はり師			
きゅう師			

（夜勤を行う看護・介護職員の人数）

夜勤帯の設定時間	（ 18 時 0 分 ～ 9 時 0 分 ）	
	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	1 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】		
	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
※ 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				2　なし					
		業務に係る資格等		2　なし							
				1　ありの場合							
					資格等の名称						
		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											
前年度1年間の退職者数											
業務に従事した経験年数に応じた職員の人数	1年未満										
	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									

6 利用料金

（利用料金の支払い方法）

<table>
<tr><td colspan="2">居住の権利形態
【表示事項】</td><td>1　利用権方式</td></tr>
<tr><td colspan="2" rowspan="4">利用料金の支払い方式
【表示事項】</td><td>3　月払い方式</td></tr>
<tr><td>4　選択方式の場合、該当する方式を全て選択</td></tr>
<tr><td>□　全額前払い方式</td></tr>
<tr><td>□　一部前払い・一部月払い方式
□　月払い方式</td></tr>
<tr><td colspan="2">年齢に応じた金額設定</td><td>2　なし</td></tr>
<tr><td colspan="2">要介護状態に応じた金額設定</td><td>2　なし</td></tr>
<tr><td colspan="2" rowspan="2">入院等による不在時における利用料金（月払い）の取扱い</td><td>1　減額なし</td></tr>
<tr><td>3　不在期間が〇日以上の場合に限り、日割り計算で減額の場合
不在期間が　　日以上</td></tr>
<tr><td rowspan="2">利用料金の改定</td><td>条件</td><td>入居契約書第27条第2項参照</td></tr>
<tr><td>手続き</td><td>運営懇談会の意見を聴いたうえで改定</td></tr>
</table>

（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	3		3	
		年齢	80	歳	75	歳
居室の状況		床面積	13.67	㎡	13.12	㎡
		便所	２　無		２　無	
		浴室	２　無		２　無	
		台所	２　無		２　無	
入居時点で必要な費用		前払金	0	円	0	円
		敷金	0	円	0	円
月額費用の合計			142,760	円	142,740	円
	家賃		45,000	円	45,000	円
	サービス費用	特定施設入居者生活介護※1の費用		円		円
		介護保険外※2 食費	47,960	円	47,960	円
		管理費	41,000	円	41,000	円
		介護費用		円		円
		光熱水費		円		円
		その他	8,800	円	8,800	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
家賃	有料老人ホーム及び訪問介護、訪問看護の事業所にて按分した地代家賃をベースに算出。
敷金	家賃の 0 ヶ月分
介護費用 ※介護保険サービスの自己負担額は含まない。	※介護保険サービスの自己負担額は含まない。

管理費	共有部保全のかかる費用から算定
食費	朝食380円・昼食550円・夕食550円・1日1,480円(税抜価格)×30日 ＋消費税8%として計算
光熱水費	管理費に含む
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	入居時に入居一時金として220,000円 リネン洗濯代 布団類レンタル、週２回洗濯、週１回布団・枕・シーツ交換 アメニティセット(税込) 日用品のみ　月額6,820円 リハビリパンツ+日用品　月額12,090円 オムツ+日用品　月額16,430円

（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（上乗せサービス）	
※ 介護予防・地域密着型の場合を含む。	

（前払金の受領）※前払金を受領していない場合は省略可能

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		%

<table>
<tr><td rowspan="2">返還金の算定方法</td><td>入居後３月以内の契約終了</td><td></td></tr>
<tr><td>入居後３月を超えた契約終了</td><td></td></tr>
<tr><td rowspan="3">前払金の保全先</td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td colspan="2">１　全国有料老人ホーム協会以外の場合</td></tr>
<tr><td>名称</td><td></td></tr>
</table>

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		人
	女性		人
年齢別	65歳未満		人
	65歳以上75歳未満		人
	75歳以上85歳未満		人
	85歳以上		人
要介護度別	自立		人
	要支援１		人
	要支援２		人
	要介護１		人
	要介護２		人
	要介護３		人
	要介護４		人
	要介護５		人
入居期間別	６ヶ月未満		人
	６ヶ月以上１年未満		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		歳
入居者数の合計		人
入居率※		%
※ 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）

退居先別の人数	自宅等		人
	社会福祉施設		人
	医療機関		人
	死亡		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1										
窓口の名称		医療対応型リハビリナーシングプレシア北								
電話番号		052		－	982		－	9195		
対応している時間	平日	9	時	0	分	～	18	時	0	分
	土曜		時		分	～		時		分
	日曜・祝日		時		分	～		時		分
定休日										

窓口2											
	窓口の名称	株式会社フォース　瑞穂事務所									
	電話番号	052		－	693		－	5090			
	対応している時間	平日	9	時	0	分	～	19	時	0	分
		土曜		時		分	～		時		分
		日曜・祝日		時		分	～		時		分
	定休日	土日祝日									

窓口3											
	窓口の名称	愛知県国民保険健康保険団体連合会									
	電話番号	052		－	971		－	4165			
	対応している時間	平日	8	時	45	分	～	17	時	30	分
		土曜		時		分	～		時		分
		日曜・祝日		時		分	～		時		分
	定休日	土日祝日、年末年始等									

窓口4											
	窓口の名称	名古屋市役所介護保険課									
	電話番号	052		－	959		－	3087			
	対応している時間	平日	8	時	45	分	～	17	時	30	分
		土曜		時		分	～		時		分
		日曜・祝日		時		分	～		時		分
	定休日	土日祝日、年末年始等									

窓口5											
	窓口の名称										
	電話番号			－			－				
	対応している時間	平日		時		分	～		時		分
		土曜		時		分	～		時		分
		日曜・祝日		時		分	～		時		分
	定休日										

（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		
	1　ありの場合		
		その内容	介護保険・社会福祉事業者総合保険
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		
	1　ありの場合		
		その内容	緊急時対応表に沿って、医療機関と連絡を取り、指示を仰ぐ。また家族様及び、身元保証人へ速やかに連絡し、対処方法を相談する。
事故対応及びその予防のための指針	1　あり		

（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	2　なし		
	1　ありの場合		
		実施日	
		結果の開示	
第三者による評価の実施状況	2　なし		
	1　ありの場合		
		実施日	
		評価機関名称	
		結果の開示	

9 入居希望者への事前の情報開示

入居契約書の雛形	2　入居希望者に交付
管理規程	2　入居希望者に交付
事業収支計画書	3　公開していない
財務諸表の要旨	3　公開していない
財務諸表の原本	3　公開していない

10 その他

<table>
<tr><td rowspan="5">運営懇談会</td><td colspan="3">1　あり</td></tr>
<tr><td colspan="3">1　ありの場合</td></tr>
<tr><td colspan="3">（開催頻度）年 1 回</td></tr>
<tr><td colspan="3">2　なしの場合</td></tr>
<tr><td colspan="3"><table><tr><td></td><td colspan="2">1　代替措置ありの場合</td></tr><tr><td></td><td colspan="2">（内容）</td></tr><tr><td></td><td colspan="2"></td></tr></table></td></tr>
<tr><td rowspan="3">提携ホームへの移行
【表示事項】</td><td colspan="3">2　なし</td></tr>
<tr><td colspan="3">1　ありの場合</td></tr>
<tr><td></td><td>提携ホーム名</td><td></td></tr>
<tr><td>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</td><td colspan="3">1　あり</td></tr>
<tr><td>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</td><td colspan="3">2　なし</td></tr>
<tr><td rowspan="4">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</td><td colspan="3">2　なし</td></tr>
<tr><td colspan="3">1　ありの場合</td></tr>
<tr><td></td><td>合致しない事項がある場合の内容</td><td></td></tr>
<tr><td></td><td>「６．既存建築物等の活用の場合等の特例」への適合性</td><td></td></tr>
<tr><td>有料老人ホーム設置運営指導指針の不適合事項</td><td colspan="3">なし</td></tr>
</table>

	不適合事項がある場合の内容	

備考

インフォーマルサービス
開始日　令和6年9月1日
全ての料金は税別価格となります。

①個別リハビリテーションサービス
◇20分
・週1回 月4回-5回11,720円-14,650円　・週2回 月8回-10回23,440円-29,300円
・週3回 月12-15回35,160円-43,950円
◇40分
・週1回 月4回-5回23,440円-29,300円　・週2回 月8回-10回46,880円-58,600円
・週3回 月12-15回70,320円-87,900円
※週4回以上も相談に応じて可能です。

②外出支援サービス
◇プランA　外出・外食・病院受診・お墓参り・自宅への送り迎えなど
付き添い職員1名＋運転手1名
1カ月前までの予約が必要です。
・1時間10.000円　・2時間20,000円　・3時間30,000円　4時間40,000円
プランAの予約人数については、1週間につき1予約までとします。
◇プランB　病院受診のみ
付き添い職員1名
介護タクシー等の費用は別途かかります。
・1時間以内5,000円　・2時間以内10,000円　・3時間以内15,000円　・4時間以内20,000円

③買い物代行サービス
日用品、お菓子、飲み物などの買い物
・買い物1回につき500円

※インターネットでの買い物代行については料金は発生しません。

④申請代行サービス
障がい手当の申請代行、障がい者手帳の申請代行など
・申請代行1回につき10,000円

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。