

社会福祉法人宝珠会 特別養護老人ホーム レストフルヴィレッジ

## 重 要 事 項 説 明 書

### 1. 施設が提供するサービスについての相談窓口

電 話 0465-88-2910 [午前9時～午後5時]

FAX 0465-88-2940 [24時間受付]

担 当 [介護支援専門員] <sup>たかぎ</sup>高木 <sup>ともあき</sup>丈朗

[生活相談員] <sup>たかぎ</sup>高木 <sup>ともあき</sup>丈朗

※ ご不明な点は、何でもお尋ね下さい。

### 2. 社会福祉法人宝珠会 特別養護老人ホーム「レストフルヴィレッジ」の概要

(1) 事業所名 特別養護老人ホーム レストフルヴィレッジ

介護保険事業者番号 1471400489

開設年月日 平成19年4月1日

所在地 神奈川県足柄上郡松田町寄3090番地1

電話番号 0465-88-2910

ファックス番号 0465-88-2940

代表者 施設長 岩田由紀夫

#### 介護老人福祉施設の目的

常に介護が必要な方で、自宅で生活することが難しい方を施設サービス計画(ケアプラン)に基づき、介護などの日常生活のお世話、機能訓練、健康管理及び療養上の支援をすることを目的とした施設です。

#### (2) 施設の職員体制 (令和4年10月1日現在)

当該区分	常勤(名)	非常勤(名)	業務内容
施設長	1名		施設従業員の管理及び業務の管理
事務長	1名		施設全般の事務管理
事務員	2名	1名	施設全般の庶務及び会計事務
生活相談員	1名		利用及び相談業務
介護支援専門員	1名		施設サービス計画の作成及び保守
医師		1名	入居者の健康管理及び診療
看護職員	2名	4名	看護及び保健衛生業務
介護職員	28名	10名	日常生活上の介護業務
機能訓練指導員	1名		入居者に対する必要な機能訓練
管理栄養士	1名		栄養管理指導業務

(3) 主な職種の勤務体制

職 種	勤 務 体 制
医 師	毎週水曜日
看 護 職 員	毎日 8 : 30 ~ 17 : 30 1~4名
介 護 職 員	毎日 7 : 30 ~ 16 : 30 8名
	8 : 30 ~ 17 : 30 2名
	11 : 00 ~ 20 : 00 8名
	16 : 30 ~ 9 : 30 5名
事 務 員	毎日 8 : 30 ~ 17 : 30 1~3名
生 活 相 談 員	毎日 8 : 30 ~ 17 : 30 但しシフト休あり

(4) 施設の設定等の概要

定 員	80名
ユニット型居室 (1人室)	80室 (1ユニット10名×8ユニット)
医 務 室	1室
休 養 室	1室
機 能 訓 練 室	1室
調 理 室	1室
デ イ ルーム	1室
リビングダイニング	8室
浴 室(一般)	1室
(ユニット)	6室
(特殊)	1室
談 話 室	8室
相 談 室	1室
地域交流スペース	1室
セミパブリックスペース	2室

3. 事業者が提供するサービス

- (1) 介護施設サービスの提供は、当施設の介護スタッフがあたります。
- (2) 施設は、ご入居者のすべての介護にあたり、ご入居者の意向を尊重し日常生活の充実がはかれるよう適切な技術を持って行います。
- (3) 施設サービスの提供にあたっては、ご入居者又は他のご入居者の生命、身体を保護するため緊急やむを得ない場合を除き、身体的拘束その他ご入居者の行動を制限する行為は行いません。
- (4) 施設の職員は、次のようなサービスを提供します。
  - ア. 介護支援専門員はご入居者についての課題を把握し、ご入居者の意向を踏まえ、施設のサービスの目標・サービスの内容・サービス提供の目的を充分考慮した施設サービス計画を作成します。
  - イ. 施設サービスの実施状況の把握に努め、必要に応じて計画変更を行い、それに基づいたサービスを心がけます。

- ① 身 辺 介 護 …… 食事、着替え、排せつ、入浴、清拭、口腔衛生、移動等の介護
- 食 事 : 管理栄養士の立てる献立表により、栄養並びにご入居者の身体の状況及び嗜好を考慮した食事を提供します。
- 入 浴 : 入浴又は清拭を週2回行ないます。寝たきりの方でも機械浴槽を使用して入浴することができます。
- 排 泄 : 排泄の自立を促すため、ご入居者の身体能力を最大限活用した援助を行ないます。
- ② 健 康 管 理 …… 体温、脈拍、血圧等の測定、体位交換等
- ③ 機 能 訓 練 …… 生活動作訓練等ご入居者の心身等の状況に応じて、日常生活を送るのに必要な機能の回復又はその減退を防止するための訓練を実施します。
- ④ レクリエーション …… 集団レクリエーション、散歩、季節行事等
- ⑤ 相 談 援 助 …… 入・退所相談、行政手続き代行等
- ⑥ 理 容 美 容 …… 理容・美容師による出張サービス
- ⑦ 口 腔 歯 科 …… 歯科医師による口腔衛生管理（月1回）
- ⑧ 症状の急変、又は重度治療が必要な場合 …… 協力病院等に受診・入院し、必要な治療を受けることができるようお手伝いします。
- ⑨その他自立への支援
- 寝たきり防止のため、できる限り離床に配慮します。
  - 生活のリズムを考え、毎朝夕の着替えを行なうよう配慮します。
  - 清潔で快適な生活が送れるよう、適切な整容が行なわれるよう援助します。

#### 4. 利用料金

サービスに対する利用者負担金は厚生労働大臣の定める基準のものとし、当該サービスが法定代理受領サービスであるときは、その負担割合に応じた額となります。ただし、ご契約者がまだ要介護認定を受けていない場合には、サービス利用料金の全額をいったんお支払いいただきます。要介護の認定を受けた後、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）

※ 介護保険からの給付額に変更があった場合、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。

##### (1) 基本料金 ア. 月30日、1割負担の場合

	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
保 険 1 割 負 担	26,095 円	28,489 円	31,054 円	33,482 円	35,482 円
初期加算	900 円	900 円	900 円	900 円	900 円

(入所から30日)

##### イ. 月31日、1割負担の場合

	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
保 険 1 割 負 担	26,964 円	29,438 円	32,089 円	34,598 円	37,036 円
初期加算	900 円	900 円	900 円	900 円	900 円

(入所から30日)

※ 上記要介護度別負担額は、当施設が対応する加算が合算されています。

※ 介護保険負担割合に応じて、上記金額に負担割合を乗じたご負担となります。

- (2) 居住費（滞在費）・・・ 2,870 円／1 日  
ア. 月 30 日の場合 86,100 円／1 ヶ月  
イ. 月 31 日の場合 88,970 円／1 ヶ月  
(3) 食費・・・ 1,445 円／1 日（おやつ別）  
ア. 月 30 日の場合 43,350 円／1 ヶ月  
イ. 月 31 日の場合 44,795 円／1 ヶ月

※ (2)、(3)の金額は介護保険負担限度額認定証をお持ちの方は、その金額となります。

※ (4) その他の料金  
別途、サービス利用料金表を参照してください。

## 5. 支払い方法

利用料は1ヶ月ごとに計算し、毎月20日頃までに前月分のご利用請求書を郵送いたします。お支払い方法は、原則としてご指定の金融機関の口座から自動引落としとさせていただきます。

6. 協力医療機関・・・医療を必要とする場合は、下記協力医療機関において診療や入院治療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・入院治療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・入院治療を義務付けるものではありません。）その際、ご利用者の身体状況等により、下記医療機関以外の受診についても考慮させていただきます。

医療法人 藤誠会 佐藤病院・・・足柄上郡大井町金子 1922-3  
(内科、整形外科、泌尿器科、小児科、皮膚科) Tel 0465-83-5611

ご利用者の病気やご利用者様の事情による怪我等に係る医療保険料は、原則的にご利用者のご負担となります。受診時のお支払い方法等についてはご相談させていただきます。

また、緊急時以外の受診に必要な送迎は、原則的にご家族様の対応とさせていただきます。なお、ご家族様のご都合により送迎が困難な場合につきましては、ご相談させていただきます。

## 7. 入退所に係る基準

入退所に係る基準は、別に定める「特別養護老人ホーム レストフルヴィレッジ 入退所指針」によるものとします。

8. 契約期間中において、次のいずれかの事由が発生した場合、本契約は終了するものとします。

- ①療養上、状態の変化及び疾病により、当該施設の利用ができなくなった時
- ②ご契約者が事業者に対し、1週間以上の予告期間をおき契約解除の申し出があり、退所又は転院する場合
- ③要介護認定によりご入居者の心身の状況が自立又は要支援と判定された場合
- ④事業者が解散した場合、破産した場合又はやむを得ない事由によりホームを閉鎖した場合
- ⑤施設の滅失や重大な毀損により、ご入居者に対するサービスの提供が不可能になった場合
- ⑥当施設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

- ⑦ご契約者が、契約締結時にその心身の状況及び病歴等の重要事項について、故意にこれを告げず、又は不実の告知を行い、その結果本契約を継続しがたい重大な事情を生じさせた場合
- ⑧ご契約者による、サービス利用料金の支払いが3ヶ月遅延し、相当期間を定めた催告にもかかわらずこれが支払われない場合
- ⑨ご入居者が、故意又は重大な過失により事業者又はサービス従事者もしくは他の利用者等の生命・身体・財物・信用等を傷つけ、又は著しい不信行為を行なうことによって、本契約を継続しがたい重大な事情を生じさせた場合
- ⑩ご入居者が連続して3ヶ月を超えて病院又は診療所に入院すると見込まれる場合、もしくは入院した場合
- ⑪ご入居者が死亡した時

9. ご入居者が病院等に入院された場合の対応について

当施設に入所中に、医療機関への入院の必要が生じた場合の対応は、以下のとおりです。

- ① 検査入院等、短期入院の場合・・・1ヶ月につき6日以内（複数の月にまたがる場合は12泊）の短期入院の場合は、退院後再び施設に入所することができます。ただし、入院期間中であっても所定の利用料金をご負担いただきます。
- ② 上記期間を超える入院の場合・・・上記短期入院の期間を超える入院については、3ヶ月以内に退院された場合には、退院後再び施設に入所することができます。ただし、入院時に予定された退院日より早く退院した場合等、退院時にホームの受け入れ準備が整っていない時には、併設されている短期入所生活介護の居室等をご利用いただく場合があります。尚、短期入院の期間内は、上記同様の利用料金をご負担いただきます。
- ③ 3ヶ月以内の退院が見込まれない場合・・・3ヶ月以内の退院が見込まれない場合には、契約を解除する場合があります。この場合には、当施設に再び優先的に入所することはできません。
- ④ 入院期間中の利用料金・・・上記、入院期間中の利用料金については、介護保険から給付される費用の一部をご負担いただくものです。尚、ご入居者が利用していたベッドを短期入所生活介護に活用することに同意いただく場合には、所定の利用料金をご負担いただく必要はありません。
- ⑤ 円滑な退所のための援助・・・ご入居者が当施設を退所する場合には、ご入居者の希望により、事業者はご入居者の心身の状況、置かれている環境等を勘案し、円滑な退所のために必要な以下の援助をご契約者に対して速やかに行ないます。
  - 適切な病院もしくは診療所又は介護福祉施設等の紹介
  - 居宅介護支援事業者の紹介
  - その他保健医療サービス又は福祉サービスの提供者の紹介

※ご入居者が退所後、在宅に戻られる場合には、その際の相談援助にかかる費用をご負担いただきます。

10. 残置物引取り人・・・入居契約が終了した後、当施設に残されたご入居者の所持品（残置物）をご契約者自身が引き取れない場合に備えて、「残置物引取り人」を定めていただきます。当施設は「残置物引取り人」に連絡の上、残置物を引き取っていただきます。又、引渡しにかかる費用についてはご契約者又は残置物引取り人にご負担いただきます。

## 1 1. 施設利用にあたっての留意事項

○面会 月曜日～金曜日 午前9時～午後8時（原則として）

土曜・日曜・祭日 午前9時～午後8時（原則として）

※ 面会簿に必要事項をご記入ください。

○外出・外泊 外出・外泊をされる場合は、事前にお申し出ください。ただし、外泊については、1ヵ月に付き連続して6日以内、複数の月をまたがる場合は連続して12日以内とさせていただきます。尚、外泊期間中は1日に付き246円（介護保険から給付される費用の一部）をご負担いただきます。

○食事・食事が必要な場合は、前々日までにお申し出ください。但し、食費については、1日単位の計算になりますので、1食でも提供すると1日分となりますので、ご了承ください。

○その他・個人の持ち物にはすべてお名前をお書きください。

○喫煙・施設内は禁煙となっております。喫煙スペースは、玄関脇に1カ所用意してあります。それ以外の場所での喫煙はご遠慮いただいております。

## 1 2. 緊急時の対応

ご入居者の容態に変化等があった場合は、医師による必要な処置を講ずる他、ご家族へ速やかに連絡いたします。

## 1 3. 非常災害対策

○防災時の対策 消防計画規定により生命の安全を最優先に避難します。

○防災設備 スプリンクラー、消火器、消火栓、防火戸、排煙設備、自動火災報知設備、非常警備設備、誘導灯

○防火訓練 年2回以上

○防火管理者 (氏名) 岩田由紀夫

## 1 4. 損害賠償について

当施設において、事業者の責任によりご入居者に生じた損害については、事業者は速やかにその損害を賠償いたします。守秘義務に違反した場合も同様とします。ただし、その損害の発生について、ご契約者に故意又は過失が認められる場合には、ご入居者の置かれた心身の状況を斟酌して相当と認められる時に限り、事業者の損害賠償額を減じる場合があります。

## 1 5. サービス内容に関する相談・苦情の受付

### (1) 当施設における相談・苦情の窓口

当施設における苦情や相談は、以下の窓口で受け付けます。

「苦情相談室」 電話 0465-88-2910

受付時間 毎週月曜日～金曜日 9:00～17:00

担当者 岩田由紀夫

(2) 行政機関その他の苦情受付機関

苦情受付は各所属市町村役場担当課及び神奈川県国民健康保険団体連合会、神奈川県担当課で受け付けております。詳細は以下のとおりです。

松田町役場 介護保険担当部署	所在地 足柄上郡松田町松田惣領 2037 番地
	電話番号 0 4 6 5 ( 8 3 ) 1 2 2 6
小田原市役所 介護保担当部署	所在地 小田原市荻窪 300
	電話番号 0 4 6 5 ( 3 3 ) 1 8 7 2
秦野市役所 介護保険担当部署	所在地 秦野市桜町 1-3-2
	電話番号 0 4 6 3 ( 8 2 ) 5 7 1 4
南足柄市役所 介護保険担当部署	所在地 南足柄市関本 440
	電話番号 0 4 6 5 ( 7 3 ) 8 0 5 7
中井町役場 介護保険担当部署	所在地 足柄上郡中井町比奈窪 56
	電話番号 0 4 6 5 ( 8 1 ) 5 5 4 6
大井町役場 介護保険担当部署	所在地 足柄上郡大井町金子 1995
	電話番号 0 4 6 5 ( 8 3 ) 8 0 1 1
山北町役場 介護保険担当部署	所在地 足柄上郡山北町山北 1301-4
	電話番号 0 4 6 5 ( 7 5 ) 3 6 4 2
開成町役場 介護保険担当部署	所在地 足柄上郡開成町延沢 773
	電話番号 0 4 6 5 ( 8 4 ) 0 3 2 0

神奈川県福祉子どもみらい局 福祉部高齢福祉課	所在地 横浜市中区日本大通り 1
	電話番号 0 4 5 - 2 1 0 - 1 1 1 1
神奈川県国民健康保険 団体連合会 (国保連)	所在地 横浜市西区楠町 2 7 番地 1
	電話番号 0 4 5 - 3 2 9 - 3 4 4 7 (苦情専用)

※上記以外の地域の方は、それぞれの市町村の介護保険担当部署にお問い合わせください

(3) その他、第三者委員として、次のとおり相談窓口を設けています。

加藤 知正 大井町金子 8 9 5 - 5      Tel 0 4 6 5 - 8 3 - 4 1 5 2  
吉崎 なつき 松田町寄 2 4 8 4 - 4      Tel 0 4 6 5 - 8 9 - 2 8 6 7

※第三者委員・・・苦情解決に社会性或客観性を確保し、利用者の立場や状況に配慮した適切な対応を推進するために、第三者の立場として苦情解決の仕組みに加えられている委員。

16. 提供するサービスの第三者評価の実施状況（実施の有無、実施した直近の年月日、評価機関の名前、評価結果の開示状況）。      令和5年4月1日現在、未実施。

利 用 料 金 表

介護保険給付対象サービス（自己負担分） 注：今後要件を満たした場合料金が増減することがあります。

加 算 項 目	内 容	利用料金（1日あたり）		
		1割負担	2割負担	3割負担
介護老人福祉施設サービス 利用に係る自己負担額	要 介 護 1	670 円	1,340 円	2,010 円
	要 介 護 2	740 円	1,480 円	2,220 円
	要 介 護 3	815 円	1,630 円	2,445 円
	要 介 護 4	886 円	1,772 円	2,658 円
	要 介 護 5	955 円	1,910 円	2,865 円
科学的介護推進体制加算（i）	ADL、栄養状態等心身の状況、及び口腔機能、認知症の状況等を提出した場合	40 円	80 円	120 円
生産性向上推進体制加算	利用者の安全並びに介護サービスの質の確保および職員の負担軽減に資する方策等を講じた場合	10 円／月	20 円／月	30 円／月
栄養マネジメント強化加算	管理栄養士による栄養計画、及び厚労省への提出	11 円／月	22 円／月	33 円／月
再入所時栄養連携加算	退院時栄養管理に関する調整を行い、再入所時療養食等を提供する場合	200 円／月	400 円／月	600 円／月
※ 療 養 食 加 算	療養食を提供した場合（1食あたり）	6 円	12 円	18 円
個別機能訓練加算（I）	リハビリを行い機能維持・回復に努めた場合	12 円	24 円	36 円
個別機能訓練加算（II）	LIFEにて厚生労働省へ提出した場合	20 円／月	40 円／月	60 円／月
夜間職員配置加算(II)ロ	夜間職員の配置に対する評価	18 円	36 円	54 円
サービス提供体制強化加算(II)	介護職員の配置要件を満たした場合	6 円	12 円	18 円
看 護 体 制 加 算(I)ロ	看護職員の配置要件を満たした場合	4 円	8 円	12 円
看 護 体 制 加 算(II)	看護職員の配置要件を満たした場合	8 円	16 円	24 円
配置医師緊急時対応加算 (看護体制加算II取得時)	配置医の通常の勤務時間外に診療し診療を行った理由を記録した場合（早朝、夜間及び深夜を除く）	325 円	650 円	975 円
協力医療機関連携加算	所定の要件を満たした場合（2025年～50単位/月）	5 円／月	10 円／月	15 円／月
日常生活継続支援加算（II）	介護体制等所定の要件を満たした場合	46 円	92 円	138 円
生活機能向上連携加算（I）	ICT活用し外部のリハビリと連携を構築した場合	100 円／月	200 円／月	300 円／月
精神科医師定期的療養指導加算	精神科医師が月に2回以上療養指導した場合	5 円	10 円	15 円
経 口 移 行 加 算	所定の要件を満たした場合 180 日以内	28 円	56 円	84 円
経 口 維 持 加 算(I)	所定の要件を満たした場合 6 ヶ月以内	400 円／月	800 円／月	1,200 円／月
経 口 維 持 加 算(II)	所定の要件を満たした場合 6 ヶ月以内	100 円／月	200 円／月	300 円／月
口腔衛生管理加算(I)	歯科衛生士等による年2回以上の口腔ケア指導	90 円／月	180 円／月	270 円／月
口腔衛生管理加算(II)	口腔機能改善管理指導計画の情報を厚労省に提出	110 円／月	220 円／月	330 円／月
排せつ支援加算(I)	排泄状態改善に努め定期的に評価を実施した場合	10 円／月	20 円／月	30 円／月
褥瘡マネジメント加算(I)	褥瘡発生を予防する取り組みをした場合	3 円／月	6 円／月	9 円／月
認知症専門ケア加算	所定の要件を満たした場合	3 円／日	6 円／日	9 円／日
認知症チームケア推進加算	所定の要件を満たした場合	120 円／月	240 円／月	360 円／月
安全対策体制加算	外部研修を受けた者が、安全対策に組織的な体制を整備した場合（入所初日1回）	8 円	16 円	24 円



自立支援促進加算	医師が関与し各専門職が自立支援等に取り組んだ場合	280円/月	560円/月	840円/月
看取り加算(Ⅰ)	利用者様や家族様の意思を尊重して、医師や看護師等が連携して看取りを行った場合(31~45日前)	72円/月	144円/月	216円/月
初期加算	入所日から30日まで加算	30円	60円	90円
外泊時費用	ひと月に6日まで加算	246円	492円	738円
在宅サービスを利用した時の費用	介護老人福祉施設により提供される在宅サービスを利用した時の費用(6日まで)	560円	1,120円	1,680円
退所時情報提供加算	医療機関へ退所する際、情報提供した場合	250円	500円	750円
退所時栄養情報連携加算	療養食等が提供されており、退所先医療機関に栄養管理に関する情報を提供した場合	70円	140円	210円
A D L維持等加算	心身機能の重度化を防止し、維持出来ているかを評価しLIFEを活用(厚生労働省に提出)した場合	30円/月	60円/月	90円/月
高齢者施設等感染対策向上加算	医療機関、医師会等の研修に参加し、感染症発生時、第二种協定指定医療機関等との連携を行った場合	10円/月	20円/月	30円/月
新興感染症等施設療養費	厚生労働大臣が定める感染症に感染した入居者に対し介護サービスを行った場合(一月に一回、連続する5日間)	240円	480円	720円
介護職員処遇改善加算(Ⅰ)	1ヶ月の総単位数×14/100			
身体拘束廃止未実施減算	10%/日 減算			
高齢者虐待防止措置未実施減算	1% 減算			
業務継続計画未実施減算	3% 減算			
安全管理体制未実施減算	5円/日 減算			
栄養管理未実施減算	14円/日 減算			

※ 療養食加算とは、医師の指示により適切な栄養量及び内容を有する食事を提供する場合に加算します。(糖尿病食・腎臓病食、心臓病食などが該当します。)

※ 網掛け部分の加算は算定しておりませんので、ご利用者負担はありません。

## 2 介護保険給付対象外サービス(1日あたりの自己負担分)

### 1) 居住費(滞在費)及び食費

居 住 費	介 護 保 険 負担限度額認定証	第1段階	880円
		第2段階	880円
		第3段階	1,370円
		第4段階	2,870円
食 費	介 護 保 険 負担限度額認定証	第1段階	300円
		第2段階	390円
		第3段階①	650円
		第3段階②	1,360円
		第4段階	1,445円

2) 入居者の希望に応じて提供するサービス

身の回り品 (1日あたり・ 税込み)	A	薬用ハンドソープ、歯ブラシ、歯磨き粉、ボックスティッシュ	74円
	B	薬用ハンドソープ、歯ブラシ、入れ歯洗浄剤、ボックスティッシュ	58円
	C	Aセット+ニベアアクアミルク、ハンドクリーム	110円
	D	Bセット+ニベアアクアミルク、ハンドクリーム	87円
身の回り品 (1品あたり)	ご希望により単品提供もいたします。 ※ 別途記載		実費
電気製品持込料	電気製品を持ち込んだ場合の料金（1種類につきひと月あたり）		100円
理、美容サービス費	カット1, 550円、カット+顔剃り2, 100円		
コピー代	1枚あたり		10円
事務代行費	区分変更や介護認定の更新等の手続き代行 (原則として、ご家族対応とさせていただきます)	距離と時間により換算 (1時間あたり人件費 1,500円+送迎費同額)	
送迎費(協力医療機関 以外の遠方の医療機 関への交通費相当額)	片道12km以上 ※施設から協力病院まで12km		1,800円
	以後、5km超す毎に		900円 加算
行事食費	実費 (都度、お知らせいたします。)		
立替金	医療費や買物代行等、法人が立替を行った場合の費用		実費
個別のご希望により、付き添い等発生した場合の費用		1時間あたり、1,500円	
やむを得ない事情により、預かり金等管理サービスを提供した場合(ひと月につき)			1,500円
個別のご希望によるクリーニング店に取り次ぐ場合のクリーニング代			実費
個別の「嗜好品」の購入代金(コーヒー、紅茶等の提供や特別な食事を含む)			実費
インフルエンザの予防接種等行った場合の費用(市町村により異なる)			実費
クラブ活動等に参加された場合に発生する材料費等の費用			実費

※ その他、個別の希望により発生した料金については、実費請求させていただきます。

3 利用料金の計算及び支払い

利用料金、費用は、1ヶ月毎に計算し指定された送付先に請求書を発行する。支払い方法は原則として、あらかじめ入居者又はご家族から指定された口座からの自動振替とする。

※ 身の回り品単品提供価格

物 品 名	価 格 (税込み)
歯ブラシ	110円
歯磨き粉 (Lion エチケット)	182円
入れ歯洗浄剤 (120錠入り)	755円
ボックスティッシュ	70円
ニベアアクアミルク	581円
ビオレUハンドソープ	176円

その他、ご要望に応じご用意させていただきます。

(※本内容は、平成27年4月1日から適用します。)

(※本内容は、平成27年6月1日から適用します。)  
(※本内容は、平成27年7月1日から適用します。)  
(※本内容は、平成27年8月1日から適用します。)  
(※本内容は、平成27年12月1日から適用します。)  
(※本内容は、平成28年3月1日から適用します。)  
(※本内容は、平成28年4月1日から適用します。)  
(※本内容は、平成29年4月1日から適用します。)  
(※本内容は、平成29年6月1日から適用します。)  
(※本内容は、平成30年4月1日から適用します。)  
(※本内容は、平成30年8月1日から適用します。)  
(※本内容は、令和1年5月1日から適用します。)  
(※本内容は、令和1年10月1日から適用します。)  
(※本内容は、令和1年11月1日から適用します。)  
(※本内容は、令和3年3月18日から適用します。)  
(※本内容は、令和3年4月1日から適用します。)  
(※本内容は、令和3年6月21日から適用します。)  
(※本内容は、令和3年7月11日から適用します。)  
(※本内容は、令和3年8月1日から適用します。)  
(※本内容は、令和3年10月1日から適用します。)  
(※本内容は、令和4年1月1日から適用します。)  
(※本内容は、令和4年10月1日から適用します。)  
(※本内容は、令和4年11月1日から適用します。)  
(※本内容は、令和5年4月1日から適用します。)  
(※本内容は、令和6年2月1日から適用します。)  
(※本内容は、令和6年3月1日から適用します。)  
(※本内容は、令和6年4月1日から適用します。)  
(※本内容は、令和6年5月1日から適用します。)  
(※本内容は、令和6年6月1日から適用します。)  
※本内容は、令和6年8月1日から適用します。



社会福祉法人宝珠会 特別養護老人ホーム「レストフルヴィレッジ」の入所にあたり、利用者に対して本書面に基づいて重要な事項を説明しました。

令和 年 月 日

社会福祉法人宝珠会 特別養護老人ホーム「レストフルヴィレッジ」

説明者職名

氏名

印

私は、本書面により事業者から重要事項の説明及び交付を受け、指定介護福祉施設サービスの提供開始に同意しました。

令和 年 月 日

利用者 住所

氏名

印

身元引受人 住所

氏名

印