

重要事項説明書

※ サービス付き高齢者向け住宅の登録を受けている有料老人ホームについては、「登録申請書の添付書類等の参考とする様式について（平成 23 年 10 月 7 日付け厚生労働省老健局高齢者支援課長・国土交通省住宅局安心居住推進課長事務連絡）」の別紙 4 の記載内容を合わせて記載して差し支えありません。その場合、以下の 1 から 3 まで及び 6 の内容については、別紙 4 の記載内容で説明されているものとみなし、欄自体を削除して差し支えありません。

1. 設置者概要

種類	個人／ <u>法人</u>	
	※法人の場合、その種類	営利法人
名称	株式会社 K R K コーポレーション	
主たる事務所の所在地	〒010-0934 秋田市川元むつみ町 3 番 32 号	
連絡先	電話番号	018-823-5320
	F A X 番号	018-824-2751
	HP アドレス	http://yukiwarisou.co.jp
代表者	氏名	佐藤 融美子
	職名	代表取締役
設立年月日	平成 27 年 6 月 25 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	サービス付き高齢者向け住宅 ゆきわり草	
所在地	〒010-0934 秋田市川元むつみ町 3 番 32 号	
主な利用交通手段	最寄駅	秋田駅
	交通手段と所要時間	① バス利用の場合：秋田中央交通バス乗車 15 分、川元小川町停留所で下車、徒歩 5 分 ②自動車利用の場合：乗車 15 分
連絡先	電話番号	018-823-5320
	F A X 番号	018-824-2751
管理者	氏名	黒木 篤子
	職名	管理者
建物の竣工日	平成 29 年 1 月 16 日	
有料老人ホーム事業の開始日	平成 29 年 3 月 1 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	特定施設入居者生活介護事業所 介護予防特定施設入居者生活介護事業所
	指定した自治体名	秋田市
	事業所の指定日	平成 3 1 年 4 月 1 5 日
	指定の更新日（直近）	平成 3 7 年 4 月 1 5 日

3. 建物概要

土地	敷地面積	1342.76 m ²				
	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				
		抵当権の有無	1 あり 2 なし			
		契約期間	1 あり (2018 年 6 月 4 日～2068 年 6 月 3 日) 2 なし			
		契約の自動更新	1 あり 2 なし			
建物	延床面積	全体	R C 工法鉄筋コンクリート地上 3 階建 1901.26 m ²			
		うち、老人ホーム部分	1839.12 m ²			
	耐火構造	1 耐火建築物 2 準耐火建築物 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 ()				
	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 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	1 人部屋			
		最大	人部屋			
		トイレ	浴室	面積	戸数・室数	区分※
	Aタイプ	有 無	有 無	19.07 m ²	2 2 室	一般居室個室
	Bタイプ	有 無	有 無	20.30 m ²	4 室	一般居室個室
	Cタイプ	有 無	有 無	19.07 m ²	6 室	一般居室個室
	Dタイプ	有 無	有 無	19.16 m ²	4 室	一般居室個室
	Eタイプ	有 無	有 無	28.61 m ²	4 室	一般居室個室

※ 「一般居室個室」「一般居室相部屋」「介護居室個室」「介護居室相部屋」「一時介護室」を記入。

共用施設	共用便所における便房	5ヶ所	うち男女別の対応が可能な便房	4ヶ所
			うち車椅子等の対応が可能な便房	1ヶ所
	共用浴室	2ヶ所	個室	2ヶ所
			大浴場	ヶ所
	共用浴室における介護浴槽	2ヶ所	チェアー浴	1ヶ所
			リフト浴	ヶ所
			ストレッチャー浴	1ヶ所
			その他（	

4. サービスの内容

（全体の方針）

運営に関する方針	指定特定施設入居者生活介護・指定介護予防特定施設入居者生活介護の従業者は、特定施設サービス計画（介護予防特定施設サービス計画）に基づき、利用者が当該施設においてその有する能力に応じた自立的な日常生活を営むことができるよう、入浴、排せつ、食事等の介護とその他の日常生活上の支援、機能訓練及び療養上の支援を行う。			
サービスの提供内容に関する特色	ご利用者さまとご家族の健やかな暮らしの為に、皆様のニーズを最優先にサービスを提供構築してまいります。また、協力医療機関との連携により、日々の健康管理から夜間急変等にも迅速に対応いたします。			
入浴、排せつ又は食事の介護	① 自ら実施	2 委託	3 なし	
食事の提供	① 自ら実施	2 委託	3 なし	
洗濯、掃除等の家事の供与	① 自ら実施	2 委託	3 なし	
健康管理の供与	① 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 自ら実施	2 委託	3 なし
生活相談サービス	① 自ら実施	2 委託	3 なし

(介護サービスの内容) ※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

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		1 あり	② なし
	生活機能向上連携加算		1 あり	② なし
	個別機能訓練加算		1 あり	② なし
	夜間看護体制加算		1 あり	② なし
	若年性認知症入居者受入加算		1 あり	② なし
	医療機関連携加算		1 あり	② なし
	口腔衛生管理体制加算		1 あり	② なし
	栄養スクリーニング加算		1 あり	② なし
	退院・退所時連携加算		① あり	2 なし
	看取り介護加算		1 あり	② なし
	認知症専門ケア加算	(Ⅰ)	1 あり	② なし
		(Ⅱ)	1 あり	② なし
	サービス提供体制強化加算	(Ⅰ) イ	1 あり	② なし
		(Ⅰ) ロ	1 あり	② なし
		(Ⅱ)	1 あり	② なし
		(Ⅲ)	1 あり	② なし
人員配置が手厚い介護サービスの実施の有無	① あり		(介護・看護職員の配置率) 3 : 1	
	2 なし			

(医療連携の内容)

医療支援 ※複数選択可		① 救急車の手配 2 入退院の付き添い ③ 通院介助 4 その他 ()	
協力医療機関	1	名 称	熊谷内科医院
		住 所	秋田市中通5丁目5番8号
		診療科目	内科・呼吸器科・循環器科
		協力内容	定期回診
	2	名 称	濱島医院
		住 所	秋田市保戸野すわ町15番20号
		診療科目	内科・胃腸科
		協力内容	定期回診
	3	名称	細谷医院
		住所	秋田市南通宮田3番10号
		診療科目	内科・消化器・神経内科・リハビリテーション
		協力内容	定期回診
協力歯科医療機関	1	名称	旭北歯科

		住所・内容	秋田市旭北栄町 1 番 4 号	受診回診
	2	名称	玉木歯科医院	
		住所・内容	秋田市旭南 3 丁目 8 番 3 号	受診回診
	3	名称	玉木デンタルクリニック	
		住所・内容	秋田市旭南 3 丁目 2 番 73 号	受診回診

(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 あり 2 なし
	要支援の者	① あり 2 なし
	要介護の者	① あり 2 なし
留意事項	1. 一般居室に入居の場合、入居時に原則 65 歳以上、要支援もしくは要介護認定を受けている方。	
契約の解除の内容	1. 入居者が死亡した時。 2. 入居者、又は事業者から解約した場合。	
事業主体から解約を求める場合	解約条項	契約書 第 13 条に記載
	解約予告期間	1 ヶ月以上
入居者からの解約予告期間	1 週間以上	
体験入居の内容	① あり (内容：一泊二日) 2 なし	
入居定員	40 人	
その他	身元引受人等が設定できない場合は要相談のこと。	

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の必要はありません)。

(職種別の職員数)

	職員数（実人数）			常勤換算人数※ ¹
	合計			※ ²
		常勤	非常勤	
管理者	1 名	1 名	0 名	1.0
生活相談員	1 名	1 名	0 名	1.0
直接処遇職員				
介護職員	16 名	12 名	4 名	15.0
看護職員	4 名	2 名	2 名	2.5
機能訓練指導員	0 名	0 名	0 名	
計画作成担当者	1 名	1 名	0 名	1.0
栄養士	1 名	1 名	0 名	1.0
調理員	5 名	4 名	1 名	4.5

事務員	2 名	2 名	0 名	1.0
その他職員	0 名	0 名	0 名	0.0
週 40 時間※ ²				
※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、当該事業所の従業員の人数を常勤の従業員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
社会福祉士主事	0		
介護福祉士	11	10	1
実務者研修の修了者	11	3	
初任者研修の修了者	5	4	1
介護支援専門員	1	1	

(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	1	1	
理学療法士	0	0	
作業療法士	0		
言語聴覚士	0		
柔道整復師	0		
あん摩マッサージ指圧師	0		
はり師	0		
きゅう師	0		

(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	2 人	2 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】	a 1.5 : 1 以上 b 2 : 1 以上 c 2.5 : 1 以上 d 3 : 1 以上
	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)	2.86 : 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	
	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		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								
	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	2	3	0	1		1		1	
前年度1年間の退職者数	0	1		2	0					
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	1	3			1			
	1年以上3年未満	1	1	1	2	1			1	
	3年以上5年未満			10						
	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 2 なし					

6. 利用料金

※別添3 一覧表参照

（利用料金の支払い方法）

居住の権利形態 【表示事項】	1 利用権方式 ② 建物賃貸借方式 3 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 月払い方式	
	4 選択方式 ※該当する方式を全て選択	1 全額前払い方式 2 一部前払い・一部月払い方式 3 月払い方式
年齢に応じた金額設定	1 あり ② なし	

要介護状態に応じた金額設定	1 あり ② 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 減額あり 2 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 物価の変動等により、食費・公共料金等の大幅な値上がりの場合。 手続き 運営懇談会において説明。欠席者には文章によって通達する。

（利用料金のプラン【代表的なプランを2例】）

		プランA	プランB
入居者の状況	要介護度	要支援 2	要介護 2
	年齢	80歳	78歳
居室の状況	床面積	28.60㎡	20.30㎡
	便所	① 有 2 無	① 有 2 無
	浴室	① 有 2 無	1 有 ② 無
	台所	① 有 2 無	1 有 ② 無
入居時点で必要な費用	前払金	0円	0円
	敷金	400,000円	200,000円
月額費用の合計		239,270円	157,970円
家賃		100,000円	50,000円
サービス費用	特定施設入居者生活介護※ ¹ の費用	9,270円	17,970円
	食費	60,000円	45,000円
	共益費（施設管理費を含）	40,000円	30,000円
	介護費用	0円	0円
	光熱水費	32,000円	26,000円
	その他	0円	0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）

費用	算定根拠
家賃	建設費から割り出した金額で算出し、近隣施設と比較検討し相当額とした。（1Fはプラス浴室、台所、冷蔵庫あり） 1F 100,000円 2F 50,000円 3F 50,000円
敷金	4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。
共益費（管理費）	管理・事務部門の人件費、事務費。 共用施設の維持管理費及び備品、炭酸泉費用、消耗品。
食費	食材費、栄養士その他食事部門の人件費、設備・備品代（調理具・

	食器等)に基づく費用。 【内訳】朝食(590円) 昼食(720円) 夕食(690円) ※流動食で経管栄養の方は、看護師対応の為1回220円×回数
光熱水費	実費相当額。 1F 32,000円 2・3Fは26,000円
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	

(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

費用	算定根拠
特定施設入居者生活介護※に対する自己負担	特定施設入居者介護の基本報酬に記載する利用者負担。
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。	

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	14人
	女性	26人
年齢別	65歳未満	0人
	65歳以上75歳未満	0人
	75歳以上85歳未満	8人
	85歳以上	32人
要介護度別	自立	0人
	要支援1	3人
	要支援2	2人
	要介護1	15人
	要介護2	8人
	要介護3	7人
	要介護4	4人
	要介護5	1人
入居期間別	6ヶ月未満	6人
	6ヶ月以上1年未満	4人
	1年以上5年未満	26人
	5年以上10年未満	4人
	10年以上15年未満	0人
	15年以上	0人

(入居者の属性)

平均年齢	89.1 歳
入居者数の合計	40 人
入居率※	100.0%
※ 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	0 人
	医療機関	5 人
	死亡者	4 人
	その他	1 人
生前解約の状況	施設側の申し出	0 人
	入居者側の申し出	0 人
		(解約事由の例)

8. 苦情・事故等に関する体制

サービス提供に関する苦情や相談は、当事業所の窓口でお受けします。

※事業所相談窓口	サービス付き高齢者向け住宅 ゆきわり草
電話番号：018-0823-5320	担当者：黒木 篤子（管理者）

他、苦情や相談窓口として下記の機関にも申し立てることが出来ます。

苦情受付機関	秋田市役所介護保険課	企画・給付担当：018-888-5672 施設管理担当：018-888-5674
	秋田県国民健康保険団体連合会	018-883-1550

(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	損害保険ジャパン日本興亜株式会社加入到。
	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 あり	サービス提供上の事故により入居者の生命・身体・財産に損害が発生した場合や不可抗力による場合を除き賠償されます。
	2 なし	
事故対応及びその予防のための指針	① 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、	1 あり	実施日	常時、意見箱を設定している。
-------------	------	-----	----------------

意見箱等利用者の意見等を把握する取組の状況		結果の開示	① あり 2 なし
	2	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	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 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 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 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 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 公開していない

10. その他

運営懇談会	① あり	(開催頻度) 年 2 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 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 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	
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 あり 2 なし	
有料老人ホーム設置運営指導指針「5. 規	1 あり ② なし	

模及び構造設備」に合致しない事項	
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

追記：「入浴と排泄介護については、異性の介護職員の介護もあります。同性介護を希望の方は入所時にお話し下さい」

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）

別添 3（利用料金の一覧表）

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	ゆきわり草ヘルパーステーション	秋田市川元むつみ町 3 番 32 号
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		
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		
特定施設入居者介護	あり	なし	サービス付き高齢者向け住宅 ゆきわり草	秋田市川元むつみ町 3 番 32 号
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		
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		
認知症対応型共同生活介護	あり	なし		
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	ゆきわり草ケアプラザセンター	秋田市川元むつみ町 3 番 32 号
＜居宅介護予防サービス＞				

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		
介護医療院	あり	なし		

別添2 有料老人ホーム・サービス付き高齢者向け住宅が提供するサービスの一覧表

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
	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			備考		
	利用者全額負担	包含※ ²	都度※ ²	料金※				
介護サービス								
食事介助	なし	あり	なし	あり				都度、見守り、介助
排泄介助・おむつ交換	なし	あり	なし	あり				適宜実施
おむつ代			なし	あり				自己負担
入浴（一般浴）介助・清拭	なし	あり	なし	あり				週2回以内 ※週3回以降は、1回 700円（税別）
特浴介助	なし	あり	なし	あり				週2回以内 ※週3回以降は、1回 1,000円（税別）
身辺介助（移動・着替え等）	なし	あり	なし	あり				ケアプランによる更衣、施設内の移動・髭剃り・口腔衛生・体位変換
機能訓練	なし	あり	なし	あり				機能訓練員により実施。
通院介助	なし	あり	なし	あり				病院内の付添いは1時間 2,000円。
生活サービス								
居室清掃	なし	あり	なし	あり				
リネン交換	なし	あり	なし	あり				
日常の洗濯	なし	あり	なし	あり			実費	実費
居室配膳・下膳	なし	あり	なし	あり				
嗜好に応じた特別な食事			なし	あり			実費	実費
おやつ			なし	あり				
理美容師理美容サービス			なし	あり			実費	実費
買い物代行	なし	あり	なし	あり			実費	※税別 500円
役所手続き代行	なし	あり	なし	あり			実費	1時間 2,000円
金銭・貯金管理			なし	あり				
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（実費）
健康相談	なし	あり	なし	あり				
生活指導・栄養指導	なし	あり	なし	あり				
服薬支援	なし	あり	なし	あり				
生活記録（排便・睡眠等）	なし	あり	なし	あり				
入退院時・入院中のサービス								
移送サービス	なし	あり	なし	あり				
入退院時の同行	なし	あり	なし	あり				
入院中の洗濯物・買い物	なし	あり	なし	あり				
入院中の見舞い訪問	なし	あり	なし	あり				

※1：利用者の所得等に応じて負担割合が変わる。※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、サービスの都度支払う場合に応じて欄に○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記入。

サービス付き高齢者向け住宅 ゆきわり草 料金表 令和 7.5.1 改定

【1 か月あたり】

項目 \ 居室タイプ	1F	2F	3F
居住費	100,000 円	50,000 円	50,000 円
食費	64,500 円	49,500 円	49,500 円
光熱水費	38,500 円	32,500 円	32,500 円
共益費	40,000 円	30,000 円	30,000 円
合計	243,000 円	162,000 円	162,000 円

- ・月途中の入居については各料金の日割り計算になりますのでご了承ください。
- ・共益費については施設管理費が含まれております。
- ・室内でのテレビ視聴には別途 NHK 受信料契約が必要です。
- ・テレビ以外の電化製品を持ち込みの場合は 500 円（税別）を頂きます。
- ・食費は 2 F ・ 3 F が、朝食（420 円）昼食（550 円）夕食（530 円）食数毎の計算となります。
- ・直前の食事のキャンセルについては料金を頂くことがございます。3 日前までお申し付けください。
- ・敷金として、上記の居住費×4 ケ月分をお預かりいたします。

特定施設入居者生活介護料金表（介護保険 1 割） 令和 7 年 5 月 1 日改定

	1 日の料金 (単位数)	1 カ月(30 日)の料金 1 日×30=(A)	介護職員処遇改善 加算(Ⅰ) (A)×12.8%	科学的介護 推進体制加算	サービス提供 体制強化加算 Ⅱ	協力医療機関 連携加算	合計(30 日)
要支援 1	182 円(単位)	5,460 円	448 円	40 円	540 円	100 円	6,872 円
要支援 2	311 円(単位)	9,330 円	765 円	40 円	540 円	100 円	11,271 円
要介護 1	538 円(単位)	16,140 円	1,323 円	40 円	540 円	100 円	19,021 円
要介護 2	604 円(単位)	18,120 円	1,486 円	40 円	540 円	100 円	21,288 円
23,657 要介護 3	674 円(単位)	20,220 円	1,658 円	40 円	540 円	100 円	23,657 円
要介護 4	738 円(単位)	22,140 円	1,815 円	40 円	540 円	100 円	25,856 円
要介護 5	807 円(単位)	24,210 円	1,985 円	40 円	540 円	100 円	28,191 円

※上記内容は、負担割合証が **1 割**の方（ 2 割・3 割の方は負担割合に合わせたご負担となります。）

また、追加の加算分として下記に該当される方は

- 1.退院退所時の連携加算 30 単位×30 日分のみ（病院の退院前に事前調査等・病院の連携加算）
- 2.生活機能向上連携加算Ⅱ100 単位／月（単独だと 200 単位）、個別機能訓練加算 12 単位×回数〔理学療法士対応〕が加算になります。（R3.4.1～）
- 3.また、新制度の情報の共有として科学的介護推進体制加算（LIFE 登録施設）40 単位／月、個別機能訓練加算Ⅱ20 単位／月（R3.7.1～）が追加になります。

□ 賃料の支払い方法

支払方法 (該当する□に チェック)	<input type="checkbox"/> 振込方式 振込先金融機関名：秋田銀行 山王支店 預金： <u>普通</u> ・ 当座 口座番号：1035512 口座名義人：株式会社 KRK コーポレーション 代表取締役 佐藤融美子
	<input type="checkbox"/> 口座自動振替方式 当月分を翌月 1 5 日
	<input type="checkbox"/> 支払委託方式（収納会社名： _____ ）
	<input type="checkbox"/> 持参方式（持参先： _____ ）

※口座振り込みの場合は、手数料が発生します。

令和 5 年 7 月 3 日

事業者は、ご利用者様へのサービス提供開始にあたり、上記のとおり重要事項を説明しました。

事 業 者 所在地 秋田市川元むつみ町 3 番 32 号

事業者（法人）名 株式会社 KRK コーポレーション

説明者氏名： 黒木 洋輔 印

私は、事業所より上記の重要事項について説明を受けました。

この 2 通を作成し、利用者及び事業所の双方が記名・押印の上、それぞれ 1 通ずつ保有することについても同意します。

利 用 者：氏 名 _____ 印

署名代行者（又は法定代理人）：氏 名 _____ 印