

住宅型有料老人ホーム

ハートランド川越

重要事項説明書

株式会社ワイグッドケア

本書記載の内容は令和元年10月1日時点の料金、消費税率及び
介護保険給付費等に基づいており、全て税込み表示となっています。
軽減税率（8％）の対象となる飲食料品の提供は、「朝食・昼食・夕食」の食費です。
それ以外の飲食料品の提供及び1食あたり670円を超える特別な食事については
軽減税率の対象となりません。

別紙様式

重要事項説明書

記入年月日	令和6年9月1日
記入者名	中島 一郎
所属・役職	運営本部

1. 事業主体概要

種類	個人/法人	
	※法人の場合、その種類	営利法人
名称	(ふりがな) かぶしきがいしゃわいぐっどけあ 株式会社ワイグッドケア	
主たる事務所の所在地	〒367-0023 埼玉県本庄市寿一丁目25番13号	
連絡先	電話番号	0495-71-6551
	FAX 番号	0495-71-6575
	ホームページアドレス	https://ygood.jp
代表者	氏名	山崎 保
	職名	代表取締役
設立年月日	平成25年6月4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) はーとらんどかわごえ ハートランド川越	
所在地	〒350-0018 埼玉県川越市藤木町37-1	
主な利用交通手段	最寄駅	J R川越線 南古谷駅
	交通手段と所要時間	J R川越線「南古谷」駅より車で6分
連絡先	電話番号	049-293-5146
	FAX 番号	048-293-5147
	ホームページアドレス	https://ygood.jp
管理者	氏名	嶋崎 俊行
	職名	施設長
建物の竣工日	令和5年 9月30日	
有料老人ホーム事業の開始日	令和5年11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	
	指定した自治体名	
	事業所の指定日	令和 年 月 日
	指定の更新日（直近）	令和 年 月 日

3. 建物概要

土地	敷地面積	2297.91 ㎡				
	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 (令和5年10月1日～令和35年9月30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	1891.88 ㎡			
		うち、老人ホーム部分	1891.88 ㎡			
	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 (令和5年11月1日～令和35年10月31日) 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（縁故者居室を含む）				
		2 相部屋あり				
		最少	人部屋			
		最大	人部屋			
居室の状況		トイレ	浴室	面積（壁芯）	戸数・室数	区分*
	タイプ1	<input checked="" type="checkbox"/> 有 / <input type="checkbox"/> 無	<input checked="" type="checkbox"/> 有 / <input type="checkbox"/> 無	18.09 ㎡	18	一般居室個室
	タイプ2	<input checked="" type="checkbox"/> 有 / <input type="checkbox"/> 無	<input checked="" type="checkbox"/> 有 / <input type="checkbox"/> 無	18.84 ㎡	31	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	6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	5ヶ所				
	共用浴室	4ヶ所	個室	4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	1ヶ所				
			ストレッチャー浴	1ヶ所				
			その他（ ）	ヶ所				
食堂	1	あり	2	なし				
入居者や家族が利用 できる調理設備	1	あり	2	なし				
エレベーター	1	あり（車椅子対応）	2	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	あり	2	なし			
	自動火災報知設備	1	あり	2	なし			
	火災通報設備	1	あり	2	なし			
	スプリンクラー	1	あり	2	なし			
	防火管理者	1	あり	2	なし			
	防災計画	1	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	お客様と共に過ごす私たちは、笑顔を決やさず、感謝と尊敬の気持ちで奉仕し、アットホームな心あたたまる施設を目指して、お客様が幸せに暮らせる支援者であり続けます。					
サービスの提供内容に関する特色	ご入居者やご家族様との連携を重視し、ご入居者の気持ちに寄り添った生活の細やかな部分に対応した、自立支援に力を入れたお手伝いを提供します。					
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

(医療連携の内容)

医療支援 ※複数選択可	<input type="checkbox"/> 1	救急車の手配	<input type="checkbox"/> 2	入退院の付き添い	<input type="checkbox"/> 3	通院介助
	<input type="checkbox"/> 4	その他（入居者が疾病、負傷等により治療が必要となった場合は、契約者、入居者又は身元引受人等の同意を得たうえで、協力医療機関又は希望する医療機関において、治療等を受けていただくための支援を行います。）				
協力医療機関	1	名称	あおぞらクリニック川越			
		住所	埼玉県川越市南通町19-2 レジデンスからもも307			
		診療科目	内科			
		協力内容	月2回の定期往診、臨時往診、定期健康診断の機会提供			
	2	名称				
		住所				
		診療科目				
		協力内容				
協力歯科医療機関	名称	医療法人社団高輪会 浦和歯科				
	住所	埼玉県さいたま市南区别所3-16-9 安藤ビル102				
	協力内容	定期的な訪問歯科診療、口腔ケアへの協力				

(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	<input type="checkbox"/> 1	あり	<input type="checkbox"/> 2	なし
	要支援の者	<input type="checkbox"/> 1	あり	<input type="checkbox"/> 2	なし
	要介護の者	<input type="checkbox"/> 1	あり	<input type="checkbox"/> 2	なし
留意事項	<ul style="list-style-type: none"> ・ 契約締結時に原則満65歳以上の方 ・ 既定の利用料の支払いが可能な方 ・ 公的な医療保険に加入されている方 ・ 公的な介護保険に加入されている方 ・ 身元引受人を定められる方 ・ 当施設利用契約書・管理規程等をご承諾いただき円滑に共同生活が営める方 				
契約の解除の内容	施設利用契約書第8条、第9条に定めるとおり				
事業主体から 解約を求める場合	解約条項	施設利用契約書第9条			
	解約予告期間	3か月			
入居者からの解約予告期間	1か月前に解約の申し入れを行うことにより、本契約を解約することができます。				
体験入居の内容	<input type="checkbox"/> 1	あり	1日6,600円（食事付）／2泊3日～6泊7日まで オムツ代、日用消耗品などは実費負担		
	<input type="checkbox"/> 2	なし			
入居定員	49名				
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

(職種別の職員数)

(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	12	3	9	
介護職員	12	3	9	
看護職員				
機能訓練指導員				
計画作成担当者				
栄養士				
調理員				
事務員				
その他職員				
1週間のうち、常勤の従業者が勤務すべき時間数 ^{※2}				40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	8	3	5
実務者研修の修了者	1		1
初任者研修の修了者	3		3
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			

(夜勤を行う看護・介護職員の人数)

夜勤帯の設定時間（20時～翌7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	1人

(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	介護福祉士					
			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			6	12						
前年度1年間の退職者数			3	3						
業務に従事した職員の人数 経験年数に	1年未満		3	9						
	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		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 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 減額なし 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	・月額施設利用料及び有料サービスの単価については、消費者物価指数及び人件費、又は諸種の経済状況を勘案し、事業の安定的継続の視点から、運営懇談会の意見を聞いて、改定する場合があります。 ・消費税等が改定になった場合は、法令の定めに従い利用料を変更します。
	手続き	

(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	要介護1	要介護4	
	年齢	85歳	85歳	
居室の状況	床面積	18.84 m ²	18.09 m ²	
	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	68,000円	68,000円	
月額費用の合計		172,500円	172,500円	
家賃		68,000円	68,000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	55,000円	55,000円
		管理費	49,500円	49,500円
		光熱水費	0円	0円
		介護費用	0円	0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)

費目	算定根拠
家賃	居室及び共用施設の家賃相当額で、近隣相場を勘案し設定しています。
敷金	家賃の1か月分
介護費用	※介護保険サービスの自己負担額は含まない。
管理費	施設の維持・管理費、共用・居室部分の水光熱費、入居者の健康管理、ナースコール対応、生活サービス、事務処理費等
食費	<p>食費は月額55,000円(税込)とします。</p> <p>欠食の場合は2日前までに申し出を頂くことで、食材費として、朝食176円(税込)昼食297円(税込)夕食297円(税込)を返金します。それ以外の返金はありません。</p> <p>軽減税率(8%)の対象となる飲食料品の提供は、「朝食・昼食・夕食」の食費です。それ以外の飲食料品の提供及び1食あたり670円を超える特別な食事については軽減税率の対象となりません。</p> <p>軽減税率の対象となる入居者は、65歳以上又は要介護認定を受けている者となります。</p>
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	利用者は、医療費、紙おむつ等の消耗品、化粧品、衣類、クリーニング、理美容、嗜好品等、専ら利用者の個人的利用、使用に係る費用を負担します。

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	10人
	女性	24人
年齢別	65歳未満	2人
	65歳以上75歳未満	2人
	75歳以上85歳未満	12人
	85歳以上	18人
要介護度別	自立	人
	要支援1	人
	要支援2	人
	要介護1	6人
	要介護2	9人
	要介護3	8人
	要介護4	8人
	要介護5	3人
入居期間別	6か月未満	25人
	6か月以上1年未満	9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	82.6歳
入居者数の合計	34人
入居率※	69.0%
※ 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	人
	社会福祉施設	2人
	医療機関	3人
	死亡者	6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	2人 (解約事由の例) 長期入院の為

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)

窓口の名称		ハートランド川越 苦情受付窓口
電話番号		049-293-5146
対応している時間	平日	9:00~18:00
	土曜	9:00~18:00
	日曜・祝日	9:00~18:00
定休日		8月13日~8月15日、12月30日~翌1月3日

窓口の名称		(株)ワイグッドケア お客様窓口
電話番号		0495-71-6551
対応している時間	平日	9:00~18:00
	土曜	9:00~18:00
	日曜・祝日	9:00~18:00
定休日		8月13日~8月15日、12月30日~翌1月3日

窓口の名称		川越市役所福祉部高齢者いきがい課
電話番号		049-224-5809 (直通)
対応している時間	平日	8:30~17:15
	土曜	
	日曜・祝日	
定休日		土曜・日曜・祝日

窓口の名称		埼玉県国民健康保険団体連合会
電話番号		048-824-2569
対応している時間	平日	8:30~12:00、13:00~17:00
	土曜	
	日曜・祝日	
定休日		土曜・日曜・祝日

(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	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり	(その内容) 賠償責任保険 東京海上日動火災保険株式会社「超ビジネス保険」
	<input type="checkbox"/> 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	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり	(その内容) 介護サービス等の提供にあたり事故が発生し 入居者の生命・身体・財産に損害が生じた場合は、地震・ 津波等による天災、戦争・暴動等、入居者の故意によるもの 等を除いて速やかに損害を賠償します。ただし、入居者に 重大な過失がある場合には賠償額を減ずることがあります。
	<input type="checkbox"/> 2 なし	
事故対応及びその予防のための指針	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり	<input type="checkbox"/> 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	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり	実施日	意見箱を常時設置
		結果の開示	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり <input type="checkbox"/> 2 なし
	<input type="checkbox"/> 2 なし		
第三者による評価の実施状況	<input type="checkbox"/> 1 あり	実施日	
		評価機関名称	
		結果の開示	<input type="checkbox"/> 1 あり <input type="checkbox"/> 2 なし
	<input checked="" type="checkbox"/> 2 なし		

9. 入居希望者への事前の情報開示

利用契約書の雛形	<input type="checkbox"/> 1 入居希望者に公開	<input checked="" type="checkbox"/> 2 入居希望者に交付	<input type="checkbox"/> 3 公開していない
管理規程	<input type="checkbox"/> 1 入居希望者に公開	<input checked="" type="checkbox"/> 2 入居希望者に交付	<input type="checkbox"/> 3 公開していない
事業収支計画書	<input type="checkbox"/> 1 入居希望者に公開	<input type="checkbox"/> 2 入居希望者に交付	<input checked="" type="checkbox"/> 3 公開していない
財務諸表の要旨	<input type="checkbox"/> 1 入居希望者に公開	<input type="checkbox"/> 2 入居希望者に交付	<input checked="" type="checkbox"/> 3 公開していない
財務諸表の原本	<input type="checkbox"/> 1 入居希望者に公開	<input type="checkbox"/> 2 入居希望者に交付	<input checked="" type="checkbox"/> 3 公開していない

10. その他

運営懇談会	<input type="checkbox"/> 1 あり	(開催頻度) 年 1 回
	<input type="checkbox"/> 2 なし	
	<input type="checkbox"/> 1 代替措置あり	(内容)
	<input type="checkbox"/> 2 代替措置なし	
提携ホームへの移行 【表示事項】	<input type="checkbox"/> 1 あり (提携ホーム名: _____)	
	<input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 1 あり <input type="checkbox"/> 2 なし	
	<input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 1 あり <input type="checkbox"/> 2 なし	
有料老人ホーム設置運営指導指針「6.規模及び構造設備」に合致しない事項	<input type="checkbox"/> 1 あり <input type="checkbox"/> 2 なし	
合致しない事項がある場合の内容		
「7.既存建築物等の活用の場合等の特例」への適合性	<input type="checkbox"/> 1 適合している (代替措置) <input type="checkbox"/> 2 適合している (将来の改善計画) <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 1 あり <input type="checkbox"/> 2 なし	
不適合事項がある場合の内容		

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 令和 _____ 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	訪問介護ハートランド川越	川越市藤木町 37-1
訪問入浴介護	あり	なし		
訪問看護	あり	なし	訪問看護ステーション悠楽々川越	川越市藤木町 37-1
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	デイサービスハートランド・アイリ熊谷	熊谷市間々田 101
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	ハーベスト戸田	戸田市美女木 4-13-2
福祉用具貸与	あり	なし	ハッピーケアサプライ	戸田市美女木 4-13-2
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	グループホームのぞみ	上尾市小敷谷 716-1
認知症対応型共同生活介護	あり	なし	グループホーム五感の里 岡部	深谷市岡 231-1
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		
地域密着型通所介護	あり	なし		
居宅介護支援	あり	なし		
<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	訪問看護ステーション悠楽々川越	川越市藤木町 37-1
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	ハーベスト戸田	戸田市美女木 4-13-2
介護予防福祉用具貸与	あり	なし	ハッピーケアサプライ	戸田市美女木 4-13-2
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	多機能ホームのぞみ	上尾市小敷谷 716-1
介護予防認知症対応型共同生活介護	あり	なし	グループホーム五感の里 岡部	深谷市岡 231-1
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		

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
	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）					備考	
			包含※2	都度※2	料金※3				
介護サービス									
食事介助	なし	あり	なし	あり	○			臨時で必要な場合に対応します。（居宅サービスを優先します）	
排泄介助・おむつ交換	なし	あり	なし	あり	○			臨時で必要な場合に対応します。（居宅サービスを優先します）	
おむつ代			なし	あり		○	実費	おむつ代は実費負担	
入浴（一般浴）介助・清拭	なし	あり	なし	あり					
特浴介助	なし	あり	なし	あり					
身辺介助（移動・着替え等）	なし	あり	なし	あり					
機能訓練	なし	あり	なし	あり					
通院介助	なし	あり	なし	あり		○	1,650円	30分単位/協力医療機関以外/30分超える毎に加算	
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	○			シーツ交換週1回無料、2回目以降550円 布団カバー550円、枕カバー330円、ベッドパット330円	
日常の洗濯	なし	あり	なし	あり	○			週2回実施。クリーニングが必要なものは実費負担	
居室配膳・下膳	なし	あり	なし	あり				心身の状態を勘案して、やむを得ない場合は対応します。	
入居者の嗜好に応じた特別な食事			なし	あり					
おやつ			なし	あり					
理美容師による理美容サービス			なし	あり		○	実費	外部からの訪問理美容を利用	
買い物代行	なし	あり	なし	あり		○	1,650円	30分単位/30分超える毎に加算。 近隣のスーパーなどで購入できるものに限りです。	
役所手続き代行	なし	あり	なし	あり		○	1,650円	30分単位/30分超える毎に加算 原則、川越市及び隣接した市町村を対象とします。	
金銭・貯金管理			なし	あり				立替金サービスをご利用ください	
健康管理サービス									
定期健康診断			なし	あり		○	実費	外部の医療機関により実施します。費用は実費負担	
健康相談	なし	あり	なし	あり	○			適宜ご相談に応じます	
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	○			臨時で必要な場合に対応します。（居宅サービスを優先します）	
生活リズムの記録（排便・睡眠等）	なし	あり	なし	あり	○			日常生活のご様子等を適宜記録します	
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		○	1,650円	30分単位/協力医療機関以外/30分超える毎に加算	
入院中の洗濯物交換・買い物	なし	あり	なし	あり		○	1,650円	30分単位/30分超える毎に加算	
入院中の見舞い訪問	なし	あり	なし	あり				原則、ご家族で対応ください。	

※1：利用者の所得等に応じて負担割合が変わる（1割又は2割の利用者負担）。

※2：「あり」を記入したときは、各種サービスの費用が、月額の利用料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。