

愛知県有料老人ホーム

重要事項説明書

法人名等

株式会社サンガジャパン

施設名

THE Classic Care Residence 弥富

※愛知県においては、一般居室、介護居室の別を行っていません。
重要事項説明書においては全て「介護居室」と表示しています。

重要事項説明書

Ver 1.1

記入年月日	2024 年 8 月 1 日
記入者名	古川 尊
所属・職名	施設長
取込種別	1 追加
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	かぶしきがいしゃさんがじゃぱん (ふりがな) 株式会社サンガジャパン	
法人番号	法人番号有無	1 有
	法人番号	303001131053
主たる事務所の所在地	〒 330 - 0854	
	埼玉県さいたま市大宮区桜木町一丁目11番地9	
連絡先	電話番号	048 - 614 - 1541
	FAX番号	048 - 614 - 1552
	メールアドレス	info @ sanga-kaigo. co. jp
	ホームページ有無	1 有
	ホームページアドレス	https:// sangajapan. jp
代表者	氏名	神成 裕介、洞口 淳一、山口 智博
	職名	代表取締役
設立年月日	2019 年 5 月 20 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) ざ ぐらしっく けあれじでんす やとみ				
	THE Classic Care Residence 弥富				
所在地	〒	498	-	0032	
	愛知県弥富市平島中二丁目20番				
所在地 (建物名等)	THE Classic Care Residence 弥富				
市区町村コード	都道府県	愛知県	市区町村	232351 弥富市	
主な利用交通手段	最寄駅	近鉄弥富駅			駅
	交通手段と所要時間	①近鉄弥富駅より徒歩16分			
連絡先	電話番号	0567	-	69	- 8820
	FAX番号	0567	-	69	- 8821
	メールアドレス	tccr-yatomi			@ sangajapan.jp
	ホームページ有無	1 有			
	ホームページアドレス	https://	sangajapan.jp		
管理者	氏名	久村 一右			
	職名	管理者			
建物の竣工日		2023	年	5	月 10 日
有料老人ホーム事業の開始日		2023	年	9	月 1 日

(類型) 【表示事項】

類型	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）						
1 又は2に該当する 場合	介護保険事業者番号	2377500489					
	指定した自治体名	愛知県					
	事業所の指定日	2023	年	9	月	1	日
	指定の更新日（直近）		年		月		日

3 建物概要

土地	敷地面積	1.880.34	m ²		
	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	1 普通貸借		
		抵当権の有無	2 なし		
		契約期間	1 あり		
			開始	2023 年 6 月 1 日	
			終了	2053 年 5 月 31 日	
契約の自動更新	1 あり				
建物	延床面積	全体	1460.38 m ²		
		うち、老人ホーム部分	1460.38 m ²		
	耐火構造	2 準耐火建築物			
		3 その他の場合			
	構造	3 木造			
		4 その他の場合			

居室の状況	居室区分 【表示事項】	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		1 普通貸借					
		抵当権の有無		2 なし					
		契約期間		1 あり					
				開始					
				2023	年	6	月	1	日
				終了					
				2053	年	5	月	31	日
		契約の自動更新		1 あり					
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		1 有	2 無	21.9 m ²	6	3 介護居室個室			
タイプ2		1 有	2 無	21.9 m ²	4	3 介護居室個室			
タイプ3		1 有	2 無	21.9 m ²	2	3 介護居室個室			
タイプ4		1 有	2 無	21.9 m ²	9	3 介護居室個室			
タイプ5		1 有	2 無	21.9 m ²	8	3 介護居室個室			
タイプ6				m ²					
タイプ7				m ²					
タイプ8				m ²					
タイプ9				m ²					
タイプ10				m ²					

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		ヶ所	
				うち車椅子等の対応が可能な便房	5	ヶ所	
	共用浴室	3	ヶ所	個室	2	ヶ所	
				大浴場	1	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	1	あり				
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	1	全ての居室あり				
	便所	1	全ての便所あり				
	浴室	1	全ての浴室あり				
	その他						
その他							

4 サービスの内容

(全体の方針)

<p>運営に関する方針</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・常に愛情と熱意をもって利用者の自立を助け、その家族の繁栄を支援いたします。 ・介護のスペシャリストとして常に自己研鑽に励み、誠意をもって質の高い介護サービスが提供できるよう、専門性の向上に努めます。
<p>サービスの提供内容に関する特色</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・医療機関との連携を図り、医療・介護技術の進歩に即応し、高水準の介護を追求します。 ・利用者一人ひとりのニーズを尊重し、生活の質の向上に努めます。
<p>入浴、排せつ又は食事の介護</p>	<p>1 自ら実施</p>
<p>食事の提供</p>	<p>2 委託</p>
<p>洗濯・掃除等の家事の供与</p>	<p>2 委託</p>
<p>健康管理の供与</p>	<p>1 自ら実施</p>
<p>安否確認又は状況把握サービス</p>	<p>1 自ら実施</p>
<p>生活相談サービス</p>	<p>1 自ら実施</p>

(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)	2	なし
	入居継続支援加算 (Ⅱ)	2	なし
	生活機能向上連携加算 (Ⅰ)	2	なし
	生活機能向上連携加算 (Ⅱ)	2	なし
	個別機能訓練加算 (Ⅰ)	2	なし
	個別機能訓練加算 (Ⅱ)	2	なし
	ADL維持等加算 (Ⅰ)	2	なし
	ADL維持等加算 (Ⅱ)	2	なし
	夜間看護体制加算	2	なし
	若年性認知症入居者受入加算	1	あり
	医療機関連携加算	1	あり
	口腔衛生管理体制加算	1	あり
	口腔・栄養スクリーニング加算	2	なし
	科学的介護推進体制加算	2	なし
	退院・退所時連携加算	1	あり
	看取り介護加算 (Ⅰ)	2	なし
	看取り介護加算 (Ⅱ)	2	なし
	認知症専門ケア加算	(Ⅰ)	2
(Ⅱ)		2	なし

	サービス提供体制強化加算	(Ⅰ)	2	なし
		(Ⅱ)	2	なし
		(Ⅲ)	2	なし
	介護職員処遇改善加算	(Ⅰ)	1	あり
		(Ⅱ)	2	なし
		(Ⅲ)	2	なし
		(Ⅳ)	2	なし
		(Ⅴ)	2	なし
	介護職員等特定処遇改善加算	(Ⅰ)	2	なし
		(Ⅱ)	1	あり
人員配置が手厚い介護サービスの実施の有無	2 なし			
	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	<input type="checkbox"/>	救急車の手配
	<input type="checkbox"/>	入退院の付き添い
	<input type="checkbox"/>	通院介助
		その他
1	名称	医療法人フューチャー山本医院
	住所	愛知県海部郡蟹江町城4-423
	診療科目	内科・老年内科・老年精神科・緩和ケア内科
	協力科目	内科・老年内科・老年精神科・緩和ケア内科
	協力内容	訪問診療

協力医療機関	2	名称	愛知県厚生農業組合連合海南病院
		住所	愛知県弥富市前ヶ須町南本田396番地
		診療科目	総合病院
		協力科目	
		協力内容	緊急時の治療及び入院支援
	3	名称	
		住所	
		診療科目	
		協力科目	
			協力内容

協力歯科医療機関	1	名称	おはよう歯科
		住所	愛知県名古屋市港区南十一番町3丁目5番地
		協力内容	訪問歯科診療
	2	名称	
		住所	
		協力内容	

(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

入居後に居室を住み替える場合 ※複数選択可		一時介護室へ移る場合	
		介護居室へ移る場合	
	○	その他	
判断基準の内容	介護が提供され心身の状態が重度化した場合、住み替えを行うことがある。		
手続きの内容	<ol style="list-style-type: none"> 1. 事業者の指定する医師の意見を聞く 2. 入居者の意思を確認する 3. 入居者の身元引受人等の意見を聞く 4. 概ね、3か月間の観察期間を置く 		
追加的費用の有無	2 なし		
居室利用権の取扱い	住み替え後の居室へ移行		
前払金償却の調整の有無	2 なし		
従前の居室との仕様の変更	面積の増減	2 なし	
	便所の変更	2 なし	
	浴室の変更	2 なし	
	洗面所の変更	2 なし	
	台所の変更	1 あり	
	その他の変更		2 なし
		1 ありの場合	
		(変更内容)	

(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	2	なし
	要支援の者	1	あり
	要介護の者	1	あり
留意事項	介護保険上の認定を受け、要支援または要介護の認定がある。施設での医療行為については入居前に要相談とする。		
契約解除の内容	①入居者が死亡したとき ②入居者、又は事業所から解約した場合		
事業主体から解約を求める場合	解約条項	入居者の行動が他の入居者の生命に危害を及ぼす恐れがあり、かつ入居者に対する通常の介護方法では、これを防止することができない場合、等。	
	解約予告期間	3	ヶ月
入居者からの解約予告期間	1		ヶ月
体験入居の内容	1	あり	
	1	ありの場合	
	(内容)	6泊7日まで無料（最長13泊14日まで） 7泊目以降1泊11,000円（税込）	
入居定員	29		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（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	0	0.825
生活相談員	3	3	0	1.75
直接処遇職員	16	11	5	11.7
介護職員	13	8	5	9.6
看護職員	3	1	2	2.1
機能訓練指導員	1	1	0	0.275
計画作成担当者	1	1	0	1
栄養士	0	0	0	0
調理員	0	0	0	0
事務員	1	1	0	1
その他職員	1	1	0	1
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	0	0	0
介護福祉士	9	5	4
実務者研修の修了者	2	2	0
初任者研修の修了者	0	0	0
介護支援専門員	0	0	0

(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	3	1	2
理学療法士	1	1	0
作業療法士	0	0	0
言語聴覚士	0	0	0
柔道整復士	0	0	0
あん摩マッサージ指圧師	0	0	0
はり師	0	0	0
きゅう師	0	0	0

(夜勤を行う看護・介護職員の人数)

夜勤帯の設定時間	(16 時 30 分 ~ 9 時 30 分)			
	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】	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)	3 : 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		1 あり								
	業務に係る 資格等	1 あり									
		1 ありの場合								機能訓練指導員	
		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		2	1	12	4	3		1			
前年度1年間の退職者数		1	1	2							
業務に従事した 職員の人数 経験年数に 応じた人数	1年未満	2	1	12	4	3		1			
	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										
従業員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)

居住の権利形態 【表示事項】	1 利用権方式	
利用料金の支払い方式 【表示事項】	3 月払い方式	
	4 選択方式の場合、該当する方式を全て選択	
		全額前払い方式
		一部前払い・一部月払い方式
		月払い方式
年齢に応じた金額設定	2 なし	
要介護状態に応じた金額設定	1 あり	
入院等による不在時における利用料金（月払い）の取扱い	2 日割り計算で減額	
	3 不在期間が○日以上の場合に限り、日割り計算で減額の場合	
		不在期間が _____ 日以上
利用料金の改定	条件	地域自治体が発表する消費者物価指数及び人件費を勘案し改定する場合があります。
	手続き	運営懇談会に提出、承認。

(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	要支援2		要介護2		
	年齢	80	歳	80	歳	
居室の状況	床面積	21.9	m ²	21.9	m ²	
	便所	1	有	1	有	
	浴室	2	無	2	無	
	台所	1	有	2	無	
入居時点で必要な費用	前払金		円		円	
	敷金	0	円	0	円	
月額費用の合計		309,694	円	299,030	円	
家賃		非課税	100,000 円	非課税	95,000 円	
サービス費用	特定施設入居者生活介護※1の費用	9,694	円	19,030	円	
	介護保険外※2	食費	税抜 66,000	円	税抜 66,000	円
		管理費	税込 43,000	円	税込 43,000	円
		介護費用		円		円
		光熱水費		円		円
		その他	非課税	41,000 円	非課税	41,000 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	周辺の家賃相場を勘案し設定(非課税) 設備の違いにより9.0万円、9.5万円、10万円
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	居室及び共用部の水道光熱費
食費	1日3食の食事を提供するための費用（税別） 朝600円/食 昼700円/食 夕700円/食 おやつ200円/食
光熱水費	管理費に含む（10%課税）
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	共益費41,000円/月（非課税）建物及び設備の維持管理費ならびに保守費等相当分を入居者数で按分）、治療食 1,100円/日（税込）その都度、治療食代の相談をします。 生活サポート費55,000円/月（税込み）別添2に掲げる介護サービス、生活サービス、健康管理サービス、入退院時・入院中のサービス実施に関わる人件費（事前、時後の準備処理含む）を基に算定

(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	別添2参照
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（上乘せサービス）	
※ 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	%

返還金の算 定方法	入居後 3 月以内の契約終了		
	入居後 3 月を超えた契約終了		
前払金の保 全先			
	1	全国有料老人ホーム協会以外の場合	
		名称	

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	8	人
	女性	10	人
年齢別	65歳未満	0	人
	65歳以上75歳未満	2	人
	75歳以上85歳未満	5	人
	85歳以上	11	人
要介護度別	自立	0	人
	要支援 1	1	人
	要支援 2	3	人
	要介護 1	2	人
	要介護 2	3	人
	要介護 3	3	人
	要介護 4	4	人
要介護 5	1	人	
入居期間別	6ヶ月未満	16	人
	6ヶ月以上1年未満	2	人
	1年以上5年未満	0	人
	5年以上10年未満	0	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	85	歳
入居者数の合計	18	人
入居率※	62	%

※ 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	0	人
	社会福祉施設	0	人
	医療機関	1	人
	死亡	2	人
	その他	0	人
生前解約の状況	施設側の申し出	0	人
		(解約事由の例)	
	入居者側の申し出	3	人
		(解約事由の例) ご逝去	

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	THE Classic Care Residence 弥富
電話番号	0567 - 69 - 8820
対応している時間	平日 9 時 0 分 ~ 17 時 0 分
	土曜 時 分 ~ 時 分
	日曜・祝日 時 分 ~ 時 分
定休日	土・日・祝・年末年始 (12/31~1/3)

窓口2										
窓口の名称		株式会社サンガジャパン西日本支社苦情受付窓口								
電話番号		075	-	256	-	8700				
対応している時間	平日	9	時	0	分	～	17	時	0	分
	土曜		時		分	～		時		分
	日曜・祝日		時		分	～		時		分
定休日		土・日・祝・年末年始（12/31～1/3）								
窓口3										
窓口の名称		弥富市役所民生部介護高齢課								
電話番号		0567	-	65	-	1111				
対応している時間	平日	8	時	30	分	～	17	時	15	分
	土曜		時		分	～		時		分
	日曜・祝日		時		分	～		時		分
定休日		土・日・祝・年末年始（12/31～1/3）								
窓口4										
窓口の名称		愛知県国民健康保険団体連合会介護福祉室苦情調査係								
電話番号		052	-	971	-	4165				
対応している時間	平日	9	時	0	分	～	17	時	0	分
	土曜		時		分	～		時		分
	日曜・祝日		時		分	～		時		分
定休日		土・日・祝・年末年始（12/31～1/3）								
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	あいおいニッセイ 同和損害保険株式会社 賠償責任保険
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	迅速な医療機関受診と身元引受人等への連絡および保険による補償（但し、該当する場合）
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	1 入居希望者に公開
財務諸表の要旨	1 入居希望者に公開
財務諸表の原本	3 公開していない

10 その他

運営懇談会	1 あり	
	1 ありの場合	
	(開催頻度) 年 1 回	
	2 なしの場合	
提携ホームへの移行 【表示事項】	1 代替措置ありの場合	
	(内容)	
	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	
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 ありの場合	
	提携ホーム名	
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 ありの場合	
	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	
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	
--	-------------------	--

備考

A large empty rectangular box with a black border, intended for preparation notes.



添付書類： 別添1（別の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 3

特定施設入居者生活介護（介護保険対象サービス利用料）

（1）家賃、共益費、管理費

介護度	要支援 1	要支援 2	要介護 1	要介護 2	要介護 3	要介護 4	要介護 5	内 容
家 賃	90,000 (1階道側・2階屋根側)		95,000 (1階庭側・2階道側)		100,000 (2階庭側)			ご契約頂いたお部屋の部屋代
共 益 費	41,000 円							建物の維持管理費
管 理 費	43,000 円 (税込)							専用居室及び共用部の水道光熱費
合 計 (1)	174,000 円		179,000 円		184,000 円			

※月の途中での入退居については、「家賃・共益費・管理費」共に日割り計算となります。

■ 日割計算式：1ヶ月30日として日割計算します

（2）介護サービス基本単位（料金）

介護度	要支援 1	要支援 2	要介護 1	要介護 2	要介護 3	要介護 4	要介護 5	備 考
基本単位 (1日)	183	313	542	609	679	744	813	1ヶ月（30日として算定）あたりの自己負担額の目安
(2)負担割合 1割	6,367 円	10,809 円	18,633 円	20,922 円	23,315 円	25,535 円	27,893 円	
(3)負担割合 2割	12,733 円	21,617 円	37,266 円	41,844 円	46,630 円	51,069 円	55,785 円	
(4)負担割合 3割	19,099 円	32,425 円	55,899 円	62,766 円	69,945 円	76,603 円	83,677 円	

■ 自己負担額(2)(3)(4)には、下記加算①～⑥（③を除く）を含みます。

①地域加算：弥富市＝6級地 1単位＝10,27円

②協力医療機関連携加算 100単位/月

③退院・退所時連携加算 医療提供施設から入居の場合に算定 入居日から30日間30単位/日加算

④退去時情報提供加算 250単位/月

⑤介護職員処遇改善加算(Ⅱ) 介護サービス基本単位に 12.2%加算

※自己負担額の計算式(30日で算定)

- ①総単位数(基本単価(1日)×30日+各種加算)×8.2%=1ヶ月の単位数(小数点第一位を四捨五入)
- ②総単位数(基本単価(1日)×30日+各種加算)×1.2%=1ヶ月の単位数(小数点第一位を四捨五入)
- ③総単位数(基本単価(1日)×30日+各種加算)×1.5%=1ヶ月の単位数(小数点第一位を四捨五入)
- ④上記①~③を合計した1ヶ月の単位数×10.27円=1ヶ月の介護報酬額(小数点第一位を切り捨て)
- ⑤上記②で得た1ヶ月の介護報酬額×90%or80%or70%=介護保険負担額(小数点第一位を切り捨て)
- ⑥上記④-上記⑤=自己負担額

(3) 食事代 (税別)

お食事代は、召し上がられた分のみの実費負担となります。

- ・朝食：600円・昼食：700円・夕食：700円
- ・おやつ：200円 [1日の金額：2,200円]

※一食当たり640円以下は軽減税率適応

1ヶ月あたりの目安 (30日として算定)	66,000円
-------------------------	----------------

(4) 医療費、おむつ代、消耗品等 実費

(5) 敷金 家賃0か月分

*退居時に全額返金いたします。但し、居室の原状回復費や残債務がある場合には、差引の上返金いたします。

当事業所は、重要事項説明書に基づいて、以下事業所サービスの内容及び重要事項の説明を
しました。

令和.....年.....月.....日

事業者

住所 埼玉県さいたま市大宮区桜木町一丁目 11 番 9 号
ニッセイ大宮桜木町ビル 8 階
事業者名 株式会社 サンガジャパン
代表者名 代表取締役 神成 裕介

事業所

住所 愛知県弥富市平島中 2 丁目 20 番
サービス 介護予防特定入居生活介護・特定入居者生活介護
事業所名 THE Classic Care Residence 弥富
事業所番号

説明者

氏名.....^印

私は、貴事業所を利用するに当たり、貴事業所サービスの内容及び重要事項の説明を受け、
内容について同意しました。

令和.....年.....月.....日

本人

住所.....

氏名.....^印

私は、利用と同様に説明を受け内容について同意しました。また本人の契約意思を確認し、
以下選択した立場として署名します。

署名者

住所.....

氏名.....^印

本人と関係.....

※署名者の該当する立場に○を付けてください。複数該当可。

署名代行者 ・ 法定代理人 ・ 任意代理人

署名代行の理由.....