

## 重要事項説明書

記入年月日	2021年7月1日
記入者名	石田 かおり
所属・職名	東川口やわらぎ苑 施設長

## 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 かわしまこーぽれーしょん 株式会社 川島コーポレーション	
主たる事務所の所在地	〒 292 - 1161 千葉県君津市東猪原248番地2	
連絡先	電話番号	0439-37-3600
	FAX番号	0439-37-3603
	ホームページアドレス	<a href="https://www.sunnylife-group.co.jp">https://www.sunnylife-group.co.jp</a>
代表者	氏名	川島 輝雄
	職名	代表取締役
設立年月日	昭和・平成 2 年 9 月 17 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) かいごつきゆうりょうろうじんほーむ ひがしかわぐちやわらぎえん 介護付き有料老人ホーム 東川口やわらぎ苑	
所在地	〒 333 - 0811 埼玉県川口市戸塚2-21-18	
主な利用交通手段	最寄駅	JR武蔵野線・埼玉高速鉄道 東川口駅
	交通手段と所要時間	東川口駅より 徒歩5分 (約 400m)
連絡先	電話番号	048-298-0027
	FAX番号	048-298-0041
	ホームページアドレス	<a href="https://www.sunnylife-group.co.jp">https://www.sunnylife-group.co.jp</a>
管理者	氏名	飯田 玉枝
	職名	施設長
建物の竣工日	昭和・平成 4 年 3 月 日	
有料老人ホーム事業の開始日	昭和・平成 22 年 7 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	1170204547
	指定した自治体名	埼玉県
	事業所の指定日	平成 22 年 7 月 1 日
	指定の更新日 (直近)	平成 28 年 7 月 1 日

3. 建物概要

土地	敷地面積	725.75 m <sup>2</sup>	
	所有関係	<input type="checkbox"/> 事業者が自ら所有する土地	
		<input type="checkbox"/> 事業者が賃借する土地	
		抵当権の有無	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
		契約期間	<input type="checkbox"/> あり ( 年 月 日 ~ 年 月 日 ) <input type="checkbox"/> なし
契約の自動更新	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし		
建物	延床面積	全体	1285.75 m <sup>2</sup>
		うち、老人ホーム部分	1285.75 m <sup>2</sup>
	耐火構造	<input checked="" type="checkbox"/> 耐火建築物	
		<input type="checkbox"/> 準耐火建築物	
		<input type="checkbox"/> その他( )	
	構造	<input checked="" type="checkbox"/> 鉄筋コンクリート造 地上3階建	
		<input type="checkbox"/> 鉄骨造	
		<input type="checkbox"/> 木造	
		<input type="checkbox"/> その他( )	
	所有関係	<input type="checkbox"/> 事業者が自ら所有する建物	
<input checked="" type="checkbox"/> 事業者が賃借する建物			
抵当権の有無		<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	
契約期間		<input checked="" type="checkbox"/> あり ( 2005年9月22日 ~ 2025年9月25日 ) <input type="checkbox"/> なし	
契約の自動更新		<input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	

居室の状況	居室区分	<input checked="" type="checkbox"/> 全室個室					
	【表示事項】	<input type="checkbox"/> 相部屋あり					
		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	<input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無	11.02	m <sup>2</sup>	39	介護居室個室
	タイプ2	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無		m <sup>2</sup>		
	タイプ3	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無		m <sup>2</sup>		
	タイプ4	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無		m <sup>2</sup>		
	タイプ5	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無		m <sup>2</sup>		
	タイプ6	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無		m <sup>2</sup>		
タイプ7	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無		m <sup>2</sup>			
タイプ8	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無		m <sup>2</sup>			
タイプ9	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無		m <sup>2</sup>			
タイプ10	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無		m <sup>2</sup>			
※ 「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」の別を記入。							
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			0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			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	<input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし						
入居者や家族が利用できる調理設備	<input type="checkbox"/> あり <input checked="" type="checkbox"/> なし						
エレベーター	<input checked="" type="checkbox"/> 車椅子対応 <input checked="" type="checkbox"/> ストレッチャー対応 <input type="checkbox"/> 上記以外 <input type="checkbox"/> なし						
消防用設備等	消火器	<input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし					
	自動火災報知設備	<input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし					
	火災通報設備	<input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし					
	スプリンクラー	<input type="checkbox"/> あり <input checked="" type="checkbox"/> なし					
	防火管理者	<input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし					
	防災計画	<input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 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	事業の実施に当たっては、利用者である要介護者等の意思及び人格を尊重し、常に利用者の立場に立ったサービスを提供する。看護職員及び介護職員等は、要介護者の心身の特性を踏まえて、能力に応じ自立した日常生活を営むことができるようサービス計画に基づき、入浴、排泄、食事等の介護、日常生活全般に渡る援助、機能訓練及び療養上の世話をを行い、地域との結び付を重視し、保健医療サービス及び福祉サービスを提供するものとの綿密な連携を図る。運営にあたっては、安定且つ継続的な事業運営に努める。		
サービスの提供内容に関する特色	少人数にこだわり一人ひとりに合わせたケアサポートで、おもてなしする気持ちを大切にしています。		
入浴、排せつ又は食事の介護	<input checked="" type="checkbox"/> 自ら実施	<input type="checkbox"/> 委託	<input type="checkbox"/> なし
食事の提供	<input checked="" type="checkbox"/> 自ら実施	<input type="checkbox"/> 委託	<input type="checkbox"/> なし
洗濯、掃除等の家事の供与	<input checked="" type="checkbox"/> 自ら実施	<input type="checkbox"/> 委託	<input type="checkbox"/> なし
健康管理の供与	<input checked="" type="checkbox"/> 自ら実施	<input type="checkbox"/> 委託	<input type="checkbox"/> なし
安否確認又は状況把握サービス	<input checked="" type="checkbox"/> 自ら実施	<input type="checkbox"/> 委託	<input type="checkbox"/> なし
生活相談サービス	<input checked="" type="checkbox"/> 自ら実施	<input type="checkbox"/> 委託	<input type="checkbox"/> 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	個別機能訓練加算	<input type="checkbox"/> あり	<input checked="" type="checkbox"/> なし	
	夜間看護体制加算	<input checked="" type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし	
	医療機関連携加算	<input checked="" type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし	
	看取り介護加算	<input checked="" type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし	
	若年性認知症入居者受入加算	<input type="checkbox"/> あり	<input checked="" type="checkbox"/> なし	
	口腔・栄養スクリーニング加算	<input checked="" type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし	
	退院退所時連携加算	<input checked="" type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし	
	口腔衛生管理体制加算	<input checked="" type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし	
	介護職員処遇改善加算(Ⅰ)	<input checked="" type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし	
	介護職員等特定処遇改善加算(Ⅱ)	<input checked="" type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし	
	入居継続支援加算	<input type="checkbox"/> あり	<input checked="" type="checkbox"/> なし	
	生活機能向上連携加算	<input type="checkbox"/> あり	<input checked="" type="checkbox"/> なし	
	認知症専門ケア加算	(Ⅰ)	<input type="checkbox"/> あり	<input checked="" type="checkbox"/> なし
		(Ⅱ)	<input type="checkbox"/> あり	<input checked="" type="checkbox"/> なし
	サービス提供体制強化加算	(Ⅰ)	<input type="checkbox"/> あり	<input checked="" type="checkbox"/> なし
(Ⅱ)		<input type="checkbox"/> あり	<input checked="" type="checkbox"/> なし	
(Ⅲ)		<input checked="" type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし	
人員配置が手厚い介護サービスの実施の有無	<input type="checkbox"/> あり (介護・看護職員の配置率 : 1)			
	<input checked="" type="checkbox"/> なし			

**(医療連携の内容)**

医療支援 ※ 複数選択可	<input checked="" type="checkbox"/> 救急車の手配 <input checked="" type="checkbox"/> 入退院の付き添い <input checked="" type="checkbox"/> 通院介助 <input type="checkbox"/> その他 ( )									
協力医療機関	1	<table border="1"> <tr> <td data-bbox="384 913 533 958">名称</td> <td data-bbox="533 913 1463 958">医療法人社団皆吉会 皆吉会川口駅前クリニック</td> </tr> <tr> <td data-bbox="384 958 533 1003">住所</td> <td data-bbox="533 958 1463 1003">川口市本町4-1-8 川口センタービル1F</td> </tr> <tr> <td data-bbox="384 1003 533 1048">診療科目</td> <td data-bbox="533 1003 1463 1048">内科</td> </tr> <tr> <td data-bbox="384 1048 533 1149">協力内容</td> <td data-bbox="533 1048 1463 1149">入居者の疾病への受診、治療、入院、医療情報提供、健康相談、看護の指導 日常の健康管理、訪問診療（週1回医師の来館）</td> </tr> </table>	名称	医療法人社団皆吉会 皆吉会川口駅前クリニック	住所	川口市本町4-1-8 川口センタービル1F	診療科目	内科	協力内容	入居者の疾病への受診、治療、入院、医療情報提供、健康相談、看護の指導 日常の健康管理、訪問診療（週1回医師の来館）
	名称	医療法人社団皆吉会 皆吉会川口駅前クリニック								
	住所	川口市本町4-1-8 川口センタービル1F								
	診療科目	内科								
	協力内容	入居者の疾病への受診、治療、入院、医療情報提供、健康相談、看護の指導 日常の健康管理、訪問診療（週1回医師の来館）								
	2	<table border="1"> <tr> <td data-bbox="384 1149 533 1227">名称</td> <td data-bbox="533 1149 1463 1227">①医療生協さいたま生活協同組合 埼玉協同病院 ②医療法人社団協友会 東川口病院 ③医療法人 安東病院 ④医療法人弘象会 東和病院</td> </tr> <tr> <td data-bbox="384 1227 533 1305">住所</td> <td data-bbox="533 1227 1463 1305">①川口市木曾呂1317 ②川口市東川口2-10-18 ③川口市芝3-7-12 ④さいたま市緑区東浦和7-6-1</td> </tr> <tr> <td data-bbox="384 1305 533 1384">診療科目</td> <td data-bbox="533 1305 1463 1384">①～④胃腸科・内科・循環器科・外科・整形外科・麻酔科・脳神経外科・泌尿器科・精神神経科・皮膚科・耳鼻咽喉科・眼科 他</td> </tr> <tr> <td data-bbox="384 1384 533 1451">協力内容</td> <td data-bbox="533 1384 1463 1451">①～④入居者の疾病への受診、治療、入院、医療情報提供、看護の指導、健康相談</td> </tr> </table>	名称	①医療生協さいたま生活協同組合 埼玉協同病院 ②医療法人社団協友会 東川口病院 ③医療法人 安東病院 ④医療法人弘象会 東和病院	住所	①川口市木曾呂1317 ②川口市東川口2-10-18 ③川口市芝3-7-12 ④さいたま市緑区東浦和7-6-1	診療科目	①～④胃腸科・内科・循環器科・外科・整形外科・麻酔科・脳神経外科・泌尿器科・精神神経科・皮膚科・耳鼻咽喉科・眼科 他	協力内容	①～④入居者の疾病への受診、治療、入院、医療情報提供、看護の指導、健康相談
	名称	①医療生協さいたま生活協同組合 埼玉協同病院 ②医療法人社団協友会 東川口病院 ③医療法人 安東病院 ④医療法人弘象会 東和病院								
	住所	①川口市木曾呂1317 ②川口市東川口2-10-18 ③川口市芝3-7-12 ④さいたま市緑区東浦和7-6-1								
診療科目	①～④胃腸科・内科・循環器科・外科・整形外科・麻酔科・脳神経外科・泌尿器科・精神神経科・皮膚科・耳鼻咽喉科・眼科 他									
協力内容	①～④入居者の疾病への受診、治療、入院、医療情報提供、看護の指導、健康相談									
協力歯科医療機関		<table border="1"> <tr> <td data-bbox="384 1451 533 1496">名称</td> <td data-bbox="533 1451 1463 1496">ひのき歯科</td> </tr> <tr> <td data-bbox="384 1496 533 1541">住所</td> <td data-bbox="533 1496 1463 1541">北区赤羽1-61-4</td> </tr> <tr> <td data-bbox="384 1541 533 1581">協力内容</td> <td data-bbox="533 1541 1463 1581">歯科／訪問歯科診療（週1回歯科医師の来館）</td> </tr> </table>	名称	ひのき歯科	住所	北区赤羽1-61-4	協力内容	歯科／訪問歯科診療（週1回歯科医師の来館）		
	名称	ひのき歯科								
	住所	北区赤羽1-61-4								
協力内容	歯科／訪問歯科診療（週1回歯科医師の来館）									

**(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	<input type="checkbox"/> 一時介護室へ移る場合 <input checked="" type="checkbox"/> 介護居室へ移る場合 <input type="checkbox"/> その他 ( )	
判断基準の内容	①入居者の健康管理上、居室の移動が必要と施設が認めた時は、医師に所見を求め、これをもとに一定の観察期間を設け、かつ入居者及び入居者の身元引受人の同意を得た場合。 ② 入居者が希望し、施設管理運営上又は入居者に介護サービスを提供する上で支障がないと施設が認める場合。	
手続きの内容	① 居室変更届を提出 ② 居室変更届を提出。なお、居室の移動に伴い、入居者は原状回復の義務を負うものとします。	
追加的費用の有無	<input type="checkbox"/> あり <input checked="" type="checkbox"/> なし	
居室利用権の取扱い	利用権の対象居室は住み替え後の居室に変更となります。	
前払金償却の調整の有無	<input type="checkbox"/> あり <input checked="" type="checkbox"/> なし	
従前の居室との仕様の変更	面積の増減	<input type="checkbox"/> あり <input checked="" type="checkbox"/> なし
	便所の変更	<input type="checkbox"/> あり <input checked="" type="checkbox"/> なし
	浴室の変更	<input type="checkbox"/> あり <input checked="" type="checkbox"/> なし
	洗面所の変更	<input type="checkbox"/> あり <input checked="" type="checkbox"/> なし
	台所の変更	<input type="checkbox"/> あり <input checked="" type="checkbox"/> なし
	その他の変更	<input type="checkbox"/> あり (変更内容) <input checked="" type="checkbox"/> なし

**(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 checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
	要支援の者	<input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
	要介護の者	<input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
留意事項	おおむね60歳以上ですが、感染症をお持ちの方は状態により入居をお断りすることがあります。また、介護認定対象外の方で介護を必要とする方も入居可能です。	
契約の解除の内容	○施設設置者からの解除 施設設置者は入居者が次の各号に該当し、且つその事がこの契約関係における相互の信頼関係を著しく害するものであると判断した場合には、施設設置者は書面にて入居者に対し90日間の予告期間を置いてこの契約を解除することができる。 ① 入居申し込みなどに虚偽の記載をし、不正に入居した時。 ② 施設、什器備品などを汚損、破損、滅失し、その後もその恐れがあり、且つ改善の見込みがない時。 ③ 管理費その他の費用の支払延滞を3カ月以上解消しない時。 この場合は、通知の翌日を起算日とした90日間の予告期間を設けないものとする。 ④ 入居契約、管理規程などに度々違反した時。 ⑤ 他の入居者、近隣などに騒音や奇声、重大な影響を及ぼす恐れがあるとき、又及ぼした時。 ○入居者からの契約解除 入居者が契約を解除する場合は14日間の予告期間をもって契約解除届を提出するものとし、予告期間満了日をもって契約は解除されたものとする。入居者は契約解除日までに居室を明け渡すものとする。	
事業主体から解約を求める場合	解約条項	上に記載
	解約予告期間	3 ヶ月
入居者からの解約予告期間	14 日	
体験入居の内容	<input checked="" type="checkbox"/> あり (内容： 最長1週間、1日13,200円×日数 ) <input type="checkbox"/> なし	
入居定員	39 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		1
生活相談員	1	1		1
直接処遇職員	21	20	1	20.3
介護職員	18	17	1	17.8
看護職員	3	3		2.5
機能訓練指導員	1	1		0.5
計画作成担当者	1	1		1
栄養士	0			
調理員	4	3	1	3.4
事務員	1	1		1
その他職員	1	1		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			
介護福祉士	6	5	1
実務者研修の修了者	2	2	
初任者研修の修了者	7	7	
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	1	1	
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( 18時30分～ 7時00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	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】	<input type="checkbox"/> 1.5 : 1 以上 <input type="checkbox"/> 2 : 1 以上 <input checked="" type="checkbox"/> 2.5 : 1 以上 <input type="checkbox"/> 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)	2.4 : 1
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	<input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし									
	業務に係る資格等	<input checked="" type="checkbox"/> あり (資格等の名称 : 介護福祉士・介護支援専門員 ) <input type="checkbox"/> 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	3			8	1						
前年度1年間の退職者数	2			3							
業務に従事した経験年数の に応じた職員の人数	1年未満	2		6	1			1			
	1年以上			1		1					
	3年未満										
	3年以上			4							
	5年未満										
	5年以上	1			3						
	10年未満										
10年以上				3						1	
従業者の健康診断の実施状況		<input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 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】	<input checked="" type="checkbox"/> 利用権方式 <input type="checkbox"/> 建物賃貸借方式 <input type="checkbox"/> 終身建物賃貸借方式		
利用料金の支払い方式 【表示事項】	<input type="checkbox"/> 全額前払い方式		
	<input type="checkbox"/> 一部前払い・一部月払い方式		
	<input checked="" type="checkbox"/> 月払い方式		
	<input type="checkbox"/> 選択方式 ※該当する方式を全て選択	<input type="checkbox"/> 全額前払い方式 <input type="checkbox"/> 一部前払い・一部月払い方式 <input type="checkbox"/> 月払い方式	
年齢に応じた金額設定	<input type="checkbox"/> あり <input checked="" type="checkbox"/> なし		
要介護状態に応じた金額設定	<input type="checkbox"/> あり <input checked="" type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 減額なし <input type="checkbox"/> 日割り計算で減額 <input checked="" type="checkbox"/> 不在期間が3日以上の場合に限り、日割り計算で減額（食費のうち食材費）		
利用料金の改定	条件	当施設が所在する都道府県に係る消費者物価指数及び人件費・物価の変動の状況による。	
	手続き	運営懇談会にて説明し意見を聞いて決定します。	

### (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	自立	要介護3	
	年齢	92 歳	79 歳	
居室の状況	床面積	11.02 m <sup>2</sup>	11.02 m <sup>2</sup>	
	便所	<input type="checkbox"/> あり <input checked="" type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input checked="" type="checkbox"/> なし	
	浴室	<input type="checkbox"/> あり <input checked="" type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input checked="" type="checkbox"/> なし	
	台所	<input type="checkbox"/> あり <input checked="" type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input checked="" type="checkbox"/> なし	
入居時点で必要な費用	前払金	0 円	円	
	敷金	0 円	円	
月額費用の合計		200,955 円	164,290 円	
家賃		85,000 円	85,000 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	43,465 円	43,465 円
		管理費	35,825 円	35,825 円
		介護費用	円	円
		光熱水費	円	円
		その他(生活サポート費)	36,665 円	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	建物貸主への賃借料、建物維持に係る費用等をベースに近隣家賃相場及び高齢者向け設計による機能性・利便性を勘案し算定。(非課税)
敷金	家賃の 〇ヶ月分
介護費用	※介護保険サービスの自己負担額は含まない
管理費	共用施設の保守・点検費、修理費、清掃費、衛生費等および管理部門の人件費、事務費により算定。
食費	1日3食分・おやつ等の食材の仕入原価(食材費)および厨房人件費・厨房設備費・諸経費(基本料金)により算定。食材費(782円×30日=23,460円)、基本料金(20,005円)
光熱水費	—
利用者の個別的な選択によるサービス利用料	別添2(介護サービス等の一覧表)サービスの原価と利用者の負担感とのバランス等を考慮しつつ低廉に設定。
その他のサービス利用料	生活サポート費(自立の場合のみ:36,665円):生活援助サービス提供に係る人件費及び事務費等により算定。

**(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	介護保険の基本報酬及び加算分に係る利用者負担
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)		〇ヶ月
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	<input type="checkbox"/> 連帯保証を行う銀行等	名称:
	<input type="checkbox"/> 信託契約を行う信託会社等	名称:
	<input type="checkbox"/> 保証保険を行う保険会社	名称:
	<input type="checkbox"/> 全国有料老人ホーム協会	
	<input type="checkbox"/> その他(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	14 人
	女性	23 人
年齢別	65歳未満	2 人
	65歳以上75歳未満	5 人
	75歳以上85歳未満	9 人
	85歳以上	21 人
要介護度別	自立	人
	要支援 1	人
	要支援 2	人
	要介護 1	1 人
	要介護 2	3 人
	要介護 3	3 人
	要介護 4	14 人
	要介護 5	16 人
入居期間別	6ヶ月未満	3 人
	6ヶ月以上1年未満	3 人
	1年以上5年未満	20 人
	5年以上10年未満	9 人
	10年以上15年未満	1 人
	15年以上	1 人

### (入居者の属性)

平均年齢	83.1 歳
入居者数の合計	37 人
入居率※	94.9 %
※ 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	0 人
	社会福祉施設	0 人
	医療機関	2 人
	死亡者	7 人
	その他	0 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) 医療機関の退院が不可の為		

## 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)※複数の窓口がある場合は欄を増やして記入すること。

窓口の名称		①東川口やわらぎ苑 生活相談員 ②サニーライフ東京事務所 お客様相談室
電話番号		①048-298-0027 ②0120-17-0036 (フリーダイヤル)
対応している時間	平日	①、②午前9:00～午後5:00
	土曜	①午前9:00～午後5:00
	日曜・祝日	①午前9:00～午後5:00
定休日		①なし ②土・日・祝日・年末年始
窓口の名称		埼玉県国民健康保険組合連合会 介護福祉課 苦情対応係
電話番号		048-824-2568
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・日・祝日・年末年始
窓口の名称		川口市福祉部介護保険課 事業者係
電話番号		048-259-7293
対応している時間	平日	8:30～17:15
	土曜	
	日曜・祝日	
定休日		土・日・祝日・年末年始

### (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"/> あり	(その内容) 損害保険ジャパン株式会社 ウォームハート・介護事業者向け賠償責任保険
	<input type="checkbox"/> 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"/> あり	(その内容) 介護サービス提供者にあたり、事故が発生し、入居者の生命・身体・財産に損害が発生した場合は、地震、津波等天災・戦争・暴動等によるもの、或は入居者の故意によるものを除いて速やかに損害保険等の手続きを行い誠実に対処する。ただし入居者に重大な過失がある場合には、賠償を減じることがあります。
	<input type="checkbox"/> なし	
事故対応及びその予防のための指針	<input checked="" type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> 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"/> あり	実施日	意見箱は、常時設置。
		結果の開示	<input type="checkbox"/> あり <input checked="" type="checkbox"/> なし
	<input type="checkbox"/> なし		
第三者による評価の実施状況	<input type="checkbox"/> あり	実施日	
		評価機関名称	
		結果の開示	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
	<input checked="" type="checkbox"/> 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	<input checked="" type="checkbox"/> 入居希望者に公開 <input type="checkbox"/> 入居希望者に交付 <input type="checkbox"/> 公開していない
管理規程	<input checked="" type="checkbox"/> 入居希望者に公開 <input type="checkbox"/> 入居希望者に交付 <input type="checkbox"/> 公開していない
事業収支計画書	<input type="checkbox"/> 入居希望者に公開 <input type="checkbox"/> 入居希望者に交付 <input checked="" type="checkbox"/> 公開していない
財務諸表の要旨	<input checked="" type="checkbox"/> 入居希望者に公開 <input type="checkbox"/> 入居希望者に交付 <input type="checkbox"/> 公開していない
財務諸表の原本	<input type="checkbox"/> 入居希望者に公開 <input type="checkbox"/> 入居希望者に交付 <input checked="" type="checkbox"/> 公開していない

### 10. その他

運営懇談会	<input checked="" type="checkbox"/> あり	(開催頻度) 年 2 回
	<input type="checkbox"/> なし	
	<input type="checkbox"/> 代替措置あり	(内容)
	<input type="checkbox"/> 代替措置なし	
提携ホームへの移行 【表示事項】	<input type="checkbox"/> あり (提携ホーム名: ) <input checked="" type="checkbox"/> 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 checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 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"/> あり <input checked="" type="checkbox"/> なし	
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	<input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	
合致しない事項がある 場合の内容	① 介護居室は個室とし、入居者一人当たりの有効な床面積は、13.2㎡以上とするべきところ、本件計画では11.02㎡である。 ② 介護居室のある区域の廊下は、片廊下1.8m以上とすべきところ、本件計画では1.2m～1.6mである。	
「6.既存建築物等の 活用の場合等の特例」 への適合性	<input type="checkbox"/> 適合している (代替措置) <input type="checkbox"/> 適合している (将来の改善計画) <input type="checkbox"/> 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	無し	
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）

契約の締結に当たり、利用料の詳細な支払方法を含め、本有料老人ホーム重要事項説明書により説明を行い、書面を交付いたしました。

年 月 日 説明者署名 \_\_\_\_\_

契約の締結に当たり、利用料の詳細な支払方法を含め、本有料老人ホーム重要事項説明書により説明を受け、その内容に同意し書面の交付を受けました。

年 月 日 署 名 \_\_\_\_\_

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

東川口YG

介護サービスの種類		事業所の名称		所在地
<b>&lt;居宅サービス&gt;</b>				
訪問介護	あり	なし		
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		
特定施設入居者生活介護	あり	なし	サニーライフ西川口	川口市西川口4-16-5
			サニーライフ川口赤井台	川口市大字赤井570
			サニーライフ東川口	川口市大字藤兵衛新田字中通168-1
福祉用具貸与	あり	なし		
特定福祉用具販売	あり	なし		
<b>&lt;地域密着型サービス&gt;</b>				
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		
地域密着型通所介護	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		
<b>&lt;居宅介護予防サービス&gt;</b>				
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	サニーライフ西川口	川口市西川口4-16-5
			サニーライフ川口赤井台	川口市大字赤井570
			サニーライフ東川口	川口市大字藤兵衛新田字中通168-1
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		
<b>&lt;地域密着型介護予防サービス&gt;</b>				
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		
介護予防認知症対応型共同生活介護	あり	なし		
介護予防支援	あり	なし		
<b>&lt;介護予防・日常生活支援総合事業&gt;</b>				
介護予防訪問介護相当サービス	あり	なし		
訪問型基準緩和サービス	あり	なし		
介護予防通所介護相当サービス	あり	なし		
通所型基準緩和サービス	あり	なし		

介護サービスの種類			事業所の名称	所在地
<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)		

H30/10改



## 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						<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 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)		包含※2	都度※2	料金※3	備 考
	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり				
介護サービス								
食事介助	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり				
排泄介助・おむつ交換	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり				
おむつ代			<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり				
入浴(一般浴)介助・清拭	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり				
特浴介助	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり				
身辺介助(移動・着替え等)	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり				
機能訓練	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり				
通院介助	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり				※付添いができる範囲を明確化すること
生活サービス								
居室清掃	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり				
リネン交換	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり				
日常の洗濯	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり				
居室配膳・下膳	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり				
入居者の嗜好に応じた特別な食事			<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり				
おやつ			<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり				
理美容師による理美容サービス			<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり				
買い物代行	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり				※利用できる範囲を明確化すること
役所手続き代行	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり				
金銭・貯金管理			<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり				
健康管理サービス								
定期健康診断			<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり				※回数(年〇回など)を明記すること
健康相談	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり				
生活指導・栄養指導	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり				
服薬支援	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり				
生活リズムの記録(排便・睡眠等)	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり				
入退院時・入院中のサービス								
移送サービス	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり				
入退院時の同行	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり				※付添いができる範囲を明確化すること
入院中の洗濯物交換・買い物	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり				
入院中の見舞い訪問	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり				

※1 利用者の所得等に応じて負担割合が変わる(1割～3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、月額サービス費用に包含される場合と、サービス利用の都度払いとなる場合、いずれかの欄に〇を記入する。

※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。

介護を行う場所	自立		要支護1・2要介護1.2		要介護3・4・5	
	一般居室		介護居室		介護居室	
	月額利用料に含むサービス	その都度徴収するサービス	介護保険給付金及び月額利用料に含むサービス	その都度徴収するサービス	介護保険給付金及び月額利用料に含むサービス	その都度徴収するサービス
【介護サービス】 ○巡回						
昼間9時～17時	要望時及び適宜対応	—	2時間毎巡回及び適宜対応	—	2時間毎巡回及び適宜対応	—
夜間17時～9時	要望時及び適宜対応	—	2時間毎巡回及び適宜対応	—	2時間毎巡回及び適宜対応	—
○食事介助(食堂)	配膳・下膳	—	配膳・下膳・食事毎見守り・一部介助	—	配膳・下膳・食事毎見守り・一部介助・全面介助	—
○食事介助(居室)	健康状態により居室配膳・下膳	左記以外1回520円	健康状態により居室配膳・下膳、食事毎見守り・一部介助	—	健康状態により居室配膳・下膳、食事毎見守り・全介助	—
○排泄						
排泄介助	—	—	トイレ又はポータブルトイレへの誘導・一部介助随時対応	—	トイレ又はポータブルトイレへの誘導・一部介助・全介助・随時対応	—
オムツ交換	—	—	一日6回程度及び随時対応	—	一日6回程度及び随時対応	—
オムツ代金	—	実費	—	実費	—	実費
○入浴等						
一般浴介助	週2回	—	週2回及び必要に応じ対応、更衣、洗身、洗髪一部介助又は全介助	—	週2回及び必要に応じ対応、更衣、洗身、洗髪一部介助又は全介助	—
特浴介助		—	週2回一部介助又は全面介助	—	週2回全面介助	—
清拭	健康状態により入浴が困難な場合、入浴日以外、週2回、必要に応じ対応	—	健康状態により入浴が困難な場合、入浴日以外、週2回、必要に応じ対応	—	健康状態により入浴が困難な場合、入浴日以外、週2回、必要に応じ対応	—

介護 No.2

○身辺介助						
体位交換	—		適宜対応	—	2時間毎に交換	—
居室からの誘導	必要に応じ対応	—	歩行介助、車いす誘導、移動時に適宜対応	—	歩行介助、車いす誘導、移動時に適宜対応	—
衣類の着脱	必要に応じ対応	—	起床時、就寝時、入浴時必要に応じ対応	—	起床時、就寝時、入浴時必要に応じ対応	—
身だしなみ	—	—	洗面、歯磨き、爪切り、入れ歯洗浄等適時対応	—	洗面、歯磨き、爪切り、入れ歯洗浄等適時対応	—
○機能訓練	必要に応じ機能訓練、身体状況に応じた指導	—	必要に応じ機能訓練、身体状況に応じた指導	—	週3回程度必要に応じ機能訓練、身体状況に応じた指導	—
○緊急時対応	24時間対応	—	24時間対応	—	24時間対応	—
ナースコール	必要に応じて24時間対応	—	必要に応じて24時間対応	—	必要に応じて24時間対応	—
随時の呼び出し	必要に応じて施行	—	必要に応じて施行	—	必要に応じて施行	—

介護を行う場所	自立 一般居室		要支援1・2 介護居室		要介護3・4・5 介護居室	
	月額利用料に含むサービス	その都度徴収するサービス	介護保険給付金及び月額利用料に含むサービス	その都度徴収するサービス	介護保険給付金及び月額利用料に含むサービス	その都度徴収するサービス
<b>【生活サービス】</b>						
○家事						
清掃	随時	汚染状況により実費徴収	随時	汚染状況により実費徴収	随時	汚染状況により実費徴収
洗濯	週2回 及び必要に応じ対応	—	週2回 及び必要に応じ対応	—	週2回 及び必要に応じ対応	—
シーツ交換	週2回 及び必要に応じ対応	—	週2回 及び必要に応じ対応	汚染状況により実費徴収	週2回 及び必要に応じ対応	汚染状況により実費徴収
クリーニング	取次ぎ	実費	取次ぎ	実費	取次ぎ	実費
○居室内配膳 下膳	状態に応じて施行	—	状態に応じて施行	—	状態に応じて施行及び食事毎	—
○理容・美容	要望時	実費	要望時	実費	要望時	実費
○代行						
買物	週1回 (月)	特別代行 (30分520円)	週1回 (月)	特別代行 (30分520円)	週1回 (月)	特別代行 (30分520円)
官公庁手続き	適時	特別代行 (30分520円)	適時	特別代行 (30分520円)	適時	特別代行 (30分520円)
郵便・宅配取次	適時		適時		適時	
<b>【健康管理サービス】</b>						
○健康診断	—	年2回実費	—	年2回実費	—	年2回実費
○健康相談	週1回・随時	—	週1回・随時	—	週1回・随時	—
○生活指導	随時	—	随時	—	随時	—
○医療介助 薬品投与、管理	随時	—	随時	—	随時	—
体温・血圧・脈拍	1日1回 又に必要なに応じ	—	1日1回 又に必要なに応じ	—	1日1回 又に必要なに応じ	—

○医師の往診	必要に応じて 施行	医療保険制度 で支給される 以外の費用	必要に応じて 施行	医療保険制度 で支給される 以外の費用	必要に応じて 施行	医療保険制度 で支給される 以外の費用
<b>【入院・退院時・通院】</b>						
○通院時の準備と付添	協力医療機関へは適時対応	協力病院以外30分520円	協力医療機関へは適時対応	協力病院以外30分520円	協力医療機関へは適時対応	協力病院以外30分520円
○入院・退院時の準備と付添	協力医療機関へは適時対応	協力病院以外30分520円	協力医療機関へは適時対応	協力病院以外30分520円	協力医療機関へは適時対応	協力病院以外30分520円
○入院中の見舞い	協力医療機関は週1回又適宜対応	協力病院以外30分520円	協力医療機関は週1回又適宜対応	協力病院以外30分520円	協力医療機関は週1回又適宜対応	協力病院以外30分520円
○医療費		医療保険制度で支給される以外の費用		医療保険制度で支給される以外の費用		医療保険制度で支給される以外の費用
<b>【その他のサービス】</b>						
○レクリエーション	週2回・随時	材料費実費負担	週2回・随時	材料費実費負担	週2回・随時	材料費実費負担
○クラブ活動	選択制	材料費実費負担	選択制	材料費実費負担	選択制	材料費実費負担
○生活預り金事務手数料		月550円		月550円		月550円

R1.9.24(10%)