

「指定（介護予防）特定施設入居者生活介護」重要事項説明書

ふれあいの里 ^か華 ^{のん}音

当施設は介護保険の指定を受けています。

（第0172904757号）

当事業所はご契約者に対して指定（介護予防）特定施設入居者生活介護サービスを提供します。事業所の概要や提供されるサービスの内容、契約上ご注意いただきたいことを次の通り説明します。

※ 当サービスの利用は、原則として要介護認定の結果「要支援」「要介護」と認定された方が対象となります。要介護認定をまだ受けていない方でもサービスの利用は可能です。

◆◆目次◆◆

1. 施設経営法人
2. ご利用施設
3. 居室の概要
4. 職員の配置状況
5. 当施設が提供するサービスと利用料金
6. 苦情の受付について
7. 重要事項説明書付属文書

1. 施設経営法人

- | | |
|----------|-------------------------------|
| （１）法人名 | 日総ふれあいケアサービス株式会社 |
| （２）法人所在地 | 札幌市白石区菊水元町６条１丁目１番２７号 |
| （３）電話番号 | 011-598-7277 FAX 011-598-7278 |
| （４）代表者氏名 | 代表取締役 平 井 麻 梨 英 |
| （５）設立年月 | 平成 24 年 4 月 17 日 |

2. ご利用施設

- (1) 施設の種類 指定（介護予防）特定施設入居者生活介護
平成 24 年 7 月 1 日 指定第 0172904757 号
- (2) 施設の目的 サービス付き高齢者向け住宅
- (3) 施設の名称 ふれあいの里 華 音
- (4) 施設の所在地 旭川市四条通 17 丁目 1481-1
- (5) 電話番号 0166-23-3040 FAX0166-23-7077
- (6) 管理者氏名 増田 恵（施設長）
- (7) 当施設の運営方針 運営規程に定める。
- (8) 開設年月 平成 24 年 7 月 1 日
- (9) 入所定員 53 人

3. 居室の概要

(1) 居室等の概要

当施設では以下の居室をご用意しています。入居される居室は、全て個室になっております。各居室は、ご契約者の心身状況及びあき状況を考慮し決定若しくは変更する場合があります。その際には、ご契約者やご家族等と協議のうえ決定するものとします。

居室・設備の種類	室数	備考
個室（1 人部屋）	53 室	トイレ 洗面台 照明器具 収納設備
		スプリンクラー 緊急通報装置
合 計	53 室	
スタッフステーション	3 室	各階
談 話 室	1 室	2 階
食 堂	3 室	各階
浴 室	4 室	中浴室 1、個浴室 3（各階）

当施設では、居室以外に以下の施設・設備をご利用いただくことができます。

(2) 利用に当たって別途利用料金をご負担いただく施設・設備

洗 濯 室	1 階～3 階 各 1 ヲ所	洗濯機使用料月額 500 円（税別） 洗濯を施設に依頼する場合 1 回 500 円（税別）
-------	-------------------	--

※上記は、介護保険の給付対象とならないため、ご利用の際は、ご契約者に別途利用料金をご負担いただきます。

4. 職員の配置状況

当施設では、ご契約者に対して指定（介護予防）特定施設入所者生活介護サービスを提供する職員として、以下の職種の職員を配置しています。

＜主な職員の配置状況＞※職員の配置については、指定基準を遵守しています。

職 種	常勤換算	指定基準
1. 施設長	1 名	1 名
2. 介護職員	15 名	11 名
3. 生活相談員	1 名	1 名
4. 看護職員	2 名	2 名
5. 機能訓練指導員	0.5 名	0.5 名
6. 計画作成担当者	1 名	1 名

※常勤換算：職員それぞれの週あたりの勤務延時間数の総数を当施設における常勤職員の所定勤務時間数（例：週 40 時間）で除した数です。
（例）週 8 時間勤務の介護職員が 5 名いる場合、常勤換算では、1 名（8 時間×5 名÷40 時間＝1 名）となります。

＜主な職種の勤務体制＞

職 種	勤 務 体 制
1. 介護職員	標準的な時間帯における最低配置人員 早番： 7：00 ～ 16：00 1 名 日勤： 8：30 ～ 17：30 2 名 遅番：10：30 ～ 19：30 2 名 夜間：16：15 ～ 翌 9：45 2 名
2. 看護職員	標準的な時間帯における最低配置人員 日中： 8：30 ～ 17：30 1 名
3. 機能訓練指導員	標準的な時間帯における最低配置人員 日中： 8：30 ～ 17：30 1 名

※土・日曜日は上記と異なります。

5. 当施設が提供するサービスと利用料金

当施設では、ご契約者に対して以下のサービスを提供します。

当施設が提供するサービスについて、下記場合があります。

- | |
|---|
| (1) 利用料金が介護保険から給付される場合
(2) 利用料金の全額をご契約者に負担いただく場合 |
|---|

(1) 介護保険の給付の対象となるサービス（契約書第 4 条参照）

以下のサービスについては、利用料金の大部分（通常 9 割）が介護保険から給付されます。

＜サービスの概要＞

① 入浴

- ・入浴又は清拭を週2回行います。

②排泄

- ・排泄の自立を促すため、ご契約者の身体能力を最大限活用した援助を行います。

③機能訓練

- ・機能訓練指導員により、ご契約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その他自立への支援

- ・契約者の自立支援のため離床して食堂にて食事をとっていただくことを原則としています。
- ・寝たきり防止のため、できるかぎ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。
- ・ご契約者の心身の状況に応じて、状況把握・生活相談を行います。

＜サービス利用料金(1日あたり)＞（契約書第7条参照）

下記の料金表によって、ご契約者の要介護度に応じたサービス利用料金から介護保険給付費額を除いた金額（自己負担額）をお支払い下さい。

（下記サービスの利用料金は、ご契約者の要介護度に応じて異なります。）

※2割負担の方は表記の金額の2倍になります。

※3割負担の方は表記の金額の3倍になります。

1. ご契約者の要介護度とサービス利用料金	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
	1,830 円	3,130 円	5,420 円	6,090 円	6,790 円	7,440 円	8,130 円
2. うち、介護保険から給付される金額	1,647 円	2,817 円	4,878 円	5,481 円	6,111 円	6,696 円	7,317 円
3. サービス利用に係る自己負担額	183 円	313 円	542 円	609 円	679 円	744 円	813 円

加 算（規定の人員配置、体制を満たしサービスを行なった場合により加算されます）。

※2 割負担の方は表記の金額の 2 倍になります。

※3 割負担の方は表記の金額の 3 倍になります。

個別機能訓練加算（Ⅰ） （1 日につき）	サービス料金 120 円	介護保険給付額 108 円	自己負担額 12 円
個別機能訓練加算（Ⅱ） （1 か月につき）	サービス料金 200 円	介護保険給付額 180 円	自己負担額 20 円
夜間看護体制加算（Ⅱ）（1 日 につき）※ 1	サービス料金 90 円	介護保険給付額 81 円	自己負担額 9 円
介護職員等処遇改善加算（Ⅰ） （1 か月につき）	サービス料金 介護職員等の処遇改善として、介 護報酬に 12.8% を乗じた額。	介護保険給付額 左記サービス料 金の 9 割	自己負担額 左記サービ ス料金の 1 割
介護職員等処遇改善加算（Ⅱ） （1 か月につき）	サービス料金 介護職員等の処遇改善として、介 護報酬に 12.2% を乗じた額。	介護保険給付額 左記サービス料 金の 9 割	自己負担額 左記サービ ス料金の 1 割
サービス提供体制強化加算 （Ⅰ）（1 日につき）	サービス料金 220 円	介護保険給付額 198 円	自己負担額 22 円
サービス提供体制強化加算 （Ⅱ）（1 日につき）	サービス料金 180 円	介護保険給付額 162 円	自己負担額 18 円
サービス提供体制強化加算 （Ⅲ）（1 日につき）	サービス料金 60 円	介護保険給付額 54 円	自己負担額 6 円
認知症専門ケア加算（Ⅰ）	サービス料金 30 円	介護保険給付額 27 円	自己負担額 3 円
認知症専門ケア加算（Ⅱ）	サービス料金 40 円	介護保険給付額 36 円	自己負担額 4 円
若年性認知症 入居者受入加算 （1 日につき）	サービス料金 1,200 円	介護保険給付額 1,080 円	自己負担額 120 円
口腔・栄養スクリーニング 加算（1 回につき・6 月に 1 回 を限度）	サービス料金 200 円	介護保険給付額 180 円	自己負担額 20 円
科学的介護推進体制加算 （1 か月につき）	サービス料金 400 円	介護保険給付額 360 円	自己負担額 40 円
ADL 維持加算（Ⅰ） （1 か月につき）	サービス料金 300 円	介護保険給付額 270 円	自己負担額 30 円
ADL 維持加算（Ⅱ） （1 か月につき）	サービス料金 600 円	介護保険給付額 540 円	自己負担額 60 円
生活機能向上連携加算（Ⅰ）（1 か月につき・3 月に 1 回を限 度）	サービス料金 1,000 円	介護保険給付額 900 円	自己負担額 100 円
生活機能向上連携加算 （Ⅱ）（1 か月につき）	サービス料金 2,000 円	介護保険給付額 1,800 円	自己負担額 200 円

生産性向上推進体制加算（Ⅱ）	サービス料金 1 0 0 円	介護保険給付額 9 0 円	自己負担額 1 0 円
協力医療機関連携加算（１）（１か月につき）	サービス料金 1, 0 0 0 円	介護保険給付額 9 0 0 円	自己負担額 1 0 0 円
協力医療機関連携加算（２）（１か月につき）	サービス料金 4 0 0 円	介護保険給付額 3 6 0 円	自己負担額 4 0 円
退居時情報提供加算 （１回につき）	サービス料金 2, 5 0 0 円	介護保険給付額 2, 2 5 0 円	自己負担額 2 5 0 円
退院・退所時連携加算 （１日につき）	サービス料金 300 円 （入居・再入居から 30 日以内に 限る）	介護保険給付額 270 円	自己負担額 30 円
高齢者施設等感染対策向上加算（Ⅱ） （１か月につき）	サービス料金 5 0 円	介護保険給付額 4 5 円	自己負担額 5 円
新興感染症等施設療養費 （１日につき）	サービス料金 2, 4 0 0 円	介護保険給付額 2, 1 6 0 円	自己負担額 2 4 0 円

※１ 介護予防特定施設入居者生活介護には、夜間看護体制加算はありません。

※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。

（２）介護保険の給付対象とならないサービス（契約書第 5 条、第 7 条参照）

以下のサービスは、利用料金の全額がご契約者の負担となります。

＜外部サービスの概要と利用料金例＞

①理髪・美容

〔理髪サービス〕

理容師の出張による理髪サービス（調髪、顔剃、洗髪）をご利用いただけます。

利用料金：１回あたり 1, 500 円～2, 000 円（実費）

〔美容サービス〕

美容師の出張による美容サービス（調髪、パーマ、洗髪）をご利用いただけます。

利用料金：１回あたり 2, 000 円（パーマご利用の場合は 4, 500 円～）（実費）

②レクリエーション、クラブ活動

ご契約者の希望によりレクリエーションやクラブ活動に参加していただくことができます。

利用料金：材料代等の実費をいただきます。

③複写物（コピー）の交付

ご契約者は、サービス提供についての記録をいつでも閲覧できますが、複写物を必要とする場合には実費をご負担いただきます。

1 枚につき 10 円

④日常生活上必要となる諸費用実費

日常生活品の購入代金等ご契約者の日常生活に要する費用で、ご契約者に負担いただくことが適当であるものにかかる費用を、負担いただきます。

個人の嗜好品、医療機関の受診料など。

※経済状況の著しい変化その他やむを得ない事由がある場合、相当な額に変更することがあります。その場合、事前に変更の内容と変更する事由について、変更を行う 2 か月前までにご説明します。

（3）利用料金のお支払い方法（契約書第 7 条参照）

前記（1）、（2）の料金・費用は、1 か月ごとに計算し、ご請求いたします。原則翌々月 5 日までに、以下のいずれかの方法でお支払い下さい。（1 か月に満たない期間のサービスに関する利用料金は、利用日数に基づいて計算した金額とします。）

支払方法	自動振替	賃料・その他の料金は 1 か月ごとに計算し、原則翌月 27 日または翌々月 5 日に口座振替で支払うものとし、やむを得ず振込の場合は、翌々月 2 日までに支払うものとします。
	振 込	振込先金融機関名：北洋銀行 豊平支店 預 金：普 通 口 座 番 号：3 2 2 4 8 9 9 口 座 名 義：日総ふれあいケアサービス株式会社 ※振込者名の前に「華音」とご記入ください。 例⇒ 華音 山田 太郎 ※振込手数料は振込者様のご負担となります。

（4）介護の場所（契約書第 6 条参照）

ご契約者にとって適切なサービスを提供するために必要な場合には、ご契約者に対して、その居室において、サービスを提供します。その必要性の判断は、ご契約者の意思を確認し、ご契約者の主治医もしくは協力医療機関の医師の意見を聞いて行うこととします。

(5) 入所中の医療の提供について

医療を必要とする場合は、ご契約者の希望により、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。(但し、下記医療機関での優先的な診療・入院治療 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・入院治療を義務づけるものでもありません。)

協力医療機関

医療機関の名称	医療法人フクダ フクダクリニック
所在地	071-8135 北海道 旭川市末広五条 7-1-1
診療科	内科 / 消化器科 / リハビリテーション科 / 麻酔科

6. 苦情の受付について（契約書第 19 条参照）

(1) 当施設における苦情の受付

当施設における苦情やご相談は以下の専用窓口で受け付けます。

○苦情受付窓口《事業所》生活相談員・施設長

《運営法人》日総ふれあいケアサービス(株)苦情受付担当者

電話番号 011-598-7277 FAX 011-598-7278

○受付時間 《事業所》毎週月曜日～日曜日 8:30～17:30

《運営法人》毎週月曜日～金曜日 9:00～17:30

(2) 行政機関その他苦情受付機関

旭川市 保健福祉部介護高齢課	所在地 旭川市 6 条通 9 丁目 電話番号 0166-25-5273 F A X 0166-29-6404 受付時間 9:00～17:00
国民健康保険団体連合会	所在地 札幌市中央区南 2 条西 14 丁目 国保会館 電話番号 011-231-5175 F A X 011-233-2178 受付時間 9:00～17:00
北海道保健福祉部 福祉局介護保険課 保険運営グループ	所在地 札幌市中央区北 3 条西 6 丁目 電話番号 011-231-4111 F A X 011-232-1097 内線 25-911 25-922 受付時間 9:00～17:00

令和 年 月 日

指定（介護予防）特定施設入所者生活介護サービスの提供の開始に際し、本書面に基
づき重要事項の説明を行いました。

説明者職名 _____ 氏名 _____ 印

私は、本書面に基づいて事業者から重要事項の説明を受け、指定（介護予防）特定施
設入居者生活介護サービスの提供開始に同意しました。

ご契約者様 _____ 印

代筆者 _____
（上記ご契約者様欄に代筆された場合のみ記入）

連帯保証人 _____ 印
（ご契約者様とのご関係： _____ ）

身元引受人 _____ 印
（ご契約者様とのご関係： _____ ）

<重要事項説明書付属文書>

1. 施設の概要

- (1) 建物の構造 鉄筋コンクリート造 地上3階 耐火建築物
- (2) 建物の延べ床面積 2073.60 m²
- (4) 施設の周辺環境 J R旭川4条駅（徒歩3分）各医療機関へ1分～5分

2. 職員の配置状況

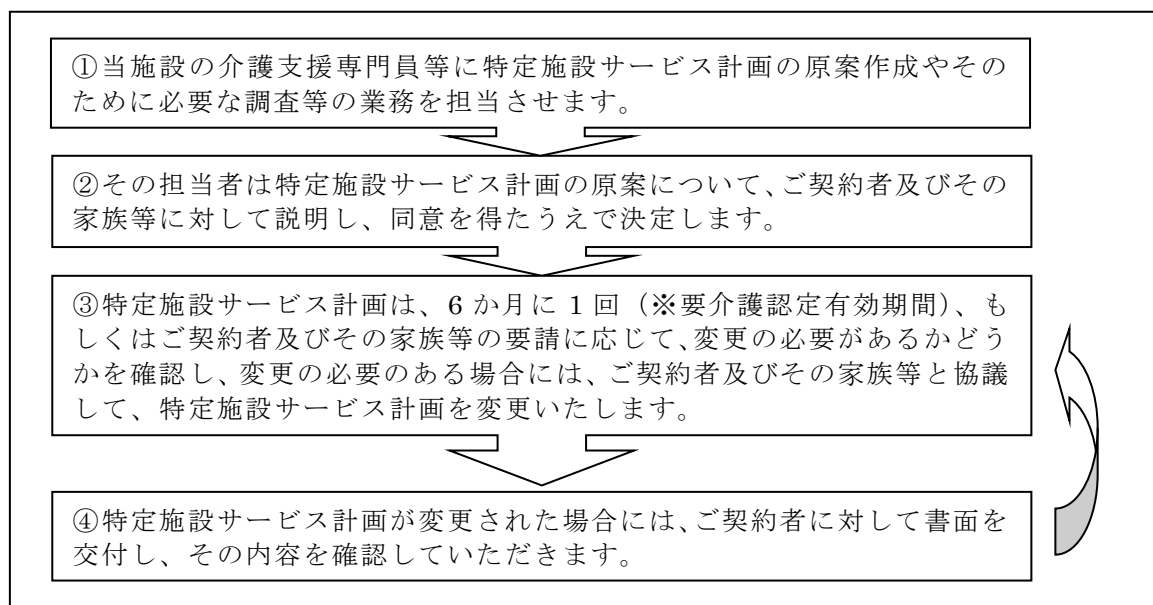
<配置職員の職種>

管 理 者	ご契約者の日常生活上全般の管理を行います。
計画作成担当者	ご契約者の特定施設サービス計画書（ケアプラン）を作成し、日常生活上全般を支援させていただきます。
介 護 職 員	ご契約者の日常生活上の介護並びに健康保持のための相談・助言等を行います。3名の要介護者・10名の要支援者に対して1名の介護職員を配置しています。
生 活 相 談 員	ご契約者の日常生活上の相談に応じ、適宜生活支援を行います。
看 護 職 員	主にご契約者の健康管理や療養上の世話をしますが、日常生活上の介護、介助等も行います。
機能訓練指導員	ご契約者の機能訓練を担当します。

3. 契約締結からサービス提供までの流れ

ご契約者に対する具体的なサービス内容やサービス提供方針については、入居後作成する「(介護予防) 特定施設サービス計画（ケアプラン）」に定めます。

「特定施設サービス計画（ケアプラン）」の作成及びその変更は次の通り行います。（契約書第3条参照）



4. サービス提供における事業者の義務（契約書第9条、第10条参照）

当施設では、ご契約者に対してサービスを提供するにあたって、次のことを守ります。

- ①ご契約者の生命、身体、財産の安全・確保に配慮します。
- ②ご契約者の体調、健康状態からみて必要な場合には、医師又は看護職員と連携のうえ、ご契約者から聴取、確認します。
- ③ご契約者が受けている要介護認定の有効期間の満了日の30日前までに、要介護認定の更新の申請のために必要な援助を行います。
- ④ご契約者に提供したサービスについて記録を作成し、5年間保管するとともに、ご契約者又は代理人の請求に応じて閲覧させ、複写物を交付します。
- ⑤ご契約者に対する身体的拘束その他行動を制限する行為を行いません。
ただし、ご契約者又は他の利用者等の生命、身体を保護するために緊急やむを得ない場合には、記録を記載するなど、適正な手続きにより身体等を拘束する場合があります。
- ⑥事業者及びサービス従事者又は従業員は、サービスを提供するにあたって知り得たご契約者又はご家族等に関する事項を正当な理由なく、第三者に漏洩しません。（守秘義務）
ただし、ご契約者に緊急な医療上の必要性がある場合には、医療機関等にご契約者の心身等の情報を提供いたします。

5. 損害賠償について（契約書第11条、第12条参照）

当施設において、事業者の責任によりご契約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。ただし、その損害の発生について、契約者に故意又は過失が認められる場合には、ご契約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、事業者の損害賠償責任を減じる場合があります。

6. サービス利用をやめる場合（契約の終了について）

契約の有効期間は、契約締結の日からご契約者の要介護認定の有効期間満了日までですが、契約期間満了の30日前までにご契約者から契約終了の申し入れがない場合には、契約は更に同じ条件で更新され、以後も同様となります。契約期間中は、以下のような事由がない限り、継続してサービスを利用することができます。（契約書第14条参照）

- ①ご契約者が死亡した場合
- ②施設への入居契約が終了した場合
- ③事業者が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
- ④施設の滅失や重大な毀損により、ご契約者に対するサービスの提供が不可能になった場合
- ⑤当施設が介護保険の指定を取り消された場合又は指定を辞退した場合
- ⑥ご契約者から解約又は契約解除の申し出があった場合（詳細は以下をご参照下さい。）
- ⑦事業者から契約解除を申し出た場合（詳細は以下をご参照ください。）

⑧事業者またはご契約者・署名代行者・身元引受人・連帯保証人のいずれかが、第 25 条の確約に反する事実が判明した場合

(1) ご契約者からの解約・契約解除の申し出（契約書第 15 条、第 16 条参照）

契約の有効期間であっても、ご契約者から入所契約を解約することができます。その場合には、契約終了を希望する日の 30 日前までに解約届出書をご提出ください。ただし、以下の場合には、即時に契約を解約・解除することができます。

- ①介護保険給付対象外サービスの利用料金の変更に同意できない場合
- ②事業者もしくはサービス従事者が正当な理由なく本契約に定める（介護予防）特定施設入所者生活介護サービスを実施しない場合
- ③事業者もしくはサービス従事者が守秘義務に違反した場合
- ④事業者もしくはサービス従事者が故意又は過失によりご契約者の身体・財物・信用等を傷つけ、又は著しい不信行為、その他本契約を継続しがたい重大な事情が認められる場合
- ⑤他の利用者がご契約者の身体・財物・信用等を傷つけた場合もしくは傷つける恐れがある場合において、事業者が適切な対応をとらない場合
- ⑥契約書第 25 条（反社会的勢力の排除の確認）の確約に反する事実が判明した場合、又は事業者が反社会的勢力に該当した場合

(2) 事業者からの契約解除の申し出（契約書第 17 条参照）

以下の事項に該当する場合には、本契約を解除させていただくことがあります。

- ①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
- ②ご契約者による、サービス利用料金の支払いが 3 か月以上遅延し、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
- ③ご契約者が、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うことなどによって、本契約を継続しがたい重大な事情を生じさせた場合
- ④契約書第 25 条（反社会的勢力の排除の確認）の確約に反する事実が判明した場合、又は契約者が反社会的勢力に該当した場合

(3) 契約の終了に伴う援助（契約書第 14 条参照）

契約が終了する場合には、事業者はご契約者の心身の状況、置かれている環境等を勘案し、必要な援助を行うよう努めます。

7. その他費用負担

食 費	1 日のうち、(朝食・昼食・夕食) いずれかの 1 食を利用 546 円、(朝食・昼食・夕食) いずれかの 2 食を利用 1,099 円、3 食すべてを利用 1,550 円 治療食 1 食あたりに加算、1 食あたり 54 円 ※生活保護受給者は 1 日のうち、1 食 516 円、2 食 1,034 円、3 食 1,450 円とする。 ※治療食は別紙治療食確認書に医療機関の医師又は、栄養士により記入押印されたものを提出の場合に限ります。	日額 1,550 円
買い物代行	買い物にかかる費用 (週 1 回指定店に限る。)	実費
買い物外出介護	買い物にかかる費用 (月 1 回指定店に限る。)	実費
洗 濯	自分で洗濯を行う方についての洗濯機使用料	1 か月 500 円 ※別途消費税
	施設に洗濯を依頼する方についての費用	1 回 500 円 ※別途消費税
交通機関利用時	外出・病院受診時のタクシー及び公共交通機関の利用	実費
通院同行介助	協力病院	無料
	協力病院外 ※最初の 1 時間を過ぎた場合 30 分毎に 500 円加算	1 時間 1,000 円 ※別途消費税
往 診	内科・皮膚科・歯科等の訪問診療にかかる費用	実費
定期健康診断	年 2 回実施	実費
入退院同行	協力病院	無料
	協力病院外 ※最初の 1 時間を過ぎた場合 30 分毎に 500 円加算	1 時間 1,000 円 ※別途消費税
入院時の洗濯	※ただし、洗濯機使用料を納入している方は無料	1 か月 1,000 円 ※別途消費税
寝 具		1 か月 1,800 円 ※別途消費税
シーツ・包布	シーツ・包布・枕カバー・バスタオル	1 か月 1,500 円 ※別途消費税
寝 台	電動ベッド・マットレス・ベッド柵	実費
理 美 容	髭剃り・カット・パーマ・髪染め等	実費
紙おむつ		実費
ティッシュ及び トイレットペーパー		実費
生活援助	その他、個別的な希望に対しての支援。 ※最初の 1 時間を過ぎた場合 30 分毎に 500 円加算	1 時間 1,000 円 ※別途消費税

8. 施設利用にあたっての留意事項

来訪・面会	来訪・面会は原則として自由とさせていただきますが、必ず職員にお声かけ下さい。防犯上1階玄関を施錠させていただきますので、インターホンでお知らせ下さい。
居室・設備・器具の利用	施設内の居室や設備、器具は本来の用法にしたがってご利用願います。これに反したご利用により破損等が生じた場合、賠償して頂く場合があります。
喫煙	防火管理上、喫煙は決められた場所以外では固くお断りします。
迷惑行為等	騒音等他の入居者の迷惑になる行為はご遠慮願います。また、むやみに他の入居者の居室等に立ち入らないようにしてください。
所持品の管理	自己管理して頂きます。
現金等の管理	現金等は原則利用者ご本人またはご家族に管理して頂きますが、5,000円を超える多額の現金等の持ち込みはご遠慮願います。施設における紛失・盗難・その他金銭トラブルについては、当施設は一切の責任を負いかねます。 なお、自己管理が困難な方もしくは特別な事情がある方の通院・日用品費等の為の少額の金銭については、施設として一時立替をさせて頂き、当月の請求書に詳細を明記し、利用料と併せてお支払い頂きます。
宗教活動・政治活動	施設内で他の入居者に対する宗教活動および政治活動はご遠慮頂きます。
ペットの飼育	施設内へのペットの持ち込みおよび飼育はご遠慮頂きます。
NHKとのお手続き	居室にTVを設置する際は、ご自身でNHKとの放送受信契約の手続きが必要です。 【お問合せ先】 NHKふれあいセンター（ナビダイヤル） 0570-077-077

※上記の記載内容は令和3年4月1日より改定し運用する。

※上記の記載内容は令和4年10月1日より改定し運用する。

※上記の記載内容は令和5年8月1日より改定し運用する。

※上記の記載内容は令和6年1月1日より改定し運用する。

※上記の記載内容は令和6年4月1日より改定し運用する。

※上記の記載内容は令和6年6月1日より改定し運用する。

※上記の記載内容は令和6年12月1日より改定し運用する。