

グループホーム つつじ苑

重 要 事 項 説 明 書

利用者名 _____ 様

「グループホームつつじ苑」 重要事項説明書

当事業所は、契約者に対して「(介護予防)認知症対応型共同生活介護サービス」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。

◆◆目次◆◆

1. 経営法人.....	2
2. 運営方針.....	2
3. 事業所概要.....	2
4. 居室・設備の概要.....	2
5. 職員体制.....	3
6. 施設利用対象者.....	3
7. サービスの提供にあたって.....	3
8. サービス内容.....	4
9. サービス利用上の留意事項.....	4
10. サービス提供の記録の整備.....	5
11. 利用者負担金.....	5
12. 利用料の請求及び支払い方法.....	6
13. 衛生管理.....	6
14. 非常災害対策.....	6
15. 事故発生時の対応.....	7
16. 虐待の防止.....	7
17. 身体拘束.....	7
18. 短期利用共同生活介護.....	7
19. 苦情相談機関.....	8
20. 秘密の保持・個人情報の保護.....	8
21. 緊急時の対応.....	9
22. 協力医療機関.....	9
23. 重要事項説明の年月日.....	10
(別紙1)「苦情窓口」の設置について.....	11
(別紙2) 個人情報保護方針.....	12
(別紙3) 個人情報使用(開示)同意書.....	13
(別紙4) サービス利用料金表.....	14

1. 経営法人

法人名	社会福祉法人 一心福祉会
所在地	沖縄県国頭郡大宜味村字津波 1971 番地 761
電話番号	(TEL)0980-44-2234 (FAX)0980-44-2633
代表者氏名	山城 豊
設立年月日	昭和 56 年 12 月 25 日

2. 運営方針

当事業所は、共同生活住居において、利用者のご家族や地域に対しても、できるだけ開かれた雰囲気づくりを目指し、高齢者の立場に立って、グループホームの全員が家族であるとの認識のもと、家庭的な環境の下で入浴、排泄、食事等の介護その他の日常生活上の世話をを行うことにより、利用者の個人を尊重することを第一に、その有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるよう支援します。
--

3. 事業所概要

名称	グループホーム つつじ苑
種類	(介護予防)認知症対応型共同生活介護(Ⅰ)
開設年月日	平成30年 4 月 1 日
介護保険事業所番号	4791300025
所在地	沖縄県国頭郡東村字平良831番地-2
電話番号	(TEL)0980-43-3800 (FAX)0980-43-3801
建物の構造	補強コンクリートブロック造 地上 1 階
建物の延べ床面積	412,16 m ²
防災設備	消火器具・自動火災報知設備・誘導灯設備・火災通報装置設備・水道連結型スプリンクラー設備
利用定員	9 名

4. 居室・設備の概要

居室(個室)	9 室(12,32 m ² トイレ洗面台完備)
共用施設	食堂及び談話室(63,8 m ²) 浴室(7.8 m ²)

※ 上記は、厚生労働省が定める基準により、必置が義務づけられている設備です。この設備の利用にあたって、ご契約者に特別にご負担いただく費用はありません。

※ 居室の変更について、ご契約者から居室の変更希望の申し出があった場合は、居室の空き状況により施設でその可否を決定します。また、ご契約者の心身の状況により居室を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。

5. 職員配置及び勤務体制

職種	員数	勤務形態	勤務体制
管理者	1名	常勤	8:30～17:30(月～金)
計画作成者	1名	管理者と兼務	8:30～17:30(月～金)
看護師	1名	非常勤	8:30～12:30
介護職員	7名以上	常勤6名 非常勤1名	早番 8:00～16:00 遅番 10:00～19:00 夜勤 17:00～10:00

※ 日中、介護員3名 夜間帯1名

6. 施設利用対象者

サービスの提供に先立って、以下の要件を確認させていただきます。以下のすべてに該当する方が、当サービスの利用対象となります。

	事業の対象者は、介護保険被保険者証により、当該利用申込者が「東村」に住所を有する者であることが確認できる者としてします。
②	事業の対象者は、原則として介護保険要介護認定の結果「要支援 2」及び「要介護」と認定された方であり、認知症の状態にあるもののうち、少人数による共同生活を営むことに支障がない者としてします。
③	事業の対象者は、主治医の医師の「診断書」または認定情報提供書による「主治医意見書」等により、当該利用申込者が認知症の状態にあることの確認ができる者としてします。

7. サービスの提供にあたって

①	サービスの提供に先立って、介護保険被保険者証に記載された内容を確認させていただきます。記載内容に変更があった場合は速やかに当事業所にお知らせ下さい。
②	利用者が要介護認定を受けていない場合は、利用者の意思をふまえて速やかに当該申請が行われるよう必要な援助を行います。また、居宅介護支援が利用者に対して行なわれていない等の場合であって、必要と認められるときは、要介護認定の更新の申請が、遅くとも利用者が受けている要介護認定の有効期間が終了する30日前にはなされるよう必要な援助を行うものとします。
③	入居申込者が入院治療を要する者であること等、その者に対し当事業所が必要なサービスを提供することが困難であると認めた場合は、適切な他の事業者、介護保険施設、医療機関を紹介する等の適切な措置を速やかに講じます。
④	入居申込者の入居に際しては、その者の心身の状況、生活歴、病歴等の把握に努めるものとします。
⑤	サービスの提供の開始に際し、利用者側が留意すべき事項を記した重要事項説明書を交付して説明を行ない、署名捺印のご同意をいただきます。
⑤	入居に際しては入居の年月日及び入居している当事業所の名称を、退居に際しては退居の年月日及び当事業所の名称を、利用者の被保険者証に記載します。
⑥	サービスの提供は、「(介護予防)認知症対応型共同生活介護計画」に基づいて行います。なお、介護計画は、利用者の心身の状況や意向等の変化により、必要に応じて変更することができます。

8. サービス内容

相談・援助	利用者及びご家族からの相談については、誠意を持って応じ、可能な限り必要な援助を行います。
介護計画の作成	「(介護予防)認知症対応型共同生活介護計画」を作成します。
健康管理	利用者の日常的な健康管理を行います。
服薬介助	介助が必要な利用者に対して、配剤された薬の管理、服薬のお手伝い、服薬の確認を行います。
排泄の介助・支援	利用者の心身の状況に応じて、適切な方法により、排泄の自立について必要な援助を行います。
機能訓練	利用者の能力に応じて、集団的に行うレクリエーションや歌唱、体操や創作活動等の機能訓練を行います。
入浴	利用者の状況や希望に応じ、入浴又は清拭を行います。 ※事前の体調チェックや体調不良により、本人の意思に関わらず入浴の延期をする場合があることをご了承下さい。
食事	栄養並びに利用者の身体の状況や嗜好等を考慮した食事を提供します。
その他自立への支援	寝たきり防止のため、できる限り離床に配慮します。 清潔で快適な生活が送れるよう、適切な整容が行われるよう援助します。 シーツ交換を週に1回定期的に行い、清潔な寝具を提供します。

9. サービス利用上の留意事項

施設・設備の使用上の注意	居室及び共用施設、敷地を本来の用途に従って使用してください。 故意に、またはわずかな注意を払えば避けられたにもかかわらず、施設、設備を壊したり、汚したりした場合には、利用者に自己負担により原状に復していただくか、又は相当の代価をお支払いいただく場合がございます。
飲酒・喫煙	飲酒はお断りいたします。決められた場所以外での喫煙はお断りいたします。なお、ライター等は事業所で管理させていただきます。
個人活動の制限	当事業所の職員や他利用者に対し、迷惑を及ぼすような宗教活動、政治活動、営利活動などを行うことはできません。
金銭、貴重品の管理	盗難等については、当施設では責任を負いかねますので、必要以上の金銭や貴重品は所持しないで下さい。 ご自身で金銭管理のできない方については、事業所において立替等の処理を行い、後日清算致します。
所持品	本人が家庭にいるように使い慣れた生活必需品がある場合は、ご持参下さい。
病院受診への対応	病院などへの通院・受診は家族での対応とさせていただきますが、不可能な場合は事業所が行うことも可能です。
入院時の対応	入所後の病気・けが等での入院の際の事業所の家賃については支払いの義務が発生するものとします。 2週間以上の長期入院が見込まれる場合は、主治医立会いの下、退所していただくことがあります。

10. サービス提供の記録の整備

①	サービスを提供した際には、提供日及び内容、利用者の状況その他必要な事項を、(介護予防)認知症対応型共同生活介護計画の書面又はサービス利用票等に記載します。
②	サービスを提供した際の記録は整備し、サービス提供の完結の日から5年間保存します。
③	利用者は、事業者に対して、保存されるサービス提供記録の閲覧及び複写物の交付を請求することができます。なお、開示に際して必要な複写料等の諸費用は利用者の負担となります。 ※複写料は、1枚10円の手数料を頂きます。

11. 利用者負担金

(1) 介護給付費

法定代理受領	厚生労働大臣が定める基準による利用料のうち、利用者の負担割合に応じてお支払い頂きます。
償還払い	事業者が法定代理受領を行わない場合、厚生労働大臣が定める基準による利用料の全額をいったんお支払い頂きます。この場合、「サービス提供証明書」を交付しますので、「領収書」を添えてお住まいの市町村に居宅サービス費の支給申請を行ってください。自己負担分を除く金額が介護保険から払い戻されます。
全額自己負担	当サービスの利用は、原則として介護保険要介護認定の結果「要支援 2」又は「要介護」と認定された方が対象となります。また、要介護認定の申請中の方もサービスの利用は可能です。但し、認定結果が「自立(非該当)」となった場合は、利用したサービスは保険が適用されず全額自己負担となりますのでご承知の上サービスを利用して下さい。

※(別紙)サービス利用料金表をご参照下さい。

(2) その他の費用について

家賃(1ヶ月)	42,000円	入退所時の月に限り、20日未満の場合は日割り計算します。(1日1,400円)
光熱水費(1ヶ月)	11,000円	電気・ガス・上下水道・建物及び備品の維持管理及び修繕費(含積立分)・その他共同の益に必要な費用 入退所時の月に限り、20日未満の場合は日割り計算します。(1日366円)
食材料費(1日)	1,300円	(朝食300円 昼食500円 夕食500円) キャンセルに関しては、前日まで承り1食ごとに精算致します。当日のキャンセルは認められないものとします。
理美容サービス	実費	本人の希望により、理美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。
その他日常生活費	実費	日用消耗品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。

※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、変更を行う2ヵ月前までに変更の内容と事由についてご説明します。

12. 利用料の請求及び支払い方法

請求方法	サービス提供ごとに計算し、利用月ごとの合計金額により請求いたします。上記に係る請求書は、利用明細を添えて翌月の15日頃までに指定する先にお届け(郵送)します。	
支払い方法	請求書を受け取りました月の末日までに以下のいずれかの方法によりお支払い下さい。	
	(ア) 事業所窓口にて現金支払い	
	(イ) 下記指定口座へのお振込み(手数料はご利用者負担となります。)	
	【金融機関】	沖縄銀行
	【支店名(支店番号)】	名護支店(402)
	【預金】	普通預金
【口座番号】	1495724	
【口座名義人】	やんばるの家	
領収書の発行	お支払いの確認後、領収書を発行いたします。領収書は大切に保管下さい。 ※領収書の再発行は、1枚20円の手数料を頂きます。	

※ 利用料の支払いについて、正当な理由がないにもかかわらず、支払期日から3ヶ月以上滞納し、さらに支払いの督促から14日以内に支払いが無い場合には、サービス提供の契約を解除した上で、未払い分をお支払いいただくことがあります。

13. 衛生管理

①	事業者は、利用者の使用する施設、食器その他の設備又は飲用に供する水について、衛生的な管理に努め、又は衛生上必要な措置を講じます。
②	事業者は、当該事業所において感染症が発生又はまん延しないように必要な措置を講じます。
③	事業者は、食中毒及び感染症の発生を防止する為の措置等について、必要に応じて保健所の助言、指導を求めるとともに、常に密接な連携に努めます。

14. 非常災害対策

①	災害対策に関する担当者(防火管理者)を置き、非常災害対策に関する取り組みを行います。
②	非常災害に関する具体的計画を立て、非常災害時の関係機関への通報及び連携体制を整備し、それらを定期的に従業員に周知します。
③	定期的に非難、救出その他必要な訓練を行います。

15. 事故発生時の対応

事故発生時の処置	サービスの提供により事故が発生した場合には、応急処置や医療機関への連絡等の必要な措置を講ずるとともに、利用者の家族、利用者に係る居宅介護支援事業者又は介護予防支援事業所等に連絡を行ないます。また、必要に応じて市町村及び沖縄県介護保険広域連合に報告します。
損害賠償	サービスの提供により、事業所の責任と認められる事由によって、利用者に損害(人身障害又は財物損壊)を与えたことについて法律上の賠償責任を負う場合には、速やかに損害賠償を行ないます。
事故後の措置	事故の状況及び事故に際して採った処置について記録するとともに、事故の原因を解明し、再発を防ぐための対策を講じます。
保険契約者名	社会福祉法人一心福祉会 理事長 山城 豊
加入保険名	あいおいニッセイ同和損害保険株式会社

16. 虐待の防止

当事業所は、利用者等の人権の擁護・虐待の防止等のために、次に掲げるとおり必要な措置を講じます。

①	成年後見制度の利用を支援します。
②	苦情解決体制を整備しています。
③	従業員に対する虐待防止を啓発・普及するための研修を実施しています。

17. 身体拘束

①	事業者は、利用者又は他の利用者等の生命又は身体を保護するため緊急やむを得ない場合を除き、身体的拘束等を行ないません。
②	事業者は、前項の身体的拘束等を行なう場合には、その態様及び時間、その際の利用者の心身の状況並びに緊急やむを得ない理由等についての記録を行います。

18. 短期利用共同生活介護

当事業所は、各共同生活住居の定員の範囲内で、空いている居室や短期利用者専用の居室等を利用し、短期間の(介護予防)認知症対応型共同生活介護(以下「短期利用共同生活介護」という。)を提供します。

①	短期利用共同生活介護の定員は一の共同生活住居につき1名とします。
②	短期利用共同生活介護の利用は、あらかじめ30日以内の利用期間を定めるものとします。
③	短期利用共同生活介護の利用に当たっては、利用者を担当する居宅介護支援専門員が作成する居宅サービス計画の内容に沿い、当事業所の計画作成担当者が認知症対応型共同生活介護計画を作成することとし、当該認知症対応型共同生活介護計画に従いサービスを提供します。
④	入居者が入院等のために、長期にわたり不在となる場合は、入居者及び家族の同意を得て、短期利用共同生活介護の居室に利用することがある。なお、この期間の家賃等の経費については入居者ではなく、短期利用共同生活介護の利用者が負担するものとします。
⑤	短期利用共同生活介護の利用者の入退居に際しては、利用者を担当する居宅介護支援専門員と連携を図ります。

19. 苦情相談機関

【事業所苦情受付】

お客様相談窓口	当事業所の管理者が担当します。
苦情処理の体制	苦情受付窓口を設置します。
受付時間	月～金曜日(祝祭日を除く) 9:00～17:00

【外部苦情受付機関】

・東村役場 ・東村地域包括支援センター	所在地：沖縄県国頭郡東村字平良804 番地 連絡先：TEL0980-43-2201 FAX 0980-43-2457 連絡先：TEL0980-43-2212 受付時間：月～金曜日(祝祭日を除く) 8:30～17:15
沖縄県介護保険広域連合	所在地：沖縄県中頭郡読谷村字比謝砦 55 番地 2F 連絡先：TEL098-911-7502 FAX098-911-7506 受付時間：月～金曜日(祝祭日を除く) 8:30～17:15
沖縄県国民健康保険団体連合会 介護サービス苦情処理相談窓口	所在地：沖縄県那覇市西 3-14-18(国保会館) 連絡先：TEL/FAX 098-860-9026 受付時間：月～金曜日(祝祭日を除く) 8:30～17:00

※ 苦情窓口の設置について、(別紙 1)をご参照下さい。

【外部評価】

実施の有無

有

実施年月日

令和 5年 3月 28日

評価機関：グループホームつつじ苑 運営推進委員

閲覧方法：グループホームつつじ苑事業所内にて閲覧可能

20. 秘密の保持・個人情報の保護

秘密の保持	事業者及び従業者は、正当な理由がなく、その業務上知り得た利用者又はその家族の秘密を漏らしません。また、この秘密を保持する義務は、サービス提供契約が終了した後においても継続します。
	事業者は、従業者に、業務上知り得た利用者又はその家族の秘密を保持させる為、従業者である期間及び従業者でなくなった後においても、その秘密を保持するべき旨を、従業者との雇用契約の内容とします。
個人情報の保護	事業者は、個人情報の保護に関する法令を遵守し、予め個人情報保護方針を定め、個人情報保護に万全を尽くします。
	サービス提供に当たり、個人情報使用(開示)に関して、予め文書により利用者及びその家族から同意を得るものとします。

※ 個人情報の保護に関して、(別紙 2)(別紙 3)をご参照下さい。

21. 緊急時の対応

サービス提供中に、利用者に病状の急変、その他緊急事態が生じた場合は、速やかに主治医への連絡を行う等の必要な措置を講じます。

【救急搬送希望医療機関】

医療機関名	
-------	--

【家族等の連絡先】

氏名	続柄:	連絡先:
氏名	続柄:	連絡先:

22. 協力医療機関

当事業所では、以下の医療機関との間の連携及び支援の体制を整えています。

(但し、下記医療機関での優先的な診療・入院治療を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】

医療機関名	東村立診療所
所在地	沖縄県国頭郡東村字平良 804 番地 2 (TEL0980-51-2200 ・ FAX0980-51-2202)
診療科目	内科
連携支援の概要	診療

医療機関名	大宜味村立診療所
所在地	沖縄県大宜味村字塩屋 1306-62 (TEL0980-50-5450 ・ FAX0980-50-5451)
診療科目	内科、小児科、消化器科、心療内科
連携支援の概要	診療

23. 重要事項説明の年月日

重要事項説明書の説明同意交付年月日	令和 年 月 日
-------------------	-------------------------

当事業所のサービスの提供の開始に際し、本書面に基づいた「重要事項説明書」「苦情窓口」の設置について、個人情報保護方針、及び「個人情報使用(開示)同意書」の説明を行ないました。

事業者	法人名	社会福祉法人 一心福祉会
	代表者名	(理事長) 山城 豊 ㊞
	事業所名	グループホーム つつじ苑
	説明者氏名	(管理者) 池原 浩幸 ㊞

本書面に基づいて事業所から「重要事項説明書」「苦情窓口」の設置について、個人情報保護方針、及び「個人情報使用(開示)同意書及び交付」についての説明を受け、同意し、交付を受けました。

ご利用者	住所	
	氏名	㊞

家族 代理人	住所	
	氏名	㊞
	続柄	

以上のとおり重要事項説明し、同意を得ましたので本書を2通作成し、各々1通を保有することとします。

(別紙 1)

「苦情窓口」の設置について

社会福祉法第 82 条の規定により、本事業所では利用者からの苦情に適切に対応する体制(苦情解決委員会)を整え、本事業所における苦情解決責任者、苦情受付担当者及び第三者委員を下記により選任し、苦情解決に努めることとしました。

苦情解決責任者	山城 豊	(本事業所 理事長)
苦情受付担当者	池原 浩幸	(本事業所 管理者)
第三者委員	福永 政也	(東 村)
	前田 悠嗣	(大宜味村)

苦情解決の方法

(1)苦情の受付

苦情は、面接、電話、書面などにより苦情受付担当者が随時受け付けます。尚、第三者委員に直接苦情を申し出ることもできます。

(2)苦情受付の報告・確認

苦情受付担当者が受け付けた苦情を苦情解決責任者と第三者委員(苦情申出人が第三者委員への報告を拒否した場合を除く)に報告します。第三者委員は内容を確認し、苦情申出人に対して、報告を受けた旨を通知します。

(3)苦情解決のための話し合い

苦情解決責任者は、苦情申出人に誠意をもって話し合い、解決に努めます。その際、苦情申出人は、第三者委員の助言や立ち合いを求めることができます。

尚、第三者委員の立ち合いによる話し合いは、次により行います。

ア、第三者委員による苦情内容の確認

イ、第三者委員による解決案の調整、助言

ウ、話し合いの結果や改善事項等の確認

(4)都道府県「運営適正化委員会」の紹介

本事業所では解決できない苦情は、沖縄県社会福祉協議会に設置された運営適正化委員会に申し立てることができます。また、市町村、沖縄県介護保険広域連合、沖縄県国民健康保険連合会に申し立てることもできます。

〔問合せ窓口〕

住 所:〒905-1204 沖縄県国頭郡東村字平良831番地2

対応責任者:窓口 池原浩幸

TEL :0980-43-3800

FAX :0980-43-3801

受付時間:月～金曜日(祝祭日を除く) 9:00～17:00

(別紙2)

個人情報保護方針

社会福祉法人 一心福祉会(以下「当法人」という。)は、個人情報の保護に関する法令を遵守し、次のとおり個人情報保護方針を定め、個人情報保護に万全を尽くします。

1. 当法人は、法令に則り、個人情報を適正に取得する
2. 当法人は、法令に定める場合を除き、利用目的の範囲内において、個人情報の利用を行う
3. 当法人は、法令に定める場合を除き、あらかじめ本人の同意を得ることなく個人情報を第三者に提供することを行わない
4. 当法人は、個人情報の不正利用、紛失、改ざん、及び漏えいの防止に努めるとともに、個人情報の安全管理を確実にするために、個人情報管理責任者を当事業所管理者が行う
5. 当法人が個人情報の取扱いを外部に委託するときは、個人情報の安全管理が図られるよう適切な監督を行う

〔個人情報の利用目的〕

当法人が保有する個人情報の利用目的は、次の事項に特定します。

- (1) 当法人が締結した契約の履行に関する事務及び連絡に関する事務を行なうため
- (2) 当法人の業務に係る書類の送付に関する事務及び送付対象者との連絡に関する事務を行なうため
- (3) 他の事業者等から受託した業務の全部又は一部が個人情報の処理を内容とする場合において、当該受託業務を適切に実施するため

〔問合せ窓口〕

住 所:〒905-1204 沖縄県国頭郡東村字平良 831番地 2

対応責任者:窓口 池原浩幸

TEL:0980-43-3800

FAX:0980-43-3801

受付時間:月～金曜日(祝祭日を除く) 9:00～17:00

(別紙 3)

個人情報使用(開示)同意書

グループホーム つつじ苑のサービスを利用するにあたり、私(利用者及びその家族)の個人情報について、下記の事業所に次に記載するところにより、必要最低限で使用する事に同意します。

I. 使用目的

1. 医療機関、居宅サービス事業所、居宅介護支援事業所、介護保険施設等との連絡・調整において必要な場合
2. 介護保険事務(介護保険請求及び支払いに関する提供)
3. 行政(外部監査期間含む)からの提出書類への対応(報告書含む)
4. 損害賠償保険等に係わる届出等が必要な場合
5. 介護の質を目的とした症例研究(スタッフ間の提供)
6. 介護実習等への提供が必要な場合

II. 条件

1. 個人情報の提供は必要最小限とし、提供に当たっては関係者以外の者に漏れる事のないように細心の注意を払うこと
2. 個人情報を使用した会議、相手方、内容等の経過を記録しておくこと

尚、上記目的以外の利用については両者協議の上、提供すること

同意・交付年月日	令和 年 月 日
----------	----------

ご利用者	住所	
	氏名	㊞

家族 代理人	住所	
	氏名	㊞
	続柄	

(別紙4)

サービス利用料金表

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。

1. ご利用者の要介護度とサービス利用料金	要支援 2	要介護 1	要介護 2	要介護 3	要介護 4	要介護 5
	761 円 ×回数	765 円 ×回数	801 円 ×回数	824 円 ×回数	841 円 ×回数	859 円 ×回数
2. 医療連携加算 I ハ	37 円×回数					
3. サービス提供体制加算 I	22 円×回数					
4. 処遇改善加算 I	11.1%の 1 割(月額)					
5. 特定処遇改善加算 I	3.1%の 1 割(月額)					
6. 介護職員等ベースアップ支援加算	2.3%の 1 割(月額)					
7. 家賃	42,000 円(月額)					
8. 水道光熱費	11,000 円(月額)					
9. 食費	1 日(1,000 円)×回数 (朝:200 円 昼:400 円 夕:400 円)					
10. 自己負担額合計	〇〇〇〇円	〇〇〇〇円	〇〇〇〇円	〇〇〇〇円	〇〇〇〇円	〇〇〇〇円