

基本情報調査票：認知症対応型共同生活介護（予防を含む）

財団事業所	
事業所番号： 1234567890	グループ名称： 認知症対応型共同生活介護サービス
計画年度： 2022年度	サービス名称： 認知症対応型共同生活介護

基本情報

計画年度	2022年度	記入年月日 ※1	2022 年 10 月 01 日
記入者名	財団 花子	所属・職名	公表担当

※1 記入年月日は調査票を記入した日、または、記入開始日から調査票を提出するまでの期間内で基準とする日付を記載してください。記入の時点は調査票を記入した日現在です。

● 1. 事業所を運営する法人等に関する事項

法人等の名称、主たる事務所の所在地及び電話番号その他の連絡先		
法人等の名称	法人等の種類 ※2	<input type="radio"/> 社会福祉法人(社協以外) <input type="radio"/> 社会福祉法人(社協) <input type="radio"/> 医療法人 <input checked="" type="radio"/> 社団・財団 <input type="radio"/> 営利法人(株式会社等) <input type="radio"/> NPO法人 <input type="radio"/> 農協 <input type="radio"/> 生協 <input type="radio"/> その他の法人 <input type="radio"/> 地方公共団体(都道府県) <input type="radio"/> 地方公共団体(市町村) <input type="radio"/> 地方公共団体(広域連合・一部事務組合等) <input type="radio"/> その他
	(その他の場合、その名称)	
	名称	(ふりがな) ざいだんほうじんふくしんこうざいだん 財団法人福祉振興財団
	法人番号の有無	<input type="radio"/> 法人番号なし ● 法人番号あり ○ 法人番号あり(非公表)
	法人番号	1234567890123
法人等の主たる事務所の所在地	〒 163-0718 東京都新宿区西新宿2丁目7番1号	
法人等の連絡先	電話番号	03-3344-8630
	FAX番号	03-3344-8594
	ホームページ	<input type="radio"/> なし ● あり
(ホームページアドレス) http://www.fukunavi.or.jp/fukunavi/		
法人等の代表者の氏名及び職名	氏名	財団太郎
	職名	理事長
法人等の設立年月日	※3	2001/04/01 ※半角で記入してください(例:2013/04/01)

※2 法人等の種類は該当の○を選択してください。

例)
・医療法人
→ 社団医療法人
財団医療法人

・営利法人
→ 株式会社
有限会社
合資会社 等

区市町村より委託を受けている場合は、事業所を運営する法人欄は、区市町村名を記入してください。

※3 法人等の設立年月日については、登記事項に合わせて記入してください。

法人等が当該都道府県内で実施する介護サービス				
介護サービスの種類	か所数	事業所等の名称 (主な事業所 1箇所分を記載)	所在地 (主な事業所 1箇所分を記載)	
<居宅サービス>				
	※4	※5	※5	※5
訪問介護	● なし ○ あり			
訪問入浴介護	● なし ○ あり			
訪問看護	● なし ○ あり			
訪問リハビリテーション	● なし ○ あり			
居宅療養管理指導	● なし ○ あり			
通所介護	● なし ○ あり			
通所リハビリテーション	● なし ○ あり			
短期入所生活介護	● なし ○ あり			
短期入所療養介護	● なし ○ あり			
特定施設入居者生活介護	● なし ○ あり			
福祉用具貸与	● なし ○ あり			
特定福祉用具販売	● なし ○ あり			
<地域密着型サービス>				
定期巡回・随時対応型 訪問介護看護	● なし ○ あり			
夜間対応型訪問介護	● なし ○ あり			
地域密着型通所介護	● なし ○ あり			
認知症対応型通所介護	○ なし ● あり	1	財団事業所	東京都新宿区西新宿2丁目7番1号
小規模多機能型 居宅介護	● なし ○ あり			
認知症対応型共同 生活介護	○ なし ● あり	1	財団事業所	東京都新宿区西新宿2丁目7番1号
地域密着型特定施設 入居者生活介護	● なし ○ あり			
地域密着型介護老人 福祉施設入所者生活介護	● なし ○ あり			
看護小規模多機能型居宅 介護(複合型サービス)	● なし ○ あり			

※4
当該法人等が東京都内で介護サービスを実施している場合は介護サービスの種類毎に「あり」を選択してください。(当該報告に係る介護サービスを含む)

実施していない場合は介護サービスの種類毎に「なし」を選択してください。

※5
※4で「あり」を選択した場合は、その事業所の
・か所数
・名称
・所在地
を記入してください。

同一サービスで複数の事業所を有する場合はそのうちの主な事業所の名称及びその所在地を1カ所記載してください。

居宅介護支援	● なし ○ あり			
<介護予防サービス>				
介護予防訪問入浴介護	● なし ○ あり			
介護予防訪問看護	● なし ○ あり			
介護予防訪問 リハビリテーション	● なし ○ あり			
介護予防居宅療養 管理指導	● なし ○ あり			
介護予防通所 リハビリテーション	● なし ○ あり			
介護予防短期入所 生活介護	● なし ○ あり			
介護予防短期入所 療養介護	● なし ○ あり			
介護予防特定施設 入居者生活介護	● なし ○ あり			
介護予防福祉用具貸与	● なし ○ あり			
特定介護予防福祉 用具販売	● なし ○ あり			
<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	○ なし ● あり	1	財団事業所	東京都新宿区西新宿2 丁目7番1号
介護予防小規模 多機能型居宅介護	● なし ○ あり			
介護予防認知症 対応型共同生活介護	○ なし ● あり	1	財団事業所	東京都新宿区西新宿2 丁目7番1号
介護予防支援	● なし ○ あり			
<介護保険施設>				
介護老人福祉施設	● なし ○ あり			
介護老人保健施設	● なし ○ あり			
介護医療院	● なし ○ あり			
介護療養型医療施設	● なし ○ あり			

2. 介護サービス（予防を含む）を提供し、又は提供しようとする事業所に関する事項

事業所の名称、所在地及び電話番号その他の連絡先	
事業所の名称	(ふりがな) ざいだんじぎょうしょ 財団事業所
事業所の所在地	〒 163-0718 市区町村コード 新宿区 <input type="checkbox"/> V
	東京都新宿区西新宿2丁目7番1号 ※6 [地図上の表示位置の確認・修正]
	(都道府県から番地まで) ※住所を変更した場合は、「地図上の表示位置の確認・修正」ボタンを押して表示位置を修正してください。
事業所の連絡先	(建物名・部屋番号等) ※6
	電話番号 03-3344-8630
	FAX番号 03-3344-8594
	ホームページ ※7 <input type="radio"/> なし <input checked="" type="radio"/> あり (ホームページアドレス) http://www.fukunavi.or.jp/fukunavi/
介護保険事業所番号	1234567890
事業所の管理者の氏名及び職名	氏名 財団 太郎
	職名 所長
事業の開始年月日若しくは開始予定年月日及び指定若しくは許可を受けた年月日 (指定又は許可の更新を受けた場合にはその直近の年月日)	
事業の開始(予定)年月日	2001/04/01 ※半角で記入してください(例:2013/04/01)
指定の年月日	介護サービス 2001/04/01 ※半角で記入してください(例:2013/04/01)
	介護予防サービス 2001/04/01 ※半角で記入してください(例:2013/04/01)
指定の更新年月日 (直近) (未来の日付は入らない) ※8	介護サービス 2019/04/01 ※半角で記入してください(例:2013/04/01)
	介護予防サービス 2019/04/01 ※半角で記入してください(例:2013/04/01)
※介護予防サービスのみ実施している場合は「指定の年月日」の「介護サービス」には「-」を入力し、「介護予防サービス」の欄に入力してください。	
生活保護法第54条の2に規定する介護機関(生活保護の介護扶助を行う機関)の指定 ※9	<input checked="" type="radio"/> なし <input type="radio"/> あり
社会福祉士及び介護福祉士法第48条の3に規定する登録喀痰吸引等事業者	<input checked="" type="radio"/> なし <input type="radio"/> あり
事業所までの主な利用交通手段 ※10	
JR新宿駅より徒歩10分 ※10:最寄りの公共機関駅等の名称、最寄駅等から事業所までの主な交通手段、所要時間について分かりやすく記入してください。 (記入例) ○○線○○駅より○○Km (徒歩○○分)	

※6 「東京都」から記入してください。なお、番地の後にビル名等がある場合は(建物名・部屋番号等)欄に記入してください。

※7 「あり」を選択した上で、「半角英数字」にて「http://」から記入してください。なお、Eメールアドレスと間違えないよう気をつけてください。

※8 更新予定日ではなく、直近に更新した年月日を記入してください。
また、更新を受けたことのない事業所や新規事業所は、「指定の年月日」を記入してください。

※9 生活保護法第54条の2に規定する介護機関の指定の有無について
本人又は設置者の同意を得て、生活保護法による介護扶助のための居宅介護若しくは居宅介護支援計画の作成、福祉用具の給付、施設介護、介護予防若しくは介護予防支援計画の作成又は介護予防福祉用具の給付を担当させる機関としての指定の有無。

3. 事業所において介護サービス（予防を含む）に従事する従業者に関する事項

実人数	常勤		非常勤		合計	※12 常勤換算 人数
	専従	兼務	専従	兼務		
管理者	1 人	0 人	—	—	1 人	1 人
計画作成担当者	1 人	0 人	0 人	3 人	4 人	2.5 人
介護職員	0 人	2 人	0 人	0 人	2 人	1.5 人
看護職員	0 人	2 人	0 人	0 人	2 人	1.5 人
その他の従業者	0 人	2 人	6 人	0 人	8 人	6.7 人
1週間のうち、常勤の従業者が勤務すべき時間数 ※13					40	時間
※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。						
従業者である計画作成担当者 のうち介護支援専門員の人数	常勤		非常勤			
	専従	兼務	専従	兼務		
	1 人	0 人	0 人	3 人		
従業者である介護職員が有している資格						
延べ人数	常勤		非常勤			
	専従	兼務	専従	兼務		
介護福祉士	0 人	2 人	0 人	0 人		
実務者研修	0 人	0 人	0 人	0 人		
介護職員初任者研修	0 人	0 人	0 人	0 人		
介護支援専門員	0 人	0 人	0 人	0 人		
夜勤・宿直を行う従業者の人数	夜勤	4 人				
	宿直	2 人				
管理者の他の職務との兼務の有無					○ なし ● あり	
管理者が有している当該報告に係る介護サービスに係る資格等					○ なし ● あり	
(資格等の名称) 介護福祉士						
介護職員1人当たりの利用者数 ※14					10.0	人

※11 常勤及び非常勤の勤務形態別に、専従及び兼務に該当する人数を記入して下さい。
また、下記の常勤換算方法により算出された人数を記入してください。

※13 常勤職員について就業規則等で定められた1週間あたりの労働時間を記入してください。

※12

《常勤換算の計算式》

・常勤換算人数：従業者の勤務のべ時間数÷常勤の従業者が勤務すべき時間数

(例1) 1週間の勤務延べ時間で計算する場合 計画作成担当者
 (40時間 + 60時間) ÷ 40時間 = 2.5人
 <常勤> <非常勤> <事業所が定めている> <常勤換算人数>
 専従1名 兼務3名の合計 1週間の勤務時間>

(例2) 1ヶ月の勤務延べ時間数で計算する場合 計画作成担当者
 (160時間 + 240時間) ÷ 160時間 = 2.5人
 <常勤> <非常勤> <事業所が定めている> <常勤換算人数>
 専従1名 兼務3名の合計 1週間の勤務時間×4>

※14

《介護職員1人当たりの利用者数》

※本項目は調査票の入力内容を基に自動計算されます。

「認知症対応型共同生活介護の入居者の状況」の「入居者の人数」（予防含む）の合計を、「実人数」の「介護職員」に係る常勤換算人数の合計で除した人数を記載してください。

なお、計算結果は小数点第2位を切り捨て、小数点第1位まで記載してください。

従業者の当該報告に係る介護サービスの業務に従事した経験年数等				
区分	計画作成担当者		介護職員	
	常勤	非常勤	常勤	非常勤
前年度の採用者数	※15 0	1	0	0
前年度の退職者数	※15 0	0	0	0
当該職種として業務に従事した経験年数	※16			
1年未満の者の人数	0	1	0	0
1年～3年未満の者の人数	0	0	0	0
3年～5年未満の者の人数	1	2	0	0
5年～10年未満の者の人数	0	0	2	0
10年以上の者の人数	0	0	0	0
※経験年数は当該職種として他の事業所で勤務した年数を含む。				
従業者の健康診断の実施状況			○ なし ● あり	
従業者の教育訓練のための制度、研修その他の従業者の資質向上に向けた取組の実施状況				
事業所で実施している従業者の資質向上に向けた研修等の実施状況				
(その内容)	○○○○○○○○○○○○○○			
実践的な職業能力の評価・認定制度である介護プロフェッショナルキャリア段位制度の取組				※17
アセッサー(評価者)の人数	1		人	
段位取得者の人数	レベル2①	レベル2②	レベル3	レベル4
	1	0	0	0
外部評価(介護プロフェッショナルキャリア段位制度)の実施状況			● なし ○ あり	
認知症に関する取組の実施状況				※18
認知症介護指導者養成研修修了者の人数	0		人	
認知症介護実践リーダー研修修了者の人数	0		人	
認知症介護実践者研修修了者の人数	0		人	
それ以外の認知症対応力の向上に関する研修を修了した者の人数(認知症介護基礎研修を除く)	0		人	

※15 採用者数・退職者数には、同一法人内での人事異動は含めないでください。

※16 業務に従事した経験年数は、現在業務に従事している従業者の経験年数を記入してください。経験年数の数え方は、現在の事業所の経験だけでなく、他の事業所で同じ職種で業務に従事した経験があれば経験年数に加えてください。(当該職種に従事した年数について記入してください。)
 全くの新規採用者で業務に従事してまだ数日という場合であっても、「1年未満の者の人数」に記入してください。

- ※17 「実践的な職業能力の評価・認定制度である介護プロフェッショナルキャリア段位制度の取組」
- 「アセッサー(評価者)の人数」
事業所の従業者で、アセッサー養成講習を修了しアセッサーとなっているものの人数を記載してください。
 - 「段位取得者の人数」
アセッサーが内部評価を行い、レベル認定委員会にて認定を受けたものの数をレベル毎(2①、2②、3、4)に記載してください。
 - 「外部評価(介護プロフェッショナルキャリア段位制度)の実施状況」
前年度1年間に、外部評価審査員における外部評価を受けた場合は「あり」と記してください。

- ※18 「認知症に関する取組の実施状況」
- 「認知症介護指導者養成研修修了者の人数」
事業所の従業者で、認知症介護指導者養成研修を修了したものの人数を記載してください。
 - 「認知症介護実践リーダー研修修了者の人数」
事業所の従業者で、認知症介護実践リーダー研修を修了したものの人数を記載してください。
 - 「認知症介護実践者研修修了者の人数」
事業所の従業者で、認知症介護実践者研修を修了したものの人数を記載してください。
 - 「それ以外の認知症対応力の向上に関する研修修了者の人数」
事業所の従業者で、a～c以外の認知症対応力の向上に関する研修を修了したものの人数を記載してください。

4. 介護サービス（予防を含む）の内容に関する事項

事業所の運営に関する方針	
○○○○○○○○○○○○○○	
介護予防および介護度進行予防に関する方針	
○○○○○○○○○○○○○○	
※介護予防サービスを実施していない場合は「介護予防および介護度進行予防に関する方針」には「-」を入力してください。	
介護サービスの内容、入居定員等	
介護報酬の加算状況（記入日前月から直近1年間の状況）※19	
夜間支援体制加算（Ⅰ）	● なし ○ あり
夜間支援体制加算（Ⅱ）	● なし ○ あり
認知症行動・心理症状緊急対応加算	● なし ○ あり
若年性認知症利用者受入加算	● なし ○ あり
入院時費用	● なし ○ あり
看取り介護加算（予防を除く）	● なし ○ あり
医療連携体制加算（Ⅰ）（予防を除く）	● なし ○ あり
医療連携体制加算（Ⅱ）（予防を除く）	● なし ○ あり
医療連携体制加算（Ⅲ）（予防を除く）	● なし ○ あり
退居時相談援助加算	● なし ○ あり
認知症専門ケア加算（Ⅰ）	● なし ○ あり
認知症専門ケア加算（Ⅱ）	● なし ○ あり
生活機能向上連携加算（Ⅰ）	● なし ○ あり
生活機能向上連携加算（Ⅱ）	● なし ○ あり
栄養管理体制加算	● なし ○ あり
口腔衛生管理体制加算	● なし ○ あり
口腔・栄養スクリーニング加算	● なし ○ あり
科学的介護推進体制加算	● なし ○ あり
サービス提供体制強化加算（Ⅰ）	● なし ○ あり
サービス提供体制強化加算（Ⅱ）	● なし ○ あり
サービス提供体制強化加算（Ⅲ）	● なし ○ あり
介護職員処遇改善加算（Ⅰ）	● なし ○ あり
介護職員処遇改善加算（Ⅱ）	● なし ○ あり
介護職員処遇改善加算（Ⅲ）	● なし ○ あり
介護職員処遇改善加算（Ⅳ）	● なし ○ あり
介護職員処遇改善加算（Ⅴ）	○ なし ● あり
介護職員等特定処遇改善加算（Ⅰ）	○ なし ● あり
介護職員等特定処遇改善加算（Ⅱ）	○ なし ● あり
短期利用認知症対応型共同生活介護の提供	● なし ○ あり
共用型指定認知症対応型通所介護の提供	● なし ○ あり

※19
介護報酬の加算・記入年月日を含む月の前月から前1年間において該当する加算を受けた場合は「あり」を選択してください。

協力医療機関の名称	○○○○○							
(協力の内容)	○○○○○○○○○○○○○○							
協力歯科医療機関							● なし ○ あり	
(その名称)								
(協力の内容)								
看護師の確保方法	<input checked="" type="radio"/> 職員として配置 <input type="radio"/> 契約 <input type="radio"/> 職員として配置及び契約 <input type="radio"/> なし							
(契約の場合、契約先の名称)								
バックアップ施設の名称	○○○○○							
(協力の内容)	○○○○○○○○○○○○○○							
運営推進会議の開催状況(前年度)								
(開催実績)	6月1日・12月1日				(参加者延べ人数)	30		人
(協議内容等)	○○○○○○○○○○○○○○							
地域・市町村との連携状況	○○○○○○○○○○○○○○							
利用に当たっての条件	○○○○○○○○○○○○○○							
退居に当たっての条件	○○○○○○○○○○○○○○							
入居定員	2		ユニット		16		人	
認知症対応型共同生活介護の入居者の状況								
入居者の人数	要支援2	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5	合計	
65歳未満	0人	0人	0人	0人	0人	0人	0人	
65歳以上75歳未満	0人	0人	2人	0人	0人	0人	2人	
75歳以上85歳未満	2人	3人	5人	0人	0人	0人	10人	
85歳以上	0人	1人	2人	0人	0人	0人	3人	
※該当する利用者がいない場合は0を入力してください。								
入居者の平均年齢							80.2	歳
入居者の男女別人数	男性	7			女性	8		人
入居率(一時的に不在となっている者を含む)							83.3	%

認知症対応型共同生活介護を退居した者の人数(前年度)							
退去先	要支援2	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5	合計
自宅等	0人	0人	0人	0人	0人	0人	0人
介護保険施設	0人	0人	0人	0人	0人	0人	0人
特別養護老人ホーム以外の社会福祉施設	0人	0人	0人	0人	0人	0人	0人
医療機関	0人	0人	0人	0人	0人	0人	0人
死亡者	0人	0人	0人	0人	0人	0人	0人
その他	0人	0人	0人	0人	0人	0人	0人
※該当する利用者がいない場合は0を入力してください。							
入居者の入居期間							
入居期間	6か月未満	6か月以上1年未満	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	
入居者数	0人	0人	13人	2人	0人	0人	
介護サービスを提供する事業所、設備等の状況							
建物形態	● 単独型 ○ 併設型						
建物構造	鉄筋コンクリート 造り		2階建ての		1~2階部分		
広さ等	敷地面積		延床面積		1室当たりの居室面積		
	198	m ²	300	m ²	9.9 m ²		
二人部屋の有無					● なし ○ あり		
共同便所の設置数	男子便所	3か所	(うち車いす等の対応が可能な数)		2か所		
	女子便所	3か所	(うち車いす等の対応が可能な数)		2か所		
	男女共用便所	0か所	(うち車いす等の対応が可能な数)		0か所		
個室の便所の設置数	0か所		(個室における便所の設置割合)		0%		
			(うち車いす等の対応が可能な数)		0か所		
浴室の設備状況							
浴室の総数			1か所				
個浴		大浴槽		特殊浴槽		リフト浴	
1か所		0か所		0か所		0か所	
その他の浴室の設備の状況	床はすべり止め、浴槽手すりつき						
居間、食堂、台所の設備状況	○○○○○○○○○○○○○○						
入居者等が調理を行う設備状況					● なし ○ あり		
その他の共用施設の設備状況					● なし ○ あり		
(その内容)							
バリアフリーの対応状況							
(その内容) ○○○○○○○○○○○○○							
消火設備等の状況					○ なし ● あり		
(その内容) ○○○○○○○○○○○○○							
緊急通報装置の設置状況			○ なし	○ 一部あり	● 各居室内にあり		
外線電話回線の設置状況			○ なし	○ 一部あり	● 各居室内にあり		
テレビ回線の設置状況			○ なし	○ 一部あり	● 各居室内にあり		

事業所の敷地に関する事項			
敷地の面積		198 m ²	
事業所を運営する法人が所有		<input type="radio"/> なし <input type="radio"/> 一部あり <input checked="" type="radio"/> あり	
抵当権の設定		<input type="radio"/> なし <input checked="" type="radio"/> あり	
貸借(借地)		<input checked="" type="radio"/> なし <input type="radio"/> あり	
契約期間	始	終	
契約の自動更新		<input checked="" type="radio"/> なし <input type="radio"/> あり	
事業所の建物に関する事項			
建物の延床面積		300 m ²	
事業所を運営する法人が所有		<input type="radio"/> なし <input type="radio"/> 一部あり <input checked="" type="radio"/> あり	
抵当権の設定		<input checked="" type="radio"/> なし <input type="radio"/> あり	
貸借(借家)		<input checked="" type="radio"/> なし <input type="radio"/> あり	
契約期間	始	終	
契約の自動更新		<input checked="" type="radio"/> なし <input type="radio"/> あり	
利用者等からの苦情に対応する窓口等の状況			
窓口の名称		グループホームざいだん	
電話番号		03-3344-8630	
対応している時間	平日	9 時 0 分 ~ 17 時 0 分	
	土曜	9 時 0 分 ~ 17 時 0 分	
	日曜	時 分 ~ 時 分	
	祝日	時 分 ~ 時 分	
定休日	日曜・祝日		
留意事項			
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の仕組み			
損害賠償保険の加入状況		<input type="radio"/> なし <input checked="" type="radio"/> あり	
介護サービスの提供内容に関する特色等			
(その内容)	○○○○○○○○○○○○○○		
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、意見箱等利用者等の意見等を把握する取組の状況 (記入日前1年間の状況) ※20		<input type="radio"/> なし <input checked="" type="radio"/> あり	
当該結果の開示状況		<input type="radio"/> なし <input checked="" type="radio"/> あり	
地域密着型サービスの外部評価の実施状況 ※21		<input checked="" type="radio"/> なし <input type="radio"/> あり	
実施した直近の年月日 (評価結果確定日)			
実施した評価機関の名称			
当該結果の開示状況	<input checked="" type="radio"/> なし <input type="radio"/> あり		
(その開示内容を確認できる【ホームページアドレス】を記入)			

※20

「利用者アンケート調査・・・」は、
記入年月日の前1年間において実施したものを記載してください。
東京都指定情報公表センターは、評価機関ではありませんのでご注意ください。

※21

指定地域密着型サービス基準第97条第7項に規定する地域密着型サービスの質の評価を実施している場合には、「あり」に記すとともに、実施した取組の1つについて、実施した直近の年月日（評価結果確定日）、実施した評価機関の名称を記載すること。さらに、その結果を外部に開示している場合には、「当該結果の開示状況」欄の「あり」に記すこと。
また、ホームページ上でその結果を開示している場合は、「（その開示している結果の内容）」欄にその掲載アドレスを記載すること。
外部評価を実施した直近の年月日を記載してください。
東京都指定情報公表センターは、評価機関ではありませんのでご注意ください。

5. 介護サービス（予防を含む）を利用するに当たっての利用料等に関する事項

利用料等(入居者の負担額)				
家賃(月額)	80000	円		
敷金	<input type="radio"/> なし <input checked="" type="radio"/> あり	(その費用の額)	160000	円
保証金の有無(入居時一時金)	<input checked="" type="radio"/> なし <input type="radio"/> あり	(その費用の額)		円
(保全措置の内容)				
(償却の有無)	<input checked="" type="radio"/> なし <input type="radio"/> あり			
食材料費	<input type="radio"/> なし <input checked="" type="radio"/> あり	(朝食)	300	円
		(昼食)	500	円
		(夕食)	600	円
		(おやつ)	100	円
		(又は1日)		円
その他の費用				
①理美容代	<input type="radio"/> なし <input checked="" type="radio"/> あり	(その費用の額)	1000	円
算定方法				
②おむつ代	<input type="radio"/> なし <input checked="" type="radio"/> あり	(その費用の額)	2000	円
算定方法				
③その他 (高熱水費)	<input type="radio"/> なし <input checked="" type="radio"/> あり	(その費用の額)	15000	円
算定方法				
④その他 ()	<input checked="" type="radio"/> なし <input type="radio"/> あり	(その費用の額)		円
算定方法				
⑤その他 ()	<input checked="" type="radio"/> なし <input type="radio"/> あり	(その費用の額)		円
算定方法				