

有料老人ホーム重要事項説明書

記入年月日	令和6年7月1日
記入者名	三富美智子
所属・職名	

1. 事業主体概要

種類	個人/法人	
	※法人の場合、その種類	株式会社
名称	(ふりがな) かぶしきがいしゃけあぷらざあおもり 株式会社ケアプラザ青森	
主たる事務所の所在地	〒038-0031 青森市大字三内字沢部327番地6	
連絡先	電話番号	017-766-4677
	FAX番号	017-752-8710
	ホームページアドレス	http://
代表者	氏名	徳差国一
	職名	代表取締役
設立年月日	平成22年3月2日	
主な実施事業	有料老人ホーム事業、介護保険事業 ※別添1（別を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) じゅうたくがたゆりようろうじんほ一むにわとこ 住宅型有料老人ホームにわとこ	
所在地	〒038-0031 青森市三内字沢部327番地8	
主な利用交通手段	最寄駅	新青森駅
	交通手段と所要時間	例： ①バス利用の場合 ・青森市営バス 上三内停留所より徒歩5分 ②自動車利用の場合 ・乗車7分
連絡先	電話番号	017-763-0155
	FAX番号	017-763-0156
	ホームページアドレス	http://
管理者	氏名	越田恵美
	職名	管理者
建物の竣工日		平成24年11月30日
有料老人ホーム事業の開始日		平成24年12月10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）		
<input checked="" type="checkbox"/> 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	
	指定した自治体名	
	事業所の指定日	年 月 日
	指定の更新日（直近）	年 月 日

3. 建物概要

土地	敷地面積	903 m ²				
	所有関係	1 事業者が自ら所有する土地				
		2 事業者が賃借する土地				
		抵当権の有無	1 あり	2 なし		
		契約期間	1 あり (平成24年12月1日～令和14年11月30日)			
	2 なし					
	契約の自動更新	1 あり	2 なし			
建物	延床面積	全体	590.01 m ²			
		うち、老人ホーム部分	590.01 m ²			
	耐火構造	1 耐火建築物 2 準耐火建築物 3 その他 ()				
	構造	1 鉄筋コンクリート造 2 鉄骨造 3 木造 4 その他 ()				
	所有関係	1 事業者が自ら所有する建物				
		2 事業者が賃借する建物				
		抵当権の設定	1 あり	2 なし		
		契約期間	1 あり (平成24年12月1日～令和14年11月30日)			
	2 なし					
	契約の自動更新	1 あり	2 なし			
居室の状況	居室区分 【表示事項】	1 全室個室				
		2 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	有/無	有/無	11.59 m ²	18室	一般居室個室
タイプ2	有/無	有/無	10.76 m ²	1室	一般居室個室	
※「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	6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		4ヶ所	
	共用浴室	2ヶ所	個室		2ヶ所	
			大浴場		ヶ所	
	共用浴室における介護浴槽	ヶ所	チェア浴		ヶ所	
			リフト浴		ヶ所	
ストレッチャー浴			ヶ所			

			その他 ()	ヶ所
	食堂	<input checked="" type="checkbox"/> 1	あり	2 なし
	入居者や家族が利用できる調理設備	1	あり	<input checked="" type="checkbox"/> 2 なし
	エレベーター	<input checked="" type="checkbox"/> 1	あり (車椅子対応)	2 あり (ストレッチャー対応) 3 あり (上記1・2に該当しない) 4 なし
消防用設備等	消火器	<input checked="" type="checkbox"/> 1	あり	2 なし
	自動火災報知設備	<input checked="" type="checkbox"/> 1	あり	2 なし
	火災通報設備	<input checked="" type="checkbox"/> 1	あり	2 なし
	スプリンクラー	<input checked="" type="checkbox"/> 1	あり	2 なし
	防火管理者	<input checked="" type="checkbox"/> 1	あり	2 なし
	防災計画	<input checked="" type="checkbox"/> 1	あり	2 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	<p>高齢者に対し、常に感謝と尊敬の気持ちを持ち、その方たちに降りかかってくるであろう各種の問題を私たちの課題として捉え、前進していく所存です。</p> <p>介護を通して恩返しをしていく想いで、地域への貢献と超高齢化社会への対応を真剣に考え、ご本人とご家族が安心して任せられる環境づくりと、さらには遠方にご家族の代理人となれる人間関係の構築を目指しています。安心して老後を迎え、年を重ねる毎に幸せを感じていただくことが、私たちの願いです。</p>
サービスの提供内容に関する特色	24時間、介護職員が常駐し、在宅介護サービス利用時間以外の生活支援と見守りサービスを提供しています。
入浴、排せつ又は食事の介護	1 自ら実施 2 委託 <input checked="" type="checkbox"/> 3 なし
食事の提供	<input checked="" type="checkbox"/> 1 自ら実施 2 委託 3 なし
洗濯、掃除等の家事の供与	1 自ら実施 2 委託 <input checked="" type="checkbox"/> 3 なし
健康管理の供与	<input checked="" type="checkbox"/> 1 自ら実施 2 委託 3 なし
安否確認又は状況把握サービス	<input checked="" type="checkbox"/> 1 自ら実施 2 委託 3 なし
生活相談サービス	<input checked="" type="checkbox"/> 1 自ら実施 2 委託 3 なし

(医療連携の内容)

医療支援 ※複数選択可		<input checked="" type="checkbox"/> 1 救急車の手配 <input checked="" type="checkbox"/> 2 入退院の付き添い 3 通院介助 4 その他 ()	
協力医療機関	1	名称	医療法人芙蓉会 村上病院
		住所	青森市浜田3丁目3-14
		診療科目	内科・消化器内科・循環器内科・糖尿病内科 整形外科・泌尿器科
		協力内容	<ul style="list-style-type: none"> ・24時間の連絡体制の確保 ・主治医のいない入居者に対する、診察及び診断書の作成 ・利用者の年1回の健康診断 ・緊急時、必要時における相談及び指示及び措置 ・緊急時対応(入院含む)
	2	名称	木村文祥内科クリニック
		住所	青森市三内字沢部439-5
		診療科目	内科
		協力内容	<ul style="list-style-type: none"> ・主治医のいない入居者に対する診察及び診断書の作成 ・利用者の年1回の健康診断
協力歯科医療機関		名称	ミナトヤ歯科医院
		住所	青森市桂木4丁目4-10
		協力内容	歯科治療、義歯作成・調整等、必要に応じての訪問診療

(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		1 一時介護室へ移る場合 2 介護居室へ移る場合 <input checked="" type="checkbox"/> 3 その他(介護度、心身の状態の変化)	
判断基準の内容		介護度や心身の状態に変化がみられた場合、必要に応じて居室の住み替えを求める場合があります。	
手続きの内容		本人・身元引受人の同意を得る。	
追加的費用の有無		1 あり	<input checked="" type="checkbox"/> 2 なし
居室利用権の取扱い			
前払金償却の調整の有無		1 あり	<input checked="" type="checkbox"/> 2 なし
従前の居室との仕様の変更	面積の増減	1 あり	<input checked="" type="checkbox"/> 2 なし
	便所の変更	1 あり	<input checked="" type="checkbox"/> 2 なし
	浴室の変更	1 あり	<input checked="" type="checkbox"/> 2 なし
	洗面所の変更	1 あり	<input checked="" type="checkbox"/> 2 なし
	台所の変更	1 あり	<input checked="" type="checkbox"/> 2 なし
	その他の変更	1 あり	(変更内容)
		<input checked="" type="checkbox"/> 2 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	1 あり	2 なし
	要支援の者	1 あり	2 なし
	要介護の者	1 あり	2 なし
留意事項	常時、医療を必要としない方 自傷・他害の恐れのない方		
契約の解除の内容	状態の悪化等により、長期の入院（1ヶ月以上）が必要となった時 施設の規律を乱し、他者に迷惑行為を及ぼす時 正当な理由なく、利用料を2ヶ月以上、連絡なしに滞る時		
事業主体から解除を求める場合	解約条項	<p>①入居申込書に虚偽の事項を記載する等の不正手段により入居した時。</p> <p>②月払いの利用料その他の支払いを正当な理由なく、2ヶ月遅滞する時。</p> <p>③入居にあたっての遵守義務事項に違反した時。</p> <p>④他入居者、職員の生命に危害を及ぼす、またはその恐れがあり、かつ施設における通常の接遇方法でこれを防止することができない時。</p> <p>⑤常時医療行為が必要となった時。</p> <p>⑥入院等により、長期間（1ヶ月以上）不在となった時。</p>	
	解約予告期間	2ヶ月	
入居者からの解除予告期間	1ヶ月		
体験入居の内容	1 あり	内容：¥3,143（食事付、税込） 自立者・要支援者 ¥3,667（食事付、税込） 要介護者 ※空室がある時にのみ対応	
	2 なし		
入居定員	19人		
その他	身元引受人が設定できない場合は要相談。		

5. 職員体制

(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	
生活相談員	1		1	
直接処遇職員				
介護職員	11		11	
看護職員				
機能訓練指導員				
計画作成担当者				
栄養士	1		1 (外部委託)	
調理員	4		4	
事務員				
その他職員				
1週間のうち、常勤の従業者が勤務すべき時間数※2				
※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		6
実務者研修の修了者 ヘルパ-1級を含む			
初任者研修の修了者 ヘルパ-2級、基礎研修修了者を含む	3		3
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			
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			
はり師			
きゅう師			

(夜勤を行う看護・介護職員の人数)

夜勤帯の設定時間 (20時～ 7時)		
	平均人数	最小時人数 (休憩者等を除く)
看護職員	人	人
介護職員	1人	0人

(職員の状況)

管理者	他の職務との兼務		1 あり 2 なし								
	業務に係る資格等	1 あり									
		資格等の名称	介護福祉士								
		2 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				2							
前年度1年間の退職者数				2							
応じた職員 の人数 業務に従事した 経験年数に	1年未満			1							
	1年以上 3年未満			1							
	3年以上 5年未満										
	5年以上 10年未満										
	10年以上			9							
	従業者の健康診断の実施状況				1 あり 2 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 type="checkbox"/> 1 利用権方式 <input type="checkbox"/> 2 建物賃貸借方式 <input type="checkbox"/> 3 終身建物賃貸借方式	
利用料金の支払い方法 【表示事項】	<input type="checkbox"/> 1 全額前払い方式 <input type="checkbox"/> 2 一部前払い・一部月払い方式 <input checked="" type="checkbox"/> 3 月払い方式	
	<input type="checkbox"/> 4 選択方式 ※該当する方式を全て選択	<input type="checkbox"/> 1 全額前払い方式 <input type="checkbox"/> 2 一部前払い・一部月払い方式 <input type="checkbox"/> 3 月払い方式
年齢に応じた金額設定	<input type="checkbox"/> 1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし	
要介護状態に応じた金額設定	<input type="checkbox"/> 1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 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"/> 1 減額なし <input checked="" type="checkbox"/> 2 日割り計算で減額（食費） <input checked="" type="checkbox"/> 3 不在期間が7日以上の場合に限り、日割り計算で減額（水道光熱費）	
利用料金の改定	条件	物価変動、人件費上昇等を勘案し、決定する
	手続き	運営懇談会等での意見聴取 入居者及び身元引受人に事前通知

(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・要介護	生活保護受給者	
	年 齢	歳	歳	
居室の状況	床面積	10.76~11.59 m ²	10.76~11.59 m ²	
	便 所	<input type="checkbox"/> 1 有 <input checked="" type="checkbox"/> 2 無	<input type="checkbox"/> 1 有 <input checked="" type="checkbox"/> 2 無	
	浴 室	<input type="checkbox"/> 1 有 <input checked="" type="checkbox"/> 2 無	<input type="checkbox"/> 1 有 <input checked="" type="checkbox"/> 2 無	
	台 所	<input type="checkbox"/> 1 有 <input checked="" type="checkbox"/> 2 無	<input type="checkbox"/> 1 有 <input checked="" type="checkbox"/> 2 無	
入居時点で必要な費用	前払金	円	円	
	敷 金	30,000 円	30,000 円	
月額費用の合計		109,353 円	93,455 円	
家 賃		30,000 円	30,000 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 ※1ヶ月を30日とした場合	46,740 円 ※欠食時日割計算	46,740 円 ※欠食時日割計算
		管理費	21,136 円	5,238 円
		介護費用	円	円
		光熱水費 ※冬季期間加算額あり	10,477 円 ※11~4月 5,238 円	10,477 円 ※11~4月 5,238 円
		その他	持込家電管理費、寝具類以外料有	持込家電管理費、寝具類以外料有

※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	定額
敷金	家賃の0.97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	定額(事務・管理部門、生活支援サービス提供の為に人件費、施設共用部の維持管理費に充てるものとする)
食費	1日1,558円(朝417円 昼519円 夕622円 おやつ代含む) 46,740円/月(1ヶ月を30日とした場合)※欠食時日割り計算
光熱水費	電気・水道・ガス・暖房費用 ※冬季期間加算額あり 11~4月 5,238円
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	※家電製品の持込みに関して、1点につき315円(1ヶ月税込)を徴収致します。 ※寝具類をレンタルする場合、1日につき88円(税込)を徴収致します。 ※日用品、理美容費、医療・薬剤費、教養娯楽に関する費用、送迎交通費等、個人的に必要なものについては実費となります。

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	1人
	女性	18人
年齢別	65歳未満	人
	65歳以上 75歳未満	人
	75歳以上 85歳未満	7人
	85歳以上	12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	2人
	要介護 3	9人
	要介護 4	4人
	要介護 5	3人
入居期間別	6ヶ月未満	1人
	6ヶ月以上 1年未満	2人
	1年以上 5年未満	13人
	5年以上 10年未満	2人
	10年以上 15年未満	1人
	15年以上	人

(入居者の属性)

平均年齢	86.3歳
入居者数の合計	19人
入居率 ※	100%

※ 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	人
	社会福祉施設	人
	医療機関	2人
	死亡者	1人
	その他	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)	・長期入院となり、退院のめどがたたない

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		にわとこ 苦情・相談窓口
電話番号		017-763-0155
対応している 時間	平日	9:00~18:00
	土曜	9:00~18:00
	日曜・祝日	9:00~18:00
定休日		なし
窓口の名称		青森市福祉部 介護保険課
電話番号		017-734-5257
対応している 時間	平日	8:30~17:00
	土曜	
	日曜・祝日	
定休日		土曜、日曜、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"/> 1 あり	(その内容) 損害保険ジャパン株式会社 賠償責任保険 (ウォームハート)
	<input type="checkbox"/> 2 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 type="checkbox"/> 1 あり	(その内容)
	<input checked="" type="checkbox"/> 2 なし	
事故対応及びその予防のための指針	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり	<input type="checkbox"/> 2 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 type="checkbox"/> 1 あり	実施日	
		結果の開示	<input type="checkbox"/> 1 あり <input type="checkbox"/> 2 なし
	<input checked="" type="checkbox"/> 2 なし		
第三者による評価の実施状況	<input type="checkbox"/> 1 あり	実施日	
		評価機関名称	
		結果の開示	<input type="checkbox"/> 1 あり <input type="checkbox"/> 2 なし
	<input checked="" type="checkbox"/> 2 なし		

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）

説明年月日 令和 年 月 日

住宅型有料老人ホームにわたこの入居に際し、本書面に基づいて、重要事項を説明しました。

所在地 青森市大字三内字沢部 3 2 7 番地 8

名 称 住宅型有料老人ホームにわとこ

説明者氏名 _____ ⑩

利 用 者 住 所 _____

氏 名 _____ ⑩

身元引受人 住 所 _____

氏 名 _____ ⑩

別添1 事業主体が青森市内で実施する他の介護サービス

介護サービスの種類		事業所の名称		所在地
＜居宅サービス＞				
訪問介護	あり	なし	訪問介護事業所 ケアプラザ青森	青森市松森1丁目 12番16号
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		
福祉用具貸与	あり	なし		
特定福祉用具販売	あり	なし		
＜地域密着型サービス＞				
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		
＜居宅介護予防サービス＞				
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		
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		
＜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	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		
＜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		

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

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						なし	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）		※2			備考
					包含	都度	料金 ※3	
介護サービス								
食事介助	なし	あり	なし	あり	○		必要に応じて実施	
排泄介助・おむつ交換	なし	あり	なし	あり	○		必要に応じて実施	
おむつ代			なし	あり		○	実費 希望に応じて販売	
入浴（一般浴）介助・清拭	なし	あり	なし	あり		○	1,047円 要望がある場合に実施（1時間以内）	
特浴介助	なし	あり	なし	あり				
身辺介助（移動・着替え等）	なし	あり	なし	あり	○		必要に応じて実施	
機能訓練	なし	あり	なし	あり				
通院介助	なし	あり	なし	あり		○	628円 30分ごと 要望がある場合と緊急搬送及び夜間～早朝のみ対応 ※夜間 20時～翌7時（3割増料金）	
生活サービス								
居室清掃	なし	あり	なし	あり		○	628円 要望がある場合と必要に応じて実施（1時間以内）	
リネン交換	なし	あり	なし	あり	○		適宜実施	
日常の洗濯	なし	あり	なし	あり		○	105円 要望がある場合と必要に応じて実施	
居室配膳・下膳	なし	あり	なし	あり	○		適宜実施	
入居者の嗜好に応じた特別な食事			なし	あり				
おやつ			なし	あり	○		食費に含む	

理美容師による理美容サービス			なし	あり		○	実費	提携理美容師利用時
買い物代行	なし	あり	なし	あり		○	628 円	通常の利用区域（30 分ごと）
役所手続き代行	なし	あり	なし	あり		○	628 円	必要に応じて実施（30 分ごと）
金銭・貯金管理			なし	あり	○			適宜実施
健康管理サービス								
定期健康診断			なし	あり		○	実費	※年 1 回を基本にかかりつけ医の判断による
健康相談	なし	あり	なし	あり				
生活指導・栄養指導	なし	あり	なし	あり				
服薬支援	なし	あり	なし	あり	○			適宜実施
生活リズムの記録 （排便・睡眠等）	なし	あり	なし	あり	○			適宜実施
入退院・入院中のサービス								
移送サービス	なし	あり	なし	あり				
入退院中の同行	なし	あり	なし	あり		○	628 円	入退院時に付添が必要な場合に実施（30 分ごと）
入院中の洗濯物交換・ 買い物	なし	あり	なし	あり		○	洗濯（628 円） 買物（628 円）	要望がある場合に実施 買物（30 分ごと）
入院中の見舞い訪問	なし	あり	なし	あり	○			適宜実施

※ 1：利用者の所得等に応じて負担割合が変わる（1 割又は 2 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による場合に応じて、いずれかの欄に○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。