

クロスハート金沢・横浜
(介護予防) 通所介護及び第一号通所事業
重要事項説明書

(介護予防) 通所介護及び第一号通所事業 重要事項説明書

2024 年 10 月 1 日改訂版

1 クロスハート金沢・横浜の概要

(1) 事業所の概要

施設名	クロスハート金沢・横浜
所在地	〒236-0033 横浜市金沢区東朝比奈2-54-2
電話番号	045-791-7266 (通所介護直通)
FAX番号	045-791-7224
事業所番号	指定事業所番号 1470800879号
開設年月日	平成16年6月1日
敷地・建物概要	(契約形態) 賃貸契約 (建物) 軽量鉄骨造地上2階建 (床面積) 425.25㎡
併設サービス	(介護予防) 認知症対応型共同生活介護
営業日	年末年始を除いた月曜日から土曜日の毎日
営業時間	9時～18時
サービス提供時間	9時45分～16時45分
第三者評価の実施の有無	有(直近の評価日 年 月 日) ・ 無

(2) 当施設の職員体制

2024 年 10 月 1 日現在

職種	資格	常勤	非常勤	兼務	合計	業務内容
管理者	介護福祉士 介護支援専門員 社会福祉士	1名	0名	あり	1名	施設運営、施設管理 (グループホーム管理者兼務)
相談員	社会福祉主事 介護福祉士 介護支援専門員	1名	0名 1名 0名	あり	2名	相談援助業務 利用調整 通所介護計画の作成 (介護職員兼務)
看護職員 機能訓練指導員	正看護師 准看護師	0名	3名 1名	あり	4名	ご利用者の健康管理 機能訓練指導 身体介護等
介護職員	介護福祉士 実務者研修 初任者研修 その他	2名 0名 1名 0名	1名 1名 1名 3名	なし なし なし なし	9名	入浴・排せつ・食事等の身体介護 アクティビティや機能訓練の提供 送迎業務
その他の職員		0名	2名	あり	2名	
合計		5名	13名		18名	

※人員体制につきましては、職員の入・退職により若干の差異が生じる場合がございます

(3) 当事業所の設備の概要

定員	30名	トイレ	共有スペースに2箇所 (すべて車椅子対応)
面積	174.97㎡	静養室	あり(1ベッド)
浴室設備	一般浴槽・個別機械浴	設備	トイレ、洗面、エアコン、カラオケ、 中庭、送迎車5台

2 当施設の特徴等

(1) 運営の方針

法人の理念である「たくさんのよきものを人生の先輩たちと後輩たち、そして地域に捧ぐ」を基本とし、「杖の代わりに」をモットーにサービス提供を行っております。

(2) サービス提供のために

事 項	備 考
従業員への研修の実施	入職時の OJT に加え、全体研修については月に 1 回実施しています また外部講習を適宜受講させております。
マニュアルの整備状況	スタッフマニュアル、ケアマニュアル、緊急時対応マニュアル等を整備 しております

3 サービスの内容

(1) 提供するサービス内容

サービス	内 容
食事	昼食 12時 お茶 15時 通常のお食事の他に一口大、キザミ食、ムース食をご用意いたします（特別な お食事が必要な方は予めお申し出下さい）
入浴	居宅介護計画に応じてご入浴いただきます。お着替えをご準備下さい。 （タオル、石鹸類は当事業所にてご用意いたします。）
排泄	お身体のご状態にあわせた排泄介助を実施いたします。 リハビリパンツ、パッド等はご持参ください。
健康管理	ご家族や主治医、担当のケアマネジャーと連携の上で、 看護師による健康管理を実施いたします
個別機能訓練	機能訓練動作をはじめとして日常の生活動作やゲーム等を通じて実施いたしま す。曜日により運動指導員、音楽療法士の訓練があります。
生活相談	ご利用にあたっての各種相談、日常生活上（ご自宅での生活を含む） についての相談に応じます。ご遠慮なく生活相談員までお申し出下さい。
レクリエーション	音楽や絵画レクリエーションをはじめとするレクリエーションや建物の特徴を 活かした敷地内での行事を適宜実施いたします プログラムによっては予めご相談の上で費用を実費負担いただく場合もござい ます
通所介護計画書の作成	ご利用開始時には居宅介護計画書（ケアプラン）にもとづいた通所介護計画書 を作成し、その内容に沿った介護をいたします 通所介護計画書の内容については、必要に応じて見直しをいたします
送迎実施地域	横浜市/金沢区全域、横須賀市/追浜本町、追浜町、追浜東町、追浜南町、浦郷町、 鷹取町、湘南鷹取、浜見台、船越町、逗子市/沼間、池子

(2) サービスの利用に当たっての留意事項

送迎	原則として、ご自宅の玄関から当施設までの送迎となります その他、お手伝いが必要な場合はご相談下さい
食事等	昼食ならびに飲み物（お茶や珈琲等）、お茶菓子をご用意いたします 職員も一緒にさせていただく場合がございます。
飲酒・喫煙	原則、飲酒喫煙はできません。
金銭、貴重品の管理	紛失や破損の責任は負いかねますので、なるべくお持ちにならないよう願 いいたします
ご用意いただくもの	取り違えや紛失予防のため、すべてのお持ち物と衣服にはお名前の記入を願 いいたします。
入浴について	身体のご状態によって当日の入浴の可否をきめさせていただきます また必要に応じて中間浴を用いてご入浴いただきます
医療的処置について	服薬の援助、医療的処置が必要な場合は予めご相談ください。 看護師がお手伝いさせていただきますがデイサービスでの処置が難しい場合 もございます。

4 サービスのご利用にかかる費用

- (1) 利用料金
 - ・別表 1 に記載
- (2) キャンセル料について
 - ・利用をお休みされる場合は、当日の 8 時 30 分までに施設までご連絡をお願いいたします。
お客様の正当な事由（体調不良等）以外のご連絡なきキャンセルの場合は、一日のご食材費相当分をキャンセル料として請求させていただきます。
- (3) 料金の支払方法
 - ・毎月、15 日までに前月分の請求書をお渡しし、27 日に口座引き落としをさせていただきます。
 - ・お支払い完了の際は領収証を発行いたします。

5 サービスの利用方法

- (1) サービスの利用開始
 - ①まずは、お電話等で見学のお申し込みをお願いいたします
 - ②当施設の職員が施設のご案内ならびに概要のご説明をいたします
※ 居宅サービス計画（ケアプラン）の作成を依頼している場合は、ご利用にあたり、必ず担当の介護支援専門員とご相談下さい
 - ③お申し込みに必要な書類を受領後、訪問調査にて状態の確認をさせていただきます
 - ④契約後、利用開始日を双方協議の上で決定いたします
- (2) サービスの終了
 - ア 利用者からの申し出によるサービスの終了
 - ・お客様のご都合でサービスを終了する場合は書面にてご連絡をお願いいたします
 - イ サービスの自動終了
 - 以下の場合は、双方の通知がなくても、自動的にサービスを終了いたします。
 - ・お客様が介護保険施設に入所した場合
 - ・お客様の要介護認定区分が、「非該当（自立）」と認定された場合
 - ・お客様が亡くなられた場合
 - ウ その他
 - ・お客様やご家族などが当施設や当施設のサービス従業者に対して本契約を継続し難いほどの背信行為を行った場合は、30 日前に文書で通知し、利用を中止していただく場合があります。
 - ・お客様がサービス利用料金の支払を 2 ヶ月以上滞納し、料金を支払うようお願いしたにもかかわらず 14 日以内にお支払いいただけない場合は、7 日前までに文書で通知し、利用を中止していただく場合がございます

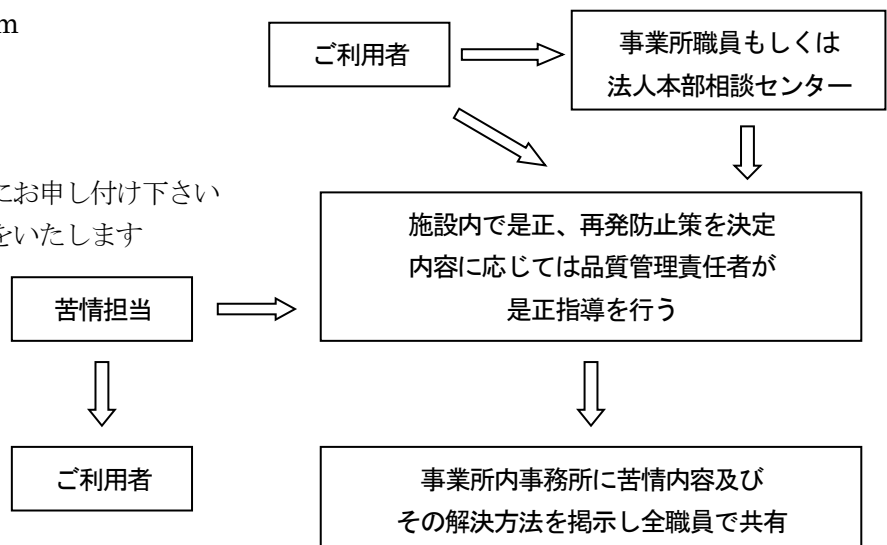
6 サービス内容に関する苦情

(1) 当施設のお客様相談・苦情処理

担当者 田中 祥子（不在の場合は佐藤 千香、または樋川 佳奈）
電 話 クロスハート金沢・横浜 045-791-7266 FAX 045-791-7224
メール tanaka-s@skfch.com
受付日 年中無休
受付時間 9:00～18:00

(2) 苦情処理体制

- ①お気づきになったことを職員にお申し付け下さい
- ②法人内の適切な部門にて是正をいたします
- ③行った対応と再発防止策を
管理者より報告いたします



(3) その他

当事業所以外に、お住まいの市町村の相談・苦情窓口等に苦情を伝えることができます

横浜市金沢区 高齢・障害支援課	電話 045-788-7868
横浜市栄区 高齢・障害支援課	電話 045-894-8547
横浜市健康福祉局介護事業指導課	電話 045-671-2356
逗子市福祉部介護保険課	電話 046-872-8116
横須賀市福祉部介護保険課	電話 046-822-8253
神奈川県国民健康保険団体連合会 介護苦情相談課	電話 045-329-3447
伸こう福祉会お客様ご意見・ご相談センター	電話 0120-283-027

7. 緊急時の対応方法

サービスの提供中に様態の変化があった場合は、事前の打ち合わせにより、主治医もしくはご家族へ連絡を致します。(※「ご利用にあたっての確認欄」へご記入ください)

8 事故発生時の対応

- ・ サービスの提供中に事故が発生した場合は、お客様に対し応急処置、医療機関への搬送等の措置を講じ、速やかにお客様がお住まいの市町村、ご家族に連絡を行います。
- ・ また、事故の状況及び事故に際してとった処置について記録するとともに、その原因を解明し、再発生を防ぐための対策を講じます。
- ・ なお、当事業所の介護サービスにより、お客様に生じた損害については、施設は直ちに必要な措置を講ずるとともに、法的な責任を負う場合は、相当因果関係の範囲内において賠償するものとします。守秘義務に違反した場合も同様とします。

ただし、損害の発生について、お客様に故意、又は過失が認められた場合、又はお客様の置かれた心身の状況等を斟酌して減額するのが相当と認められた場合には、施設の損害賠償責任を減じさせていただきます。

9 非常災害対策

防災設備	火災報知器、煙感知器、火災受信機、消火器、避難誘導灯
防災訓練	年に2回、昼と夜を想定して実施
防火責任者	田中 祥子

10 秘密の保持について

- (1) 当該事業所の従事者ならびに退職した従事者は、正当な理由がなくその業務上知り得たお客様及びご家族の秘密を漏らしません。
- (2) お客様の医療上緊急の必要がある場合又はサービス担当者会議等で必要がある場合に限り、あらかじめ文書による同意を得た上で、必要な範囲内でお客様又はご家族の個人情報を用います。

11 高齢者虐待防止の為の措置

- (1) 高齢者虐待防止の指針を定め、虐待防止検討委員会を設置し、虐待の発生又は再発を防止する為の委員会を定期的に開催する。
- (2) 虐待防止のための指針に基づいた研修を年1回以上実施する。
- (3) 上記措置を適切に実施するため管理者を担当者とする。

12 運営法人の概要

名 称	社会福祉法人 伸こう福祉会
代表者名	理事長 高田 益江
法人所在地 連絡先	横浜市栄区公田町1020-5 電話 045-896-1234 FAX 045-896-1235
実施事業 の概要	・特別養護老人ホーム・(介護予防) 短期入所生活介護 クロスハート栄・横浜 / クロスハート幸・川崎 ・(介護予防) 認知症対応型共同生活介護 (グループホーム) クロスハート中・横浜 / クロスハート田谷・栄 / クロスハート金沢・横浜 クロスハート二階堂・鎌倉 / クロスハート宮前・川崎 / クロスハート港南・横浜 クロスハート本鵜沼・藤沢 / クロスハート南・横浜 / クロスハート円行・藤沢 クロスハート十二所・鎌倉 / クロスハート鶴見・横浜 / クロスハート本牧・横浜 ・通所介護及び指定第一号通所事業 クロスハート栄・横浜 / クロスハート金沢・横浜 / クロスハート本鵜沼・藤沢 クロスハート十二所・鎌倉 / クロスハート湘南台二番館 ・通所介護及び指定第一号通所事業・認知症対応型通所介護 横浜市屏風ヶ浦地域ケアプラザ ・(介護予防) 特定施設入居者生活介護 クロスハート湘南台・藤沢 ・(介護予防) 特定施設入居者生活介護 (介護予防) 短期入所生活介護 クロスハート石名坂・藤沢 / クロスハート湘南台二番館 ・(介護予防) 特定施設入居者生活介護 ファミリー湘南 ・定期巡回・随時対応型訪問介護看護 クロスハート栄・横浜 ・地域ケアプラザ運営・居宅介護支援事業所 横浜市屏風ヶ浦地域ケアプラザ / 横浜市野七里地域ケアプラザ ・地域密着型介護福祉施設・(介護予防) 短期入所生活介護 クロスハート野七里・栄 ・(介護予防) 小規模多機能施設 クロスハート十二所・鎌倉 / クロスハート鶴見・横浜 / クロスハート幸・川崎 ・看護小規模多機能型居宅介護 クロスハート港南・横浜 ・訪問看護 クロスハート港南・横浜 ・認可保育園 キディ鵜沼・藤沢 本園 / キディ鵜沼・藤沢 分園 / キディ百合丘・川崎 / キディ湘南 C-X / キディ古市場保育園 / キディ石川町・横浜 / キディ鈴木町・川崎 / キディ大倉山・横浜 ・川崎認定保育園 キディ二子・川崎 ・子育て支援拠点 子育てキディ・洋光台 ・障害者グループホーム クロスハート東蒔田 / クロスハート南太田 / クロスハート矢部 / クロスハート上倉田 クロスハート戸塚南 ・障害者就労支援 クロスハートワーク戸塚

【重要事項説明書 別紙1】 サービスのご利用にかかる費用

※介護保険の計算上、下記金額に多少の差異が生じることがございます。

ア 通所介護利用料 (横浜市1単位=10,720円)

区分	項目	単位 (回)	介護保険1割 自己負担額	介護保険2割 自己負担額	介護保険3割 自己負担額	備考
基本	要介護度1	658	706円	1,411円	2,116円	
	要介護度2	777	833円	1,666円	2,499円	
	要介護度3	900	965円	1,930円	2,895円	
	要介護度4	1,023	1,097円	2,194円	3,290円	
	要介護度5	1,148	1,231円	2,462円	3,692円	
加算	入浴介助加算 (I)	40	43円	86円	129円	
	口腔機能向上加算 (II)	160	172円	343円	515円	月2回
	科学的介護推進体制加算	40	43円	86円	129円	1月
	サービス提供体制強化加算 (III)	6	7円	13円	20円	
	送迎減算	-47	-51円	-101円	-151円	片道
	介護職員等 処遇改善加算II	総単位数 ×0.09	総単位数×0.9× 10.72 の1割もしくは2割、3割負担			

イ 第一号通所事業 (横浜市通所相当サービス) 利用料 (1単位=10,720円)

区分	項目	単位 (月)	介護保険1割 適用時の 自己負担額	介護保険2割 適用時の 自己負担額	介護保険3割 適用時の 自己負担額	備考
基本	通所型独自サービス11	1,798	1,928円	3,855円	5,783円	要支援1、事業対象者で週1回程度の通所
	通所型独自サービス/212	1,798	1,928円	3,855円	5,783円	要支援2、事業対象者で週1回程度の通所
	通所型独自サービス22	3,621	3,882円	7,764円	11,646円	要支援2、事業対象者で週2回程度の通所が
	科学的介護推進体制加算	40	43円	86円	129円	1月
	口腔機能向上加算 (II)	160	172円	343円	515円	月1回
	サービス提供体制強化加算 (III)	24	26円	52円	78円	※週1回程度の通所
	介護職員等 処遇改善加算II	総単位数 ×0.09	総単位数×0.9×10.72 の1割もしくは2割、3割負担			

ウ 第一号通所事業（横須賀市通所相当サービス）利用料 （1単位=10,54円）

区分	項目	単位（月）	介護保険1割 適用時の 自己負担額	介護保険2割 適用時の 自己負担額	介護保険3割 適用時の 自己負担額	
基本	通所型独自 サービス1	1,798	1,895円	3,790円	5,685円	要支援1、事業対象者で週1回程度の通所
	通所型独自 サービス2	3,621	3,817円	7,633円	11,450円	要支援2、事業対象者で週2回程度の通所
	通所型独自 サービス2 1	1回436	460円	919円	1,379円	要支援1、事業対象者で1月の中で全部で4回
	通所型独自 サービス2 2	1回447	472円	943円	1,414円	要支援2、事業対象者で1月の中で全部で8回
	科学的介護推進 体制加算	40	43円	85円	127円	1月
	口腔機能向上加 算（Ⅱ）	160	169円	338円	506円	月1回
	サービス提供体制 強化加算（Ⅲ）	24	26円	51円	76円	※週1回程度の通所
		48	51円	101円	152円	※週2回程度の通所
	介護職員等 処遇改善加算Ⅱ	総単位数 ×0.09	総単位数×0.9×10.72 の1割もしくは2割、3割負担			

エ 第一号通所事業（逗子市通所相当サービス）利用料 （1単位=10,54円）

区分	項目	単位（月）	介護保険1割 適用時の 自己負担額	介護保険2割 適用時の 自己負担額	介護保険3割 適用時の 自己負担額	
基本	通所型独自 サービス1	1,798	1,895円	3,790円	5,685円	要支援1、事業対象者で週1回程度の通所
	通所型独自 サービス2	3,621	3,817円	7,633円	11,450円	要支援2、事業対象者で週2回程度の通所
	通所型独自 サービス2 1	1回436	460円	919円	1,379円	要支援1、事業対象者で1月の中で全部で4回
	通所型独自 サービス2 2	1回447	472円	943円	1,414円	要支援2、事業対象者で1月の中で全部で8回
	科学的介護推進体制 加算	40	43円	85円	127円	1月
	口腔機能向上加算 （Ⅱ）	160	169円	338円	506円	月1回
	サービス提供体制 強化加算（Ⅲ）	24	26円	51円	76円	※週1回程度の通所
		48	51円	101円	152円	※週2回程度の通所
	介護職員等 処遇改善加算Ⅱ	総単位数 ×0.09	総単位数×0.9×10.72 の1割もしくは2割、3割負担			

オ 食事代

710円（1食あたり）

おやつ代

100円（1回ご利用ごと）

カ その他

・お客様のご希望により、レクリエーションや外出行事に参加した際、材料費等実費を頂く場合があります。

【重要事項説明書 別紙2】 個人情報の取り扱いについて

社会福祉法人伸こう福祉会、クロスハート金沢・横浜デイサービスは個人情報の取り扱いについて、以下のとおり公表いたします：

- 1 使用目的
 - (1) サービス計画の立案のため。
 - (2) 円滑なサービス提供のために実施するサービス担当者会議での情報提供のため。
 - (3) サービス提供事業者、行政機関及び民生委員等との連絡調整のため。
 - (4) ご家族等へのご利用者の身体状況等の説明のため。
 - (5) かかりつけの医療機関からの意見、助言を求める場合。
 - (6) 事故、災害及び緊急を要するとき等におけるご家族、行政機関等との連絡調整、医療機関への連絡及び保険会社への届出等のため。
 - (7) 介護保険の給付管理に係る事務及び会計事務のため。
 - (8) 業務の維持改善のための基礎資料として。

2 個人情報第三者への提供について

当事業所では、ご利用者の同意を得ることなく、ご利用者の個人情報を第三者に提供することはありません。

ただし、法令に基づく場合（介護保険法における不正受給者に係る市町村への通知等）、ご利用者の生命・身体・財産の保護のために必要がある場合であって、ご利用者の同意を得ることが困難なときはこの限りではありません。

3 個人情報の取り扱いを外部の業者に委託する場合について

当事業所が保有する個人情報について、外部の業者に委託するときは、必要な契約を締結し、適切な管理・監督を行います。

4 個人情報の開示、苦情の申し立てについて

当事業所が保有する個人情報に関する開示、訂正、削除、利用停止、提供拒否及び苦情につきましては、下記の窓口で受け付けいたします。

個人情報受付担当	田中 祥子
個人情報管理責任者	田中 祥子
電話番号	045-791-7266
FAX 番号	045-791-7224

5 安全管理

当施設では、個人情報の漏洩、滅失、毀損、改ざんを防止し、安全管理を徹底いたします。また職員教育を継続し、個人情報の適切な取り扱いを指導してまいります。

以 上

個人情報使用の同意について

使用する期間は 年 月 日 ～ 年 月 日までとします。

但し、(介護予防) 通所介護計画書、第一号通所事業契約書第2条第2項の規定により、個人情報の使用についても文書による契約満了の申し出がない場合は自動更新されるものとします。

使用同意については、重要事項説明書【説明確認欄】および【利用者記入欄】での署名をもって同意といたします。

【重要事項説明書 別紙3】 利用料金の請求・お支払いについて

当事業所においては、施設利用料金を以下のごとく清算し、ご請求いたします。

<請求書の発行>

- 毎月末に清算し、翌月 10 日から 15 日の間にご指定のご家族宛に郵送いたします

<お支払い方法>

- 横浜銀行（浜銀ファイナンス）より自動引き落としさせていただきます
引落日： 毎月 27 日（土・日・祝日の場合は銀行翌営業日）
- 大変お手数ですが、預金口座振替依頼書を記入・捺印の上で、利用開始時にご提出をお願いします。
- 口座振替成立後、それまでのご請求があった金額を纏めて引き落としさせていただきます。
- 利用料の滞納等、その他の理由により口座引き落としが難しい場合はお振り込みをお願いする場合がございます。
銀行名： 横浜銀行（浜銀ファイナンス）
通帳表示： シンコウフクシカイ

<領収書の発行>

- 前月分の領収書を翌月の請求書に同封してお渡しいたします
- 領収書を紛失された場合は、再発行はできません。支払い証明書を発行させていただきます。

【説明確認欄】

通所介護および第一号通所事業の提供開始にあたり、重要事項説明書の内容および、別紙1～3に記載されている内容を含め、利用者に対して本書面に基づき重要な事項を説明し、交付しました。(別紙1「利用料の詳細」別紙2「個人情報の取り扱いについて」別紙3「利用料の請求および支払いについて」)

事業所所在地 横浜市金沢区東朝比奈2丁目54番2号
名称 クロスハート金沢・横浜 デイサービス
管理者 田中 祥子

説明年月日 年 月 日

説明者 _____

【利用者記入欄】

通所介護および第一号通所事業の提供開始にあたり、重要事項説明書の内容および、別紙1～3に記載されている内容を含め、利用者に対して本書面に基づき重要な事項を説明と交付を受け利用の開始に同意します。(別紙1「利用料の詳細」別紙2「個人情報の取り扱いについて」別紙3「利用料の請求および支払いについて」)

同意年月日 年 月 日

(利用者

利用者名 _____

住所 _____

電話番号 _____

※代筆の場合は代筆者名とその続柄／代筆者 _____ ()

(保証人・法定後見人) どちらかに○をお付けください

氏名 _____

住所 _____

電話番号 _____

【ご利用にあたっての確認欄】※必ず意思決定ができる方がご記入ください。

1. 緊急時の対応方法

主治医	病院名 担当医			
	所属		電話番号	
ご家族 (緊急連絡先)	氏名			
	自宅 電話		携帯番号	

2. 利用者の急変時に関する意思確認

当事業所のご利用中に予期せぬ状態で容態が急変した場合は、以下の対応を望みます：

- (1) 利用者が呼吸困難、意識喪失、心臓麻痺等により急激に容態悪化（心肺停止の危機）に陥った場合は：（該当するものに○をした上で、必要事項を記入）

1) _____ 病院に救急車搬送を希望

2) 家族に連絡をして、その指示に従っての対応を希望

①氏名 _____ 続柄 _____

電話番号 昼間の連絡先 _____

携帯電話 _____

②氏名 _____ 続柄 _____

電話番号 昼間の連絡先 _____

携帯電話 _____

- (2) 家族・後見人に連絡がつかない場合：（該当するものに○）

1) 救急車搬送の判断、手続き、移送を事業所に一任する

→搬送先での延命治療（気管挿管等）の実施 希望する 希望しない

2) 連絡がとれるまでは施設内に待機とする

3. 請求について

請求書送付先住所 _____

利用料金支払い者名（支払口座名義） _____

支払い者の利用者との続柄 _____

メールアドレス（web 明細希望時） _____ @ _____
 （氏名： _____ 続柄： _____）

【今後のご利用料の概算】

【1ヶ月のご利用料概算】

ご利用曜日 月・火・水・木・金・土・日	a：単位・円	b：利用 回数	c：合計単位（月） (a × b)
ご利用料 事業対象者・要支援1・2 要介護1・2・3・4・5	単位	回	単位
入浴加算（Ⅰ）	40 単位	回	単位
科学的介護推進体制加算	40 単位	月	単位
サービス提供体制強化加算（Ⅲ）	6 24・48 単位	回 月	単位
口腔機能向上加算（Ⅱ）	160 単位	回	単位
送迎減算	－47 単位	回	単位
介護職員等処遇改善加算（Ⅱ）	上記で算定する単位の合計の 1000 分の 90 単位		単位
単位合計	d：		単位
d × (10.72 円・10.54 円)	e：		円
e × 0.9 又は 0.8 又は 0.7（介護保険分）	f：		円
e－f（自己負担分）	g：		円
昼食代	710 円	回	h： 円
お菓子代	100 円	回	i： 円
1ヶ月のご利用料金（概算）	g + h + i = 円		