

重要事項説明書

記入年月日	年 月 日
記入者名	
所属・職名	

※ サービス付き高齢者向け住宅の登録を受けている有料老人ホームについては、「登録申請書の添付書類等の参考とする様式について（平成23年10月7日付け厚生労働省老健局高齢者支援課長・国土交通省住宅局安心居住推進課長事務連絡）」の別紙4の記載内容を合わせて記載して差し支えありません。その場合、以下の1から3まで及び6の内容については、別紙4の記載内容で説明されているものとみなし、欄自体を削除して差し支えありません。

1. 事業主体概要

種類	個人／法人 法人	
	※法人の場合、その種類	株式会社
名称	ふりがな なんごくらいふけあかぶしきかいしゃ	
	南国ライフケア株式会社	
主たる事務所の所在地	〒890-0842	
連絡先	電話番号	099-222-7500
	FAX番号	099-248-8660
	ホームページアドレス	http://www.nangoku-lc.com/
代表者	氏名	野村 浩二
	職名	代表取締役社長
設立年月日	昭和 <u>平成</u> 22年 8月 26日	
主な実施事業	※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） なんごくかもいけけあはいつ	
	南国鴨池ケアハイツ	

所在地	〒890-0056 鹿児島市下荒田4丁目46番16号		
主な利用交通手段	最寄駅	市電、騎射場 駅	
	交通手段と所要時間	①鹿児島市営バス 体育館前停留所 下車、徒歩5分	
連絡先	電話番号	099-806-7710	
	FAX番号	099-806-7717	
	ホームページアドレス	http://www.nangoku-ic.com/	
管理者	氏名	[REDACTED]	
	職名	施設長兼管理者	
	建物の竣工日	昭和	平成 8年 10月 15日
	有料老人ホーム事業の開始日	昭和	平成 22年 8月 26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)		
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	平成 年 月 日
	指定の更新日 (直近)	平成 年 月 日

3. 建物概要

土地	敷地面積	330 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 2013年 ~ 2038年 2なし	
	契約の自動更新	① あり 2 なし	
建物	延床面積	全体	605m ²
		うち、老人ホーム部分	605m 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 2013年 ~ 2038年	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	14.12㎡	2	一般居室個室
	タイプ2	有/無	有/無	21.12㎡	12	一般居室個室
	タイプ3	有/無	有/無	㎡		
	タイプ4	有/無	有/無	㎡		
	タイプ5	有/無	有/無	㎡		
	タイプ6	有/無	有/無	㎡		
タイプ7	有/無	有/無	㎡			
タイプ8	有/無	有/無	㎡			
タイプ9	有/無	有/無	㎡			
タイプ10	有/無	有/無	㎡			
※「一般居室個室」「一般居室相部屋」「介護居室個室」「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	ヶ所	うち男女別の対応が可能な便房	0ヶ所		
			うち車椅子等の対応が可能な便房	0ヶ所		
	共用浴室	ヶ所	個室	1ヶ所		
			大浴場	0ヶ所		
共用浴室における	ヶ所	チェアー浴	1ヶ所			
		リフト浴	0ヶ所			

			ストレッチャー浴	〇ヶ所
			その他()	ヶ所
	食堂	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	② なし	
	エレベーター	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	① あり	2 なし	
	自動火災報知設備	① あり	2 なし	
	火災通報設備	① あり	2 なし	
	スプリンクラー	① あり	2 なし	
	防火管理者	① あり	2 なし	
	防災計画	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	<ul style="list-style-type: none"> ・入居者の皆様が地域の中で、その人らしく安心して暮らせるよう支援いたします ・入居者の皆様の尊厳ある生活をお守りします ・入居者の皆様の自立支援、「Quality of Life」の向上を目指します ・常に入居者の皆様を尊重し、生活支援に日々研鑽を積んでいきます
サービスの提供内容に関する特色	明るく家庭的な雰囲気の中で、利用者様のペースに合わせて活動を実施しております。行事は季節毎に職員ともに外出し、夏祭りや家庭的な行事も実施しております。
入浴、排せつ又は食事の介護	① 自ら実施 2 委託 ③ なし(入浴は無)
食事の提供	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 3 なし(洗濯は委託)
健康管理の供与	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	① 自ら実施 2 委託 3 なし
生活相談サービス	① 自ら実施 2 委託 3 なし

(介護サービスの内容) ※特定施設入居者生活介護等の提供を行っていない場合は省略可能

特定施設入居者生活介護の対象となるサービスの体制の有無	入居継続支援加算	1 あり 2 なし
	生活機能向上連携加算	1 あり 2 なし
	個別機能訓練加算	1 あり 2 なし
	夜間看護体制加算	1 あり 2 なし

	若年性認知症入居者受入加算	1	あり	2	なし	
	医療機関連携加算	1	あり	2	なし	
	口腔衛生管理体制加算	1	あり	2	なし	
	栄養スクリーニング加算	1	あり	2	なし	
	退院・退所時連携加算	1	あり	2	なし	
	看取り介護加算	1	あり	2	なし	
	認知症専門 ケア加算	(I)	1	あり	2	なし
		(II)	1	あり	2	なし
サービス提 供体制強化 加算	(I)イ	1	あり	2	なし	
	(I)ロ	1	あり	2	なし	
	(II)	1	あり	2	なし	
	(III)	1	あり	2	なし	
人員配置が手厚い介護サービス の実施の有無	1	あり	(介護・看護職員の配置率) : 1			
	②	なし				

(医療連携の内容)

医療支援	※複数選択可	① 救急車の手配 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	仁愛会クリニック		
		住所	鹿児島県鹿児島市新栄町2-1		
		診療科目	内科、放射線科		
		協力内容	入居者に対する健康管理、疾病治療、往診、入院		
	2	名称	慈風会 厚地脳神経外科病院		
		住所	鹿児島県鹿児島市東千石町4-13		
		診療科目	脳神経外科		
		協力内容	入居者に対する健康管理、疾患治療、入院		
協力歯科医療機関	1	名称	村上歯科		
		住所	鹿児島市上之園町25-10 竹原ビル2F		
		協力内容	入居者への歯科治療、往診		
	2	名称	太田歯科医院		
		住所	鹿児島市鴨池2丁目24-14		
		協力内容	入居者への歯科治療、往診		

(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

		③ その他（他の一般居室個室、関連施設の一般居室個室）
判断基準の内容	ご本人、ご家族の希望	
手続きの内容	他の一般居室個室に移る場合は手続きなし、関連施設へは契約書作成	
追加的費用の有無	1 あり ② なし	
居室利用権の取扱い	契約者に限る	
前払金償却の調整の有無	1 あり 2 なし	
従前の居室との 仕様の変更	面積の増減	1 あり ② なし
	便所の変更	1 あり ② なし
	浴室の変更	1 あり ② なし
	洗面所の変更	1 あり ② なし
	台所の変更	1 あり ② なし
	その他の変更	① あり 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	他の入居者様に迷惑をかける、集団生活が難しい方はご遠慮頂く	
契約の解除の内容	退居日の少なくとも30日前に退去届を提出	
事業主体から解約を求める場合	解約条項	入居契約書類第27条、第28条
	解約予告期間	1ヶ月
入居者からの解約予告期間	1ヶ月	
体験入居の内容	① あり（内容：1泊5000円（食事代1500円、家賃管理料など3500円）、空室時のみ） ② なし	
入居定員	14人	
その他		

5. 職員体制

※有料老人ホームの職員について記載すること（同一法人が運営する他の事業所の職員については記載する必要はありません）。

（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	3	3		
直接処遇職員	7			
介護職員	7	5	2	
看護職員	1	1		
機能訓練指導員	1		1	
計画作成担当者				
栄養士				
調理員	3		3	
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	5		
実務者研修の修了者			
初任者研修の修了者		2	
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	1		

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			

(夜勤を行う看護・介護職員の人数)

夜勤帯の設定時間 (17:30時 ~ 翌9時30分)		
	平均人数	最少時人数 (休憩者等を除く)
看護職員	看護もしくは介護職員1人	看護もしくは介護職員1人
介護職員	看護もしくは介護職員1人	看護もしくは介護職員1人

(特定施設入居者生活介護等の提供体制)

特定施設入居者生活介護の利用者に対する看護・介護職員の割合 (一般型特定施設以外の場合、本欄は省略可能)	契約上の職員配置比率 ※ 【表示事項】	a 1.5 : 1以上 b 2 : 1以上 c 2.5 : 1以上 d 3 : 1以上
	実際の配置比率 (記入日時点での利用者数 : 常勤換算職員数)	
※広告、パンフレット等における記載内容に合致するものを選択		
外部サービス利用型特定施設である有料老人ホームの介護サービス提供体制 (外部サービス利用型特定施設以外の場合、本欄は省略可能)	ホームの職員数	
	訪問介護事業所の名称	
	訪問看護事業所の名称	
	通所介護事業所の名称	

(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					
	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										
前年度1年間の退職者数			1							
に業務に就いた従事した職員の経験年数	1年未満			1	1					
	1年以上	1		2	1		1			
	3年未満									
	3年以上			1						
	5年未満									
	5年以上			3		3				
	10年未満									
	10年以上									
従業者の健康診断の実施状況			①		あり		2		なし	

前年度1年間の																			
退職者数																			
に業務に 従事した 職員の 経験年数	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																			
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】	① 利用権方式	
	2 建物賃貸借方式	
	3 終身建物賃貸借方式	
利用料金の支払い方式 【表示事項】	1 全額前払い方式	
	2 一部前払い・一部月払い方式	
	③ 月払い方式	
	4 選択方式	1 全額前払い方式
		2 一部前払い・一部月払い方式
	※該当する方式を全て選択	3 月払い方式
年齢に応じた金額設定	1 あり	② なし
要介護状態に応じた金額設定	1 あり	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	① 減額なし	
	2 日割り計算で減額	
	3 不在期間が 日以上の場合に限り、日割り計算で減額	
利用料金の改定	条件	個々の契約時の金額より増額する場合
	手続き	運営懇談会にて承認を得る

(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	4	3
	年齢	89歳	86歳
居室の状況	床面積	14.12㎡	21.12㎡

	便所	① 有 2 無	① 有 2 無
	浴室	1 有 ② 無	1 有 ② 無
	台所	1 有 ② 無	1 有 ② 無
入居時点で 必要な費用	前払金		円
	敷金	126,000円	126,000円
月額費用の合計		133,200+電気料円	133,200+電気料円
家賃		42,000円	42,000円
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	48,000円	48,000円
	管理費（水道、ガス代含む）	43,200円	43,200円
	介護費用	管理料に含む	管理料に含む
	光熱費（電気料を実費徴収）	実費円	実費円
	その他	円	円
※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	地域相場による
敷金	家賃の 3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	*介護保険サービスの自己負担額は含まない。
食費	地域相場による
光熱水費	地域相場による
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等	

（特定施設入居者生活介護に関する利用料金の算定根拠）※特定施設入居者生活介護等の提供を行っていない場合は省略可能

費目	算定根拠
特定施設入居者生活介護※に対する自己負担	
特定施設入居者生活介護※における人員配置が手厚い場合の介護サービス（上乘せサービス）	
※ 介護予防・地域密着型の場合を含む。	

(前払金の受領) ※前払金を受領していない場合は省略可能

算定根拠		
想定居住期間 (償却年月数)		ヶ月
償却の開始日		入居日
想定居住期間を超えて契約が継続する場合に備えて受領する額 (初期償却額)		円
初期償却率		%
返還金の算定方法	入居後3月以内の契約終了	
	入居後3月を超えた契約終了	
前払金の 保全先	1 連帯保証を行う銀行等の名称	
	2 信託契約を行う信託会社等の名称	
	3 保証保険を行う保険会社の名称	
	4 全国有料老人ホーム協会	
	5 その他 (名称:)	

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	2人
	女性	14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	1人
	85歳以上	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	1人
	要介護3	4人
	要介護4	4人
要介護5	2人	
入居期間別	6ヶ月未満	1人
	6ヶ月以上1年未満	人
	1年以上5年未満	8人

	5年以上10年未満	7人
	10年以上15年未満	人
	1年以上5年未満	人

(入居者の属性)

平均年齢	84.2 歳
入居者数の合計	16 人
入居率	114%
※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	1人
	死亡者	人
	その他	人
生前解約の状況	施設側の申し出	0人
	(解約事由の例)	
	入居者側の申し出	0人
	(解約事由の例)	

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	南国鴨池ケアハイツ 事務室	
電話番号	099-806-7711	
対応している時間	平日	9:00~17:00
	土曜	休み
	日曜・祝日	休み
定休日	土日曜日・祝日	

(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	① あり	(その内容) 人身事故など
	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	① あり	(その内容) 人身事故など
	2 なし	
事故対応及びその予防のための指針	① あり	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	① あり	実施日	平成30年3月29日
		結果の開示	① あり 2 なし
	2 なし		
第三者による評価の実施状況	1 あり	実施日	
		評価機関名称	
	結果の開示	1 あり 2 なし	
	② なし		

9. 入居希望者への事前の情報開示

入居契約書の雛形	① 入居希望者に公開 2 入居希望者に交付 3 公開していない
管理規程	① 入居希望者に公開 2 入居希望者に交付 3 公開していない
事業収支計画書	① 入居希望者に公開 2 入居希望者に交付 3 公開していない
財務諸表の要旨	① 入居希望者に公開 2 入居希望者に交付 3 公開していない
財務諸表の原本	① 入居希望者に公開 2 入居希望者に交付 3 公開していない

10. その他

運営懇談会	① あり	(開催頻度) 年 1 回
-------	------	--------------

	2 なし
	1 代替措置あり (内容)
	2 代替措置なし
提携ホームへの移行 【表示事項】	1 あり (提携ホーム名： ② なし
有料老人ホーム設置時の老人福祉法第29条第1項に規定する届出	① あり 2 なし 3 サービス付き高齢者向け住宅の登録を行っているため、高齢者の居住の安定確保に関する法律第23条の規定により、届出が不要
高齢者の居住の安定確保に関する法律第5条第1項に規定するサービス付き高齢者向け住宅の登録	1 あり ② なし
有料老人ホーム設置運営指導指針「5.規模及び構造設備」に合致しない事項	1 あり ② なし
合致しない事項がある場合の内容	
「6.既存建築物等の活用の場合等の特例」への適合性	1 適合している (代替措置) 2 適合している (将来の改善計画) 3 適合していない
有料老人ホーム設置運営指導指針の不適合事項	あり
不適合事項がある場合の内容	場合により、一般居室における夫婦、親族の入居は可とする ただしその場合は入居者1人当たりの床面積は13㎡に満たない

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)

※ _____ 様

説明年月日 平成 年 月 日

説明者署名 _____

※契約を前提として説明を行った場合は、説明を受けた者の署名を求める。

別添2 有料老人ホーム・サービスタク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 （利用者負担※1）	特定施設入居者生活介護費 （利用者一部負担※1）		個別の利用料で、実施するサービス （利用者負担）		都度※2	包含※2	料金※3	備考
	なし	あり	なし	あり				
介助サービス								
食事介助	なし	あり	なし	あり			1回500円	居室にて1回500円
排泄介助・おむつ交換	なし	あり	なし	あり				実費
おむつ代	なし	あり	なし	あり			1回500円	
入浴（一般浴）介助・清拭	なし	あり	なし	あり			1回500円	巡視時間外、1回500円
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				
機能訓練	なし	あり	なし	あり				
通院介助	なし	あり	なし	あり				※付添いができる範囲を明確化すること
生活サービス								
居室清掃	なし	あり	なし	あり				
リネン交換	なし	あり	なし	あり			1回1000円	希望により1回1000円
日常の洗濯	なし	あり	なし	あり				
居室配膳・下膳	なし	あり	なし	あり				
入居者の嗜好に応じた特別な食事	なし	あり	なし	あり				
おやつ	なし	あり	なし	あり				
理美容師による理美容サービス	なし	あり	なし	あり				実費
買い物代行	なし	あり	なし	あり				※利用ができる範囲を明確化すること
役所手続き代行	なし	あり	なし	あり				
金銭・貯金管理	なし	あり	なし	あり				
健康管理サービス								
定期健康診断	なし	あり	なし	あり				半年に1回機会を設ける
健康相談	なし	あり	なし	あり				管理費を含む
生活指導・栄養指導	なし	あり	なし	あり				
贈薬支援	なし	あり	なし	あり				
生活リズムの記録（排便・睡眠等）	なし	あり	なし	あり				
入退院時・入院中のサービス								
移送サービス	なし	あり	なし	あり				
入退院時の同行	なし	あり	なし	あり				
入院中の洗濯物交換・買い物	なし	あり	なし	あり				※付添いができる範囲を明確化すること
入院中の見舞い訪問	なし	あり	なし	あり				

※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於いて、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。

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 （利用者が全額負担）	包含※2		都度※2	料金※3	備考
	特定施設入居者生活介護費 （利用者一部負担※1）	個別の利用料で、実施するサービス			
介護サービス					
食事介助	あり	なし		1回500円	居室にて1回500円
排泄介助・おむつ交換	あり	なし			実費
おむつ代	あり	なし		1回500円	
入浴（一般浴）介助・清拭	あり	なし		1回500円	※付添いができる範囲を明確化すること
特浴介助	あり	あり			
身辺介助（移動・着替え等）	あり	なし			
機能訓練	あり	なし			
通院介助	あり	なし			
生活サービス					
居室清掃	あり	なし			
リネン交換	あり	なし		1回1000円	希望により1回1000円
日常の洗濯	あり	なし			
居室配膳・下膳	あり	なし			
入居者の嗜好に応じた特別な食事	あり	なし			
おやつ	あり	なし			
理美容師による理美容サービス	あり	なし			実費
買い物代行	あり	なし			※利用ができる範囲を明確化すること
役所手続き代行	あり	なし			
金銭・貯金管理	あり	なし			
健康管理サービス					
定期健康診断	あり	なし			半年に1回機会を設ける
健康相談	あり	なし			管理費を含む
生活指導・栄養指導	あり	なし			
服薬支援	あり	なし			
生活リズムの記録（排便・睡眠等）	あり	なし			
入退院時・入院中のサービス					
移送サービス	あり	なし			※付添いができる範囲を明確化すること
入退院時の同行	あり	なし			
入院中の洗濯物交換・買い物	あり	なし			
入院中の見舞い訪問	あり	なし			

※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比べて、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。