

重要事項説明書

記入年月日	令和2年9月25日
記入者名	
所属・職名	

1. 事業主体概要

種類	個人／法人 法人	
	※法人の場合、その種類	一般社団法人
名称	(ふりがな) いっぱんしゃだんほうじん けいじゅかい 一般社団法人 憩寿会	
主たる事務所の所在地	〒769-2512 香川県東かがわ市落合138番地3	
絡先	電話番号	0879-25-1077
	FAX 番号	0879-25-1077
代表者	氏名	藤本 正香
	職名	代表理事
設立年月日	平成27年 2月25日	
主な実施事業	※別添1 (別に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) ゆうりょうろうじんほーむ あいかのさと 有料老人ホーム 愛華の里
----	--

所在地	〒769-2512 香川県東かがわ市落合100番地1	
主な利用交通手段	最寄駅	JR高徳線 丹生駅
	交通手段と所要時間	JR高徳線 丹生駅より東へ徒歩約15分 大川バス 一本松バス停より西へ徒歩約10分
連絡先	電話番号	0879-25-7755
	FAX 番号	0879-25-7756
	ホームページアドレス	www.aikano-sato.com
管理者	氏名	
	職名	
建物の竣工日		平成28年 10月 27日
有料老人ホーム事業の開始日		平成28年 11月 1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	(市)
	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	2,578㎡	
	所有関係	1 事業者が自ら所有する土地	
		<input checked="" type="checkbox"/> 2 事業者が賃借する土地	
		抵当権の有無	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり 2 なし
		契約期間	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり (2016年2月1日～2046年1月31日) 2 なし
契約の自動更新	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり 2 なし		
建物	延床面積	全体	869.86㎡

		うち、老人ホーム部分	約694.30㎡			
耐火構造	1 耐火建築物 <input checked="" type="checkbox"/> 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 <input checked="" type="checkbox"/> 3 木造 4 その他 ()					
所有関係	<input checked="" type="checkbox"/> 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	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり 2 なし				
	契約期間	1 あり (年 月 日 ~ 年 月 日) <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし				
	契約の自動更新	1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし				
居室の状況	居室区分 【表示事項】	1 全室個室				
		<input checked="" type="checkbox"/> 2 相部屋あり				
		最少	2人部屋			
		最大	2人部屋			
		トイレ	浴室	面積	戸数・室数	区分※
	タイプ1	<input checked="" type="checkbox"/> 有/ <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有/ <input checked="" type="checkbox"/> 無	18.83㎡	19	一般居室個室
	タイプ2	<input checked="" type="checkbox"/> 有/ <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有/ <input checked="" type="checkbox"/> 無	31.05㎡	2	一般居室相部屋
	タイプ3	<input type="checkbox"/> 有/ <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有/ <input type="checkbox"/> 無	㎡		
	タイプ4	<input type="checkbox"/> 有/ <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有/ <input type="checkbox"/> 無	㎡		
	タイプ5	<input type="checkbox"/> 有/ <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有/ <input type="checkbox"/> 無	㎡		
	タイプ6	<input type="checkbox"/> 有/ <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有/ <input type="checkbox"/> 無	㎡		
タイプ7	<input type="checkbox"/> 有/ <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有/ <input type="checkbox"/> 無	㎡			
タイプ8	<input type="checkbox"/> 有/ <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有/ <input type="checkbox"/> 無	㎡			
タイプ9	<input type="checkbox"/> 有/ <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有/ <input type="checkbox"/> 無	㎡			
タイプ10	<input type="checkbox"/> 有/ <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有/ <input type="checkbox"/> 無	㎡			
※「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	2か所	うち男女別の対応が可能な便房	0か所		
			うち車椅子等の対応が可能な便房	0か所		
	共用浴室	1か所	個室	1か所		
			大浴場	0か所		
共用浴室における	0か所	チェア浴	0か所			

	介護浴槽		リフト浴	○か所
			ストレッチャー浴	○か所
	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	入居契約の規定に基づいて、施設利用及びサービス全般に関する基準を定め、入居生活の安全、心身ともに充実し安定した生活を営めるよう、良好な生活環境を確保することを目的とする。
サービスの提供内容に関する特色	利用者の方々に自立した生活を送っていただくための支援を基本とし、利用者の見守りや、本人の自立意思を尊重した支援を行う。
入浴、排せつ又は食事の介護	1 自ら実施 2 委託 3 なし
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
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加算の対象となるサービスの体制の有無	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
	医療機関連携加算	1 あり 2 なし

	看取り介護加算	1 あり	<input type="checkbox"/> 2 なし
	認知症専門 ケア加算	(I)	1 あり <input type="checkbox"/> 2 なし
		(II)	1 あり <input type="checkbox"/> 2 なし
	サービス提 供体制強化 加算	(I)イ	1 あり <input type="checkbox"/> 2 なし
		(I)ロ	1 あり <input type="checkbox"/> 2 なし
		(II)	1 あり <input type="checkbox"/> 2 なし
		(III)	1 あり <input type="checkbox"/> 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	
	<input type="checkbox"/> 2 なし		

(医療連携の内容)

医療支援	※複数選択可	<input type="checkbox"/> 1 救急車の手配	
		<input type="checkbox"/> 2 入退院の付き添い	
		<input type="checkbox"/> 3 通院介助	
		4 その他 ()	
協力医療機関	1	名称	医療法人 緑生会 近藤内科クリニック
		住所	香川県東かがわ市町田697番地1
		診療科目	内科
		協力内容	受診、治療、医師による健康相談、希望者の健康診断(年2回)、緊急時の医療対応等
	2	名称	医療法人社団 雅友愛会 太田病院
		住所	香川県東かがわ市三本松1758番地
		診療科目	外科、内科、整形外科、その他
		協力内容	受診、治療、医師による健康相談、緊急時の医療対応等
協力歯科医療機関	名称	歯科しろとり・ごうだ	
	住所	香川県東かがわ市白鳥89番地1	
	協力内容	歯科治療	

(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 <input type="checkbox"/> 2 なし
	要支援の者	<input type="checkbox"/> 1 あり 2 なし
	要介護の者	<input type="checkbox"/> 1 あり 2 なし
契約の解除の内容	入居契約の締結日から 14 日以内であれば、書面により事業者へ通知することで本契約を解除することができる。	
事業主体から解約を求める場合	解約条項	入居契約書第 32 条
	解約予告期間	60 日
入居者からの解約予告期間	30 日	
体験入居の内容	<input type="checkbox"/> 1 あり (内容: 1泊2日～2泊3日以内 1泊2日: 3,000 円 (税込、夕・朝食付き)) <input type="checkbox"/> 2 なし	
入居定員	23 人	

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				
直接処遇職員				
介護職員	8	6	2	
看護職員	1	1		
機能訓練指導員				
計画作成担当者				
栄養士				
調理員	5	3	2	
事務員	1	1		
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			
看護師又は准看護師	1	1	
介護福祉士	3	3	
実務者研修の修了者			
初任者研修の修了者	2	2	
介護支援専門員			

(夜勤を行う看護・介護職員の人数)

夜勤帯の設定時間 (17時00分～9時00分)		
	平均人数	最少時人数 (休憩者等を除く)
看護職員	0 人	0 人
介護職員	1 人	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)	: 1

※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	人
	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		看護師							
			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		1										
前年度1年間の退職者数												
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	1										
	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 <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 3 月払い方式	
	4 選択方式 ※該当する方式を全て選択	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
年齢に応じた金額設定	1 あり <input type="checkbox"/> 2 なし	
要介護状態に応じた金額設定	1 あり <input 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	1 減額なし 2 日割り計算で減額 <input type="checkbox"/> 3 不在期間が14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	施設が所在する自治体が発表する消費者物価指数、人件費等を勘案して行う。
	手続き	運営懇談会の意見を聞いたうえで社員総会を開催して決議を取る。

(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			
	年齢	歳	歳	
居室の状況	床面積	18.83 m ²	31.05 m ²	
	便所	<input type="checkbox"/> 1 有 <input type="checkbox"/> 2 無	<input type="checkbox"/> 1 有 <input type="checkbox"/> 2 無	
	浴室	1 有 <input type="checkbox"/> 2 無	1 有 <input type="checkbox"/> 2 無	
	台所	1 有 <input type="checkbox"/> 2 無	1 有 <input type="checkbox"/> 2 無	
入居時点で 必要な費用	前払金	0円	0円	
	敷金	0円	0円	
月額費用の合計		111,900円	189,300円	
家賃		40,000円	60,000円	
サービス費用	特定施設入居者生活介護※ ¹ の費用		円	
	2 介護保険外※	食費	42,900円	85,800円
		管理費	29,000円	43,500円
		介護費用	0円	0円
		光熱水費	0円	0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	人件費、近隣等の家賃を考慮し、建築費及び土地の賃借等の経費に充当
敷金	なし
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	事務管理費、生活サービスの人件費、共用施設等の維持管理費
食費	食材、人件費等の諸経費
光熱水費	
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	

(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。	

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	10人
	女性	13人
年齢別	65歳未満	0人
	65歳以上 75歳未満	1人
	75歳以上 85歳未満	2人
	85歳以上	20人
要介護度別	自立	0人
	要支援1	0人
	要支援2	0人
	要介護1	7人
	要介護2	2人
	要介護3	8人
	要介護4	4人
	要介護5	2人
入居期間別	6ヶ月未満	4人
	6ヶ月以上 1年未満	5人
	1年以上 5年未満	14人
	5年以上 10年未満	0人
	10年以上 15年未満	0人
	15年以上	0人

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		一般社団法人 憩寿会愛華の里	香川県長寿社会対策課
電話番号		0879-25-7755	087-832-3268
対応している時間	平日	8時30分から17時30分まで	8時30分から17時15分まで
	土曜	8時30分から17時30分まで	
	日曜・祝日	8時30分から17時30分まで	
定休日		なし	

(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)
	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)
	<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	2 なし

(利用者等の意見を把握する体制)

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 checked="" type="checkbox"/> 1 あり	実施日	
		結果の開示	<input checked="" type="checkbox"/> 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	<input checked="" type="checkbox"/> 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	<input checked="" type="checkbox"/> 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	<input checked="" type="checkbox"/> 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	<input checked="" type="checkbox"/> 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	<input checked="" type="checkbox"/> 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	<input checked="" type="checkbox"/> 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 :) <input checked="" type="checkbox"/> 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	<input checked="" type="checkbox"/> 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	1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし	
住宅の登録		
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 <input checked="" type="checkbox"/> 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	なし	
不適合事項がある場合の内容		

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 令和 年 月 日

利用者署名 _____
(代理人)

説明者署名 _____

別添 1 事業主体が当該都道府県、指定都市、中核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 愛華の里	東かがわ市落合 139 番地
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	デイサービス 愛華の里	東かがわ市落合 100 番地 1
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		
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>				
介護予防訪問介護	あり	なし	訪問介護 愛華の里	東かがわ市落合 139 番地
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		
介護予防通所介護	あり	なし	デイサービス愛華の里	東かがわ市落合 100 番地 1
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		

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表

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				備考	
	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）		包含※2	都度※2	料金※3		
	なし	あり	なし	あり					
介護サービス									
食事介助	なし	あり	なし	あり		○	1,000/1時間		
排泄介助・おむつ交換	なし	あり	なし	あり		○	2,000/1時間	身体状況に応じて、間接又は直接支援	
おむつ代			なし	あり		○	実費		
入浴（一般浴）介助・清拭	なし	あり	なし	あり					
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		○	1,000/1時間	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		○	2,000/1時間	診察の付き添い・送迎	
生活サービス									
居室清掃	なし	あり	なし	あり		○	500円/1回	必要に応じて実施	
リネン交換	なし	あり	なし	あり		○	実費	必要に応じて実施	
日常の洗濯	なし	あり	なし	あり		○	500円/1回	必要に応じて実施	
居室配膳・下膳	なし	あり	なし	あり	○			必要に応じて実施	
入居者の嗜好に応じた特別な食事			なし	あり		○	実費		
おやつ			なし	あり		○	実費	実費負担	
美容師による美容サービス			なし	あり			1,000/1回	希望時	
買い物代行	なし	あり	なし	あり		○	1,000/1時間	必要に応じて実施	
役所手続き代行	なし	あり	なし	あり		○	1,000/1時間	必要に応じて実施（交通費を実費負担）	
金銭・貯金管理			なし	あり					
健康管理サービス									
定期健康診断			なし	あり	○			希望者には年2回実施	
健康相談	なし	あり	なし	あり		○	実費	必要に応じて実施	
生活指導・栄養指導	なし	あり	なし	あり		○	実費	必要に応じて実施	
服薬支援	なし	あり	なし	あり		○	1,000/1時間	必要に応じて実施	
生活リズムの記録（排便・睡眠等）	なし	あり	なし	あり	○			必要に応じて実施	
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		○	2,000/1時間		
入退院時の同行	なし	あり	なし	あり		○	上記に含む		
入院中の洗濯物交換・買い物	なし	あり	なし	あり		○	1,000/1時間	必要に応じて実施（協力医療機関）	
入院中の見舞い訪問	なし	あり	なし	あり		○	1,000/1時間	必要に応じて実施（協力医療機関）	

※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、月額の利用料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