

重要事項説明書

記入年月日	令和 7 年 2 月 1 日
記入者名	沼田 美雪
所属・職名	代表取締役

1 事業主体概要

名称	(ふりがな) ゆうげんがいしゃ すわん 有限会社スワン	
主たる事務所の所在地	〒 581-0003 大阪府八尾市本町7丁目14-10	
連絡先	電話番号／FAX番号	072-994-8527/072-994-8529
	メールアドレス	swan@forest.ocn.ne.jp
	ホームページアドレス	http:// vao-swan.jp
代表者(職名/氏名)	代表取締役 / 沼田 美雪	
設立年月日	平成 13年11月8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) 介護保険事業	

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) すわんのさと はいつ わん スワンの里ハイツ I	
届出・登録の区分	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	
有料老人ホームの種類	3 住宅型	
所在地	〒 〒581-0003 大阪府八尾市本町7丁目14-10	
主な利用交通手段	近鉄大阪線八尾駅徒歩7分	
連絡先	電話番号	072-994-8527
	FAX番号	072-994-8529
	ホームページアドレス	http:// www.vao-swan.jp
管理者(職名/氏名)	施設長 / 井上 祐子	
有料老人ホーム事業開始日/届出受理日	平成 24年 8月 1日 /	平成 24年 3月 29日

3 建物概要

土地	権利形態	所有権	抵当権	あり	契約の自動更新				
	賃借契約の期間	平成			～				
	面積	439.5 m ²							
建物	権利形態	所有権	抵当権	あり	契約の自動更新				
	賃借契約の期間				～				
	延床面積	1,173.0 m ² (うち有料老人ホーム部分 m ²)							
	竣工日	平成	24年6月21日			用途区分	有料老人ホーム		
	耐火構造	耐火建築物		その他の場合：					
	構造	鉄骨造		その他の場合：					
	階数	6階		(地上 6階、地階		階)			
	サ高住に登録している場合、登録基準への適合性								
居室の状況	総戸数	46戸		届出又は登録をした室数			46室		
	部屋タイプ	トイレ	洗面	浴室	台所	収納	面積	室数	備考(部屋タイプ、相部屋の定員数等)
	一般居室個室	×	○	×	×	×	10.08m ²	29	1人部屋
	一般居室個室	×	○	×	×	×	10.71m ²	16	1人部屋
	一般居室個室	○	○	×	×	×	15.68m ²	1	1人部屋
共用施設	共用トイレ	14ヶ所		うち男女別の対応が可能なトイレ			14ヶ所		
				うち車椅子等の対応が可能なトイレ			14ヶ所		
	共用浴室	個室	5ヶ所		ヶ所				
	共用浴室における介護浴槽	機械浴	1ヶ所		ヶ所		その他：		
	食堂	1ヶ所		面積	20.2 m ²				
	入居者や家族が利用できる調理設備	なし							
	エレベーター	あり(ストレッチャー対応)				1ヶ所			
	廊下	中廊下	1.5 m		片廊下	m			
	汚物処理室	5ヶ所							
	緊急通報装置	居室	あり	トイレ	あり	浴室	あり	あり	
	通報先	スタッフルーム		通報先から居室までの到着予定時間			1～2分		
その他									
消防用設備等	消火器	あり	自動火災報知設備あり		火災通報設備		あり		
	スプリンクラー	あり	なしの場合(改善予定時期)						
	防火管理者	あり	消防計画		あり	避難訓練の年間回数		2回	

4 サービスの内容

(全体の方針)

運営に関する方針		地域における高齢者向けの住まいとしての役割を果たしていく。
サービスの提供内容に関する特色		家庭的な雰囲気の中で過ごしていただき医療機関との連携を取り自立支援のサポートを行う。
サービスの種類	提供形態	委託業者名等
入浴、排せつ又は食事の介護	自ら実施・委託	スワンの里他
食事の提供	自ら実施・委託	ナリコマエンタープライズ他
調理、洗濯、掃除等の家事の供与	自ら実施・委託	スワンの里他
健康管理の支援（供与）	自ら実施・委託	スワンの里他
状況把握・生活相談サービス	自ら実施・委託	スワンの里他
提供内容		
サ高住の場合、常駐する者		
健康診断の定期検診	委託	医療法人 井上医院
	提供方法	訪問診療
利用者の個別的な選択によるサービス		※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）
虐待の防止方法		①虐待防止に関する責任者は、代表取締役の沼田美雪です。 ②従業者に対し、虐待防止研修を、常時、実施している。 ③入居者及び家族様等に苦情解決体制を整備している。 ④従業員会議で、定期的に虐待防止のための啓発・周知等を行っている。 ⑤職員から虐待を受けたと思われる入居者を発見した場合は、事業所の責任において、速やかに、市町村に通報する。
身体的拘束を行った場合の対応方法		①身体拘束は原則禁止としており、三要件(切迫性・非代替性・一時性)に照らし、緊急やむを得ず身体拘束を行う場合、入居者の身体状況に応じて、その方法、期間(最長で1ヶ月)を定め、それらを含む入居者の状況、行う理由を記録する。また、家族等への説明を行い、同意書をいただく。(継続して行う場合は概ね1Kヶ月毎行う。) ②経過観察及び記録をする。 ③2週間に1回以上、ケース検討会議を、開催し、入居者の状態、身体拘束等の廃止及び改善取り組み等について検討する。 ④1ヶ月に1回以上、身体拘束廃止を議題にした職員会議を開催し、施設全体で、身体拘束等の廃止に取り組む。

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

特定施設サービス計画及び介護予防特定施設サービス計画等の作成				
施設の利用に当たっての留意事項				
その他運営に関する重要事項				
短期利用特定施設入居者生活介護の提供				
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			
	夜間看護体制加算			
	医療機関連携加算			
	看取り介護加算			
	認知症専門ケア加算			
	サービス提供体制強化加算	(I) イ		
		(I) ロ		
(II)				
(III)				
人員配置が手厚い介護サービスの実施		(介護・看護職員の配置率)		
		: 1	以上	

(併設している高齢者居宅生活支援事業者)

※併設している高齢者居宅生活支援事業者がない場合は省略

事業所名称	(ふりがな)
主たる事務所の所在地	
事務者名	(ふりがな)
併設内容	

(連携及び協力している高齢者居宅生活支援事業者)

※連携及び協力している高齢者居宅生活支援事業者の提供を行っていない場合は省略

事業所名称	(ふりがな)
主たる事務所の所在地	
事務者名	(ふりがな)
連携内容	

(医療連携の内容)※治療費は自己負担

医療支援	救急車の手配、入退院の付き添い、通院介助	
	その他の場合：	
協力医療機関	名称	医療法人 井上医院
	住所	大阪府大阪市平野区平野市町1-10-18
	診療科目	内科、放射線科、リハビリテーション科等
	協力内容	訪問診療
		その他の場合：24時間オンコール対応
	名称	
	住所	
	診療科目	
	協力内容	
	その他の場合：	
協力歯科医療機関	名称	あおぞらデンタルクリニック
	住所	大阪市福島区野田3-12-22 三和ビル2F
	協力内容	訪問診療
		その他の場合：

(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

入居後に居室を住み替える場合	その他			
	その他の場合：他の一般居室へ移る場合			
判断基準の内容	認知症等、特別な身体状況変化（明らかなADLの低下など）により、その居室での介護が不可能になったと事業所が判断した場合、他の一般居室への住み替えを求める場合があります。			
手続きの内容	①提携医療機関などの医師および、担当ケアマネの意見を聴く。 ②3か月程度の観察期間を置く。（緊急を要する場合は期間を短縮） ③本人・身元引受人の意見をヒアリングし、同意を得る。			
追加的費用の有無	なし	追加費用		
居室利用権の取扱い				
前払金償却の調整の有無	なし	調整後の内容		
従前の居室との仕様の変更	面積の増減	あり	変更の内容	お部屋タイプにより面積増減
	便所の変更	あり	変更の内容	お部屋タイプにより変更
	浴室の変更	なし	変更の内容	
	洗面所の変更	なし	変更の内容	
	台所の変更	なし	変更の内容	
	その他の変更	なし	変更の内容	

(入居に関する要件)

入居対象となる者	要支援、要介護		
留意事項	自傷・他害の恐れがないこと。		
契約の解除の内容	職員・他の利用者に対する暴力が発生した場合は検討後解約の宣告を行う		
事業主体から解約を求める場合	解約条項	入居契約第27条に基づく	
	解約予告期間	3ヶ月	
入居者からの解約予告期間	1ヶ月		
体験入居	あり	内容	介護サービス・食事サービス・入浴サービス・宿泊サービス・生活相談及び助言 最長3日まで可 【費用】5,000円/（1日3食付）
入居定員	46人		
その他			

5 職員体制

(職種別の職員数)

	職員数 (実人数)			常勤換算人数	兼務している職種名 及び人数 (複数名)
	合計	常勤	非常勤		
管理者	1	1		1	代表取締役
生活相談員	2	2		2	サービス提供責任者
直接処遇職員					
介護職員	21	7	14	14.5	
看護職員	2	1	1	1.6	
機能訓練指導員					
計画作成担当者					
栄養士					
調理員	8		8	2	
事務員	1	1		1	
その他職員	2		2	1	
1週間のうち、常勤の従業者が勤務すべき時間数※					40 時間

(資格を有している介護職員の人数)

	合計			備考
	常勤	非常勤		
准看護師	4	2	2	
介護福祉士	11	5	6	
実務者研修の修了者	7	4	3	
初任者研修の修了者	14	2	12	

(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	4	2	2
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・介護職員等の人数)

夜勤帯の設定時間 (18 時～ 9 時)		
	平均人数	最少時人数 (宿直者・休憩者等を除く)
看護職員	0 人	0 人
介護職員	4 人	2 人
生活相談員	人	人
	人	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指定を受けていない場合は省略

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)	契約上の職員配置比率		
	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
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)	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				あり					
	業務に係る資格等		あり	資格等の名称		准看護師				
	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	8						
前年度1年間の退職者数				6						
業務に従事した経験年数に応じた人数	1年未満		5	6						
	1年以上3年未満		2	5						
	3年以上5年未満			3						
	5年以上10年未満			5	2					
	10年以上	1	1	1	11					
従業者の健康診断の実施状況			あり							

6 利用料金

(利用料金の支払い方法)

居住の権利形態		利用権方式
利用料金の支払い方式		月払い方式
		<table border="1"> <tr> <td>選択方式の内容 ※該当する方式をすべて選択</td> <td>ゆうちょ銀行引落 指定口座への銀行振り込み</td> </tr> </table>
選択方式の内容 ※該当する方式をすべて選択	ゆうちょ銀行引落 指定口座への銀行振り込み	
年齢に応じた金額設定		なし
要介護状態に応じた金額設定		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		あり 内容： 入院が長期になれば、家賃のみになる。
利用料金の改定		条件
		手続き
		物価変動、人件費上昇、消費税上昇により、改訂する場合がある。
		運営懇談会の意見を聴く。

(代表的な利用料金のプラン)

			プラン 1	プラン 2
入居者の状況	要介護度		要介護 3	要介護 2
	年齢		80 歳	84 歳
居室の状況	部屋タイプ		介護居室個室	介護居室個室
	床面積		10.08	15.68
	トイレ		なし	なし
	洗面		あり	あり
	浴室		なし	なし
	台所		なし	なし
	収納		なし	なし
入居時点で必要な費用(税込)			0円	0円
月額費用の合計			133,100円	133,100円
家賃			45,000円	45,000円
サービス費用	介護保険外※1	食費(30日の場合)	56,700円	56,700円
		管理費	27,000円	27,000円
		状況把握及び生活相談サービス費		
		電気代	4,400円	4,400円
備考 介護保険費用 1割又は2割の利用者負担（利用者の所得等に応じて負担割合が変わる。）				
※1 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等)

家賃	45,000円	
敷金	家賃の	0ヶ月分
	解約時の対応	
前払金		
食費	56,700円 (30日の場合)	
管理費	27,000円	
状況把握及び生活相談サービス費		
電気代	4,400円	
生活サポート費		
介護保険費用		
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

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

想定居住期間（償却年月数）		
償却の開始日		
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）		
初期償却額		
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		

7 入居者の状況

(入居者の人数)

入居者数		33 人
年齢別	65歳未満	7 人
	65歳以上75歳未満	11 人
	75歳以上85歳未満	4 人
	85歳以上	12 人
要介護度別	障がい福祉サービス利用者	5 人
	要支援1	0 人
	要支援2	0 人
	要介護1	2 人
	要介護2	7 人
	要介護3	8 人
	要介護4	7 人
	要介護5	5 人
入居期間別	6か月未満	3 人
	6か月以上1年未満	0 人
	1年以上5年未満	20 人
	5年以上10年未満	10 人
	10年以上15年未満	1 人
	15年以上	人

(入居者の属性)

性別	男性	14 人	女性	19 人	
男女比率	男性	45 %	女性	55 %	
入居率	78 %	平均年齢	80 歳	平均介護度	3

(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	1 人
	医療機関	5 人
	死亡者	1 人
	その他	人
生前解約の状況	施設側の申し出	(解約事由の例)
	入居者側の申し出	1 人
		(解約事由の例) 申し込んでいた特養に空きが出たため

苦情・事故等に関する体制

(利用者からの苦情・虐待に対する窓口等の状況)

窓口の名称		有限会社 スワン
電話番号 / F A X		072-994-8527 / 072-994-8529
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		
窓口の名称 (有料老人ホーム所管庁)		大阪府福祉部介護事業者課施設指導グループ
電話番号 / F A X		06-6944-2675 / 06-6944-6670
対応している時間	平日	9 : 00 ~ 17 : 00
	土曜	
	日曜・祝日	
定休日		
窓口の名称 (国保連)		大阪府国民健康保険団体連合会 苦情相談窓口
電話番号 / F A X		06-6949-5418 /
対応している時間	平日	9 : 00 ~ 17 : 00
	土曜	
	日曜・祝日	
定休日		
窓口の名称 (虐待の場合)		八尾市地域福祉部高齢介護課
電話番号 / F A X		072-924-9360 / 072-924-1005
対応している時間	平日	9 : 00 ~ 17 : 00
	土曜	
	日曜・祝日	
定休日		

(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	あり	
	ありの場合の内容:	損保ジャパンビジネス保険(老人福祉・介護事業)に加入。
介護保険外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	あり	
	ありの場合の内容:	事故対応マニュアルによる。
事故対応及びその予防のための指針	あり	

(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	なし	ありの場合		
		実施日	令和 6年12月	
		結果の開示	あり	
			開示の方法	書面にて通知
第三者による評価の実施状況	なし	ありの場合		
		実施日		
		評価機関名称		
		結果の開示		
開示の方法				

9 入居希望者への事前の情報開示

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

10 その他

運営懇談会	あり	ありの場合	
		開催頻度	年 1回
		構成員	入居者、入居者家族、施設長、ホームスタッフ、サービス提供責任者
		なしの場合の代替措置の内容	
提携ホームへの移行	なし	ありの場合の提携ホーム名	
個人情報の保護について	<p>・入居者の名簿及びサービスの帳簿における個人情報に関する取り扱いについては、個人情報の保護に関する法律及び同胞の基づく「医療・介護関係事業者における個人情報の適切な取り扱いのためのガイドライン」並びに、大阪府個人情報保護条例及び市町村の個人情報の保護に関する定めを守る。</p> <p>・事業者及び職員は、サービス提供をするうえで知りえた入居者及び家族等の秘密を正当な理由なく、第三者に漏らしません。また、サービス提供契約完了後においても、上記の秘密を保持する。</p> <p>・事業者は、職員の退職後も、上記の秘密を保持する雇用契約とする。</p> <p>・事業者は、サービス担当者会議等において入居者及び家族の個人情報を利用する場合は、あらかじめ文書にて、入居者及び家族等の同意を得る。</p>		
緊急時等における対応方法	<p>・事故・災害及び急病・負傷が発生した場合は、入居者の家族等及び関係機関へ迅速に連絡を行い適切に対応する。（緊急時マニュアル作成済）</p> <p>・病気、発熱（37.5度以上）、事故（骨折・縫合等）が発声した場合、連絡先（入居者が指定したもの：家族・後見人）及びどのレベルで連絡するのかを、オーナー及び施設主治医と確認する。</p> <p>・連絡が取れない場合の連絡先及び対応についても確認する。</p> <p>・関係行政庁へ報告が必要な事故報告は速やかに報告する。</p> <p>・賠償すべき問題が発生した場合、速やかに対応する。</p>		
大阪府福祉のまちづくり条例に定める基準の適合性	適合	不適合の場合の内容	
大阪府有料老人ホーム設置運営指導指針「規模及び構造設備」に合致しない事項	あり		
合致しない事項がある場合の内容			
「7. 既存建築物等の活用の場合等の特例」への適合性	代替措置等の内容	適合していない（代替措置・将来の改善計画） 居室内の荷物を減らし広く利用できるよう、使用頻度の低いものはトランクルームで保管。	
不適合事項がある場合の入居者への説明	説明したうえで、居室、収納スペースを確認		
上記項目以外で合致しない事項	なし		
合致しない事項の内容			
代替措置等の内容			
不適合事項がある場合の入居者への説明			
緊急連絡体制			

添付書類：別添1（別の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）

上記の重要事項の内容について、事業者より説明を受けました。

（入居者）

住所 _____
氏名 _____ 様

（入居者代理人）

住所 _____
氏名 _____ 様

上記の重要事項の内容について、入居者、入居者代理人に説明しました。

説明年月日 令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日
説明者署名 _____

(別添1)事業主体が大阪府で実施する他の介護サービス

介護保険サービスの種類		事業所の名称	所在地
＜居宅サービス＞			
訪問介護	あり	スワンの里	八尾市本町7-14-10-6F
訪問介護			
訪問入浴介護			
訪問看護			
訪問リハビリテーション			
居宅療養管理指導			
通所介護			
通所リハビリテーション			
短期入所生活介護			
短期入所療養介護			
特定施設入居者生活介護			
福祉用具貸与			
特定福祉用具販売			
＜地域密着型サービス＞			
定期巡回・随時対応型訪問介護看護			
夜間対応型訪問介護			
認知症対応型通所介護			
小規模多機能型居宅介護			
認知症対応型共同生活介護			
地域密着型特定施設入居者生活介護			
地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護			
看護小規模多機能型居宅介護			
居宅介護支援			
＜居宅介護予防サービス＞			
介護予防訪問介護	あり	スワンの里	八尾市本町7-14-10-6F
介護予防訪問介護	あり	スワンの里	八尾市本町7-14-10-6F
介護予防訪問入浴介護			
介護予防訪問看護			
介護予防訪問リハビリテーション			
介護予防居宅療養管理指導			
介護予防通所介護			
介護予防通所リハビリテーション			
介護予防短期入所生活介護			
介護予防短期入所療養介護			
介護予防特定施設入居者生活介護			
介護予防福祉用具貸与			
特定介護予防福祉用具販売			
＜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			
介護予防小規模多機能型居宅介護			
介護予防認知症対応型共同生活介護			
介護予防支援			
＜介護保険施設＞			

介護老人福祉施設			
介護老人保健施設			
介護療養型医療施設			

(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						
	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			備考 (ありの場合の内容) ※:自立者へ「介護費」で提供する一時的介護サービス
			都度※2	料金※3 (税抜)		
介護サービス						
食事介助	あり		○			
排せつ介助・おむつ交換	あり		○			
おむつ代				○	実費徴収	
入浴(一般浴) 介助・清拭	あり	あり		○		週2回までは、介護保険で実施
特浴介助	あり	あり		○		週2回までは、介護保険で実施
身辺介助(移動・着替え等)	あり					
機能訓練	なし	なし				
通院介助	あり	あり				介護保険+実費
生活サービス						
居室清掃	あり	あり	○	○	実費徴収	
リネン交換	あり	あり	○		実費徴収	
日常の洗濯	あり	あり	○	○	実費徴収	
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		なし				
おやつ		あり			86円/1回	朝食用のヨーグルト、2時のおやつ各1回
理美容師による理美容サービス		あり			1,500円(カット代)	外部からの訪問理美容
買い物代行	あり	あり				ケアプランにより実施
役所手続代行	なし	あり			1,650円/30分	
金銭・貯金管理		あり	○		3,300円/月	
健康管理サービス						
定期健康診断				○		希望により適宜実施
健康相談	あり		○			
生活指導・栄養指導	あり		○			
服薬支援	あり					
生活リズムの記録(排便・睡眠等)	あり					
入退院時・入院中のサービス						
移送サービス	なし	あり			3km以内・片道550円	以降1キロ増すごとに+110円加算
入退院時の同行	なし	あり			1,650円/30分	別途交通費が必要
入院中の洗濯物交換・買い物	なし	あり			1,650円/30分	別途交通費が必要
入院中の見舞い訪問	なし	あり			1,650円/30分	別途交通費が必要

※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回当たりの金額など、単位を明確にして記入する。