

重要事項説明書

記入年月日	令和 6年 7月 22日
記入者名	管理者
所属・職名	井口 優子

1. 事業者の概要

種類	個人 / <input checked="" type="checkbox"/> 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 びさいど ゆー 一般社団法人 BESIDE YOU		
主たる事務所の所在地	〒655-0004	兵庫県神戸市垂水区北舞子4丁目9番37号	
連絡先	電話番号	078-742-6890	
	FAX番号	078-785-0023	
	ホームページアドレス	http://	
代表者	氏名	井口 優子	
	職名	代表理事	
設立年月日	令和 5年 6月 1日		
主な実施事業	住宅型有料老人ホーム事業 ※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

名称	(ふりがな) じゅうたくがたゆうりょうろうじんほーむ びさいど ゆー 住宅型有料老人ホーム BESIDE YOU		
所在地	〒655-0045	兵庫県神戸市垂水区北舞子4丁目9番37号	
主な利用交通手段	最寄駅	JR神戸線垂水駅	
	最寄駅からの交通手段と所要時間	垂水駅より、山陽バス西舞子交番前行き乗車 北舞子4丁目バス停下車、約15分	
連絡先	電話番号	078-742-6890	
	FAX番号	078-785-0023	
	ホームページアドレス		
	メールアドレス	daleyuh.i.1019@gmail.com	
管理者	氏名	井口 優子	
	職名	管理者	
建物の竣工日	令和 6年 7月 26日		
有料老人ホーム事業の開始日	令和 6年 8月 1日		
同一建物で有料老人ホーム事業を行っていた場合、当初開始日	令和 年 月 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の指定を受けている場合）		
2 介護付（外部サービス利用型特定施設入居者生活介護の指定を受けている場合）		
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	令和 年 月 日
	指定の更新日（直近）	令和 年 月 日

3. 建物概要

土 地	敷地面積	516.87 m ² （公簿・実測）	
	所有関係	1 事業者が自ら全てを所有する土地	
		2 事業者が一部を所有・一部を賃借する土地	
		③ 事業者が賃借する土地	
		※1又は2に該当する場合	
		抵当権の有無	有 / 無
建 物	規模	2階建 1棟	
		延床面積	全体 352.72 m ²
			うち、有料老人ホーム部分 352.72 m ²
	構造	1 鉄筋コンクリート造	
耐火構造	2 鉄骨造		
	③ 木造		
	4 その他（ ）		
	1 耐火建築物		
	2 準耐火建築物		
建 物	所有関係	③ その他（ ）	
		1 事業者が自ら所有する建物	
		② 事業者が賃借する建物	
		※1に該当する場合	
		抵当権等の有無	有 / 無
	所有関係	※2に該当する場合	
契約期間		有（ 年 月 日～ 年 月 日） / 無	
契約の自動更新		有 / 無	

居室の状況	居室区分	1 全室個室						
	【表示事項】	② 相部屋あり						
		※2に該当する場合						
		最小	1人部屋			最大	2人部屋	
		便所	浴室	台所	面積	室数・戸数	区分※	
	タイプ1	有/無	有/無	有/無	18.02 m ²	3室	一般居室個室	
	タイプ2	有/無	有/無	有/無	18.35 m ²	1室	一般居室個室	
	タイプ3	有/無	有/無	有/無	18.38 m ²	1室	一般居室個室	
タイプ4	有/無	有/無	有/無	19.37 m ²	1室	一般居室個室		
タイプ5	有/無	有/無	有/無	22.46 m ²	1室	一般居室個室		
タイプ6	有/無	有/無	有/無	32.00 m ²	1室	一般居室相部屋 (ご夫婦等)		
※「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」のいずれかを記入。								
共用施設	共用便所における便房	1か所	うち男女別の対応が可能な便房	か所				
			うち車椅子等の対応が可能な便房	1か所				
	共用浴室	1か所	個室	1か所				
			大浴場	か所				
	共用浴室に設置された介助浴槽	1か所	チェアー浴	1か所				
			リフト浴	か所				
			ストレッチャー浴	か所				
			その他 ()	か所				
食堂			有 / 無					
入居者や家族が利用できる調理設備			有 / 無					
エレベーター	1 あり (車椅子対応) 基 2 あり (ストレッチャー対応) 基 3 あり (上記1・2に該当しない) 基 ④ なし							
消防用設備等	消火器			有 / 無				
	自動火災報知設備			有 / 無				
	火災通報設備			有 / 無				
	スプリンクラー			有 / 無				
	防火管理者			有 / 無				
	防災計画			有 / 無				
その他	※テレビ回線：全室、緊急通報措置：各居室にナースコール設置 電話回線：なし、 居間・談話室：あり、バリアフリーの対応：							

4 サービスの内容

(全体の方針)

運営に関する方針	地域の高齢者の方々が、医療・介護が必要になっても、安心して住み続けることができ、かつ、限りなく「自宅での生活を継続できる住まい」として、老人及び障害のある方に健全な行き届いた支援をする。
サービスの提供内容に関する特色	医師、看護師を配置しているため、介護に加え、医療的ケアが必要な方に必要なサービスを提供します。
入浴、排せつ又は食事の介護	① サービスの提供あり（設置者が自ら実施） ② サービスの提供あり（委託） ③ サービスの提供なし
食事の提供	① サービスの提供あり（設置者が自ら実施） ② サービスの提供あり（委託） ③ サービスの提供なし
洗濯、掃除等の家事の供与	① サービスの提供あり（設置者が自ら実施） ② サービスの提供あり（委託） ③ サービスの提供なし
健康管理の供与	① サービスの提供あり（設置者が自ら実施） ② サービスの提供あり（委託） ③ サービスの提供なし
安否確認又は状況把握サービス	① サービスの提供あり（設置者が自ら実施） ② サービスの提供あり（委託） ③ サービスの提供なし
生活相談サービス	① サービスの提供あり（設置者が自ら実施） ② サービスの提供あり（委託） ③ サービスの提供なし

(介護サービスの内容)

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	有 / 無	
	夜間看護体制加算	有 / 無	
	医療機関連携加算	有 / 無	
	看取り介護加算	有 / 無	
	認知症専門ケア加算	(I)	有 / 無
		(II)	有 / 無
	サービス提供体制強化加算	(I) イ	有 / 無
		(I) ロ	有 / 無
		(II)	有 / 無
		(III)	有 / 無
人員配置が手厚い介護サービスの実施の有無		有 / 無	
※有の場合、介護・看護職員の配置率		: 1	

(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（訪問診療医の確保等）	
協力医療機関	1	名称	井口小児科内科医院
		住所	兵庫県神戸市垂水区学が丘4丁目15番8号
		診療科目	小児科、内科
		協力内容	かかりつけ医と協力して治療にあたる。 入院加療を必要とする際、その受入れに協力するとともに、密接な連絡のもと、入院者の適切な治療にあたる。
	2	名称	
		住所	
		診療科目	
		協力内容	
協力歯科医療機関		名称	
		住所	
		協力内容	

(入居後に居室を住み替える場合) ※住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（ ）	
判断基準の内容			
手続きの内容			
追加的費用の有無		有 / 無	
居室利用権の取扱い			
前払金償却の調整の有無		有 / 無	
従前の居室との仕様の変更	面積の増減	有 / 無	
	便所の変更	有 / 無	
	浴室の変更	有 / 無	
	洗面所の変更	有 / 無	
	台所の変更	有 / 無	
	その他の変更	有 / 無	
	※ 有の場合、 変更内容		

(入居に関する要件)

入居対象となる者 【表示事項】 ※複数選択可	① 自立している者 ② 要支援の者 ③ 要介護の者		
留意事項	・相部屋を1人で利用する場合、家賃の減額はないものとする。		
契約の解除の内容	① 入居者が死亡した場合 ② 入居者、又は事業者から解約した場合		
設置者から解約を求める場合	解約条項	入居契約書第24条(事業者からの契約解除)の通り	
	解約予告期間	2か月	
入居者からの解約予告期間	1か月		
体験入居	有 / 無 空室がある場合。1泊10,000円(夕食・朝食付)		
入居定員	9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

※ 有料老人ホームの職員について記載すること。

(職種別の職員数)

	職員数 (実人数)			常勤換算人数※
	合計	常勤	非常勤	
管理者	1		1	0.5
生活相談員				
直接処遇職員	7	1	6	4.1
うち介護職員	5	1	4	3.1
うち看護職員	2		2	1.0
機能訓練指導員				
計画作成担当者				
栄養士				
調理員				
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				40.0時間
※ 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。				

(介護職員が有している資格の総数)

	合計		
		常勤	非常勤
社会福祉士			
介護福祉士			
実務者研修の修了者	1	1	
初任者研修の修了者			
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			

(夜勤を行う看護・介護職員の数)

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	1.0 人	1.0 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】	1	1.5 : 1 以上
		2	2 : 1 以上
		3	2.5 : 1 以上
		4	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と合致すること

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)	有料老人ホームの職員数	人
	訪問介護事業所の名称	
	訪問看護事業所の名所	
	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									有 / 無	
	業務に係る資格等		有 / 無								
			※有の場合、資格等の名称			医師、認知症介護基礎研修修了					
	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年間の採用数											
前年度1年間の退職者数											
の人数 業務に従事した経験年数に応じた職員	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									有 / 無	

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	
	※4の場合 複数選択可	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	有 / 無	
要介護状態に応じた金額設定	有 / 無	
入院等による不在等における利用料金（月払い）の取扱い	① 減額なし（家賃・管理費は減額無し） ② 日割り計算で減額（食費・水光熱費） 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	物価変動、人件費上昇等により、改訂する場合がある。
	手続き	運営懇談会で改訂案を提示する。

(利用料金のプラン) 月払い方式 (税込)

		プラン1	プラン2	プラン3	プラン4	プラン5	
入居者の状況※1	要介護度	要介護2	要介護2	要介護2	要介護2	要介護2	
	年齢	80才	80才	80才	80才	80才	
居室の状況※2		1人部屋	1人部屋	1人部屋	1人部屋	2人部屋	
床面積		18.02 m ²	18.35 m ² 18.38 m ²	19.37 m ²	22.46 m ²	32.00 m ²	
便所		有 / 無	有 / 無	有 / 無	有 / 無	有 / 無	
浴室		有 / 無	有 / 無	有 / 無	有 / 無	有 / 無	
台所		有 / 無	有 / 無	有 / 無	有 / 無	有 / 無	
入居時点で必要な費用	前払金	円	円	円	円	円	
	敷金	447,000円	456,000円	480,000円	552,000円	816,000円	
月額費用の合計 (2人部屋は2名分)		291,400円	294,900円	304,900円	328,900円	518,800円	
家賃		74,500円	76,000円	80,000円	92,000円	136,000円	
サービス費用	特定施設入居者生活介護等の費用	円	円	円	円	円	
	介護保険外	食費	75,900円	75,900円	75,900円	75,900円	151,800円
		管理費※3	130,000円	132,000円	138,000円	150,000円	220,000円
		介護費用	円	円	円	円	円
光熱水費		11,000円	11,000円	11,000円	11,000円	11,000円	
都度払いとなるサービス		有 / 無	有 / 無	有 / 無	有 / 無	有 / 無	

(利用料金の算定根拠)

費 目	算 定 根 拠
家賃	居室および共用施設の家賃相当額。 近隣家賃相場（令和4年）を考慮して㎡あたり単価で算定。 ※入居一時金の支払いはございません。
敷金	家賃の6か月分 ※敷金は月払い方式のみお支払いいただきます
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	施設等の維持管理・修繕費、消防保守費、事務管理・生活支援サービスに係る人件費、共用部の電気・水道・ガス代、施設で使用する消耗品代等
食費	食材費、栄養管理、調理員その他食事部門の人件費、設備・備品代（調理具・食器等）、*経管栄養食（鼻腔・胃ろう）の方は食費に変動あり
光熱水費	居室の電気代、水道代
利用者の個別的な選択によるサービス利用料	本人希望による別途利用料を徴収した上で実施するサービスの詳細は、重要事項説明書別添様式2」（有料老人ホームが提供するサービスの一覧表）に記載のとおりです。
その他のサービス利用料	

7. 入居者の状況

(入居者の人数)

性別	男性	人	女性	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	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	人
	要介護2	人	要介護3	人
	要介護4	人	要介護5	人
入居期間別	6か月未満	人	6か月以上1年未満	人
	1年以上5年未満	人	5年以上10年未満	人
	10年以上15年未満	人	15年以上	人

(入居者の属性)

平均年齢	歳
入居者数の合計	人
入居率※	%

(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	人	死亡者	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			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)

窓口の名称		住宅型 有料老人ホーム BESIDE YOU	神戸市福祉局 監査指導部 施設指導担当	神戸市消費生活 センター (契約に ついてのご相談)	
電話番号		078-742-6890	078-322-6242	078-371-1221	
対応し ている 時間	平日	9:00~18:00	8:45~12:00 13:00~17:30	8:45~17:30	
	土曜	9:00~18:00			
	日曜・祝日	9:00~18:00			
定休日		無	土・日曜日・祝日	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 加入済み		
	② 未加入		
	※1の場合	加入する保険会社の名称	
	合	加入する保険の名称	
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 対応あり (事故対応及びその予防のための指針あり) ② 対応あり (事故対応及びその予防のための指針なし) ③ 対応なし		

(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、意見箱等の 利用者の意見等を把握する取組の 状況	1 取組あり		
	② 取組なし		
	※1の場合	実施日・開始日	年 月 日
	合	結果の開示	1 あり () 2 なし
第三者による評価の実施状況	1 実施済み		
	② 未実施		
	※1の場合	実施日	年 月 日
		評価機関名称	
		結果の開示	1 あり () 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
管理規定	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 設置済み 2 未設置（代替措置あり） 3 未設置（代替措置なし）
	※ 1の場合、開催頻度 年2回
	※ 2の場合、代替措置の内容
提携ホームへの移行【表示事項】	1 移行あり（提携ホーム名： ） ② 移行なし
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 届出あり 2 届出なし 3 届出なし（サービス付き高齢者向け住宅の登録済み）
有料老人ホーム設置運営指導指針「第5章 規模及び構造設備」への適合状況 ※複数選択可	1 不適合事項あり（代替措置を実施済み） 2 不適合事項あり（将来の改善計画策定済み） 3 不適合事項あり（1又は2以外） ④ 不適合事項なし 5 有料老人ホーム以外の制度に基づく構造設備
※ 1、2又は3の場合、不適合事項の内容 ※ 該当する項目にチェック	<input type="checkbox"/> 居室が個室ではない（ <input type="checkbox"/> 全室 ・ <input type="checkbox"/> 居室の一部） <input type="checkbox"/> 一般居室の1人当たり床面積が18㎡未満 （ <input type="checkbox"/> 全室 ・ <input type="checkbox"/> 居室の一部） <input type="checkbox"/> 廊下の幅員が基準を満たさない（具体的に） <input type="checkbox"/> 消防法等に定める設備等の設置なし （ <input type="checkbox"/> 自動火災報知設備・ <input type="checkbox"/> 通報装置・ <input type="checkbox"/> スプリンクラー） <input type="checkbox"/> その他（具体的に）
※ 1の場合、代替措置の概要	
※ 2の場合、改善計画の概要	
※ 5の場合、構造設備の基準となる制度の名称	1 サービス付き高齢者向け住宅登録制度（登録済み） 2 高齢者専用賃貸住宅登録制度（登録済み）

有料老人ホーム設置運営指導 指針に基づく指導の有無 ※複数選択可	1 指導事項あり（過去1年以内に指導） 2 指導事項あり（未改善のまま、指導から1年経過） ③ 指導事項なし
※ 1又は2の場合、指導 内容	

添付書類：別添1（設置者が別に実施する介護サービス一覧表）

別添2（個別選択によるサービス一覧表）

※ _____様

説明年月日 令和 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1 設置者が神戸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	有 / 無	ヘルパーステーションBESHIDE YOU	神戸市垂水区北舞子4丁目9番37号
訪問入浴介護	有 / 無		
訪問看護	有 / 無		
訪問リハビリテーション	有 / 無		
居宅療養管理指導	有 / 無		
通所介護	有 / 無		
通所リハビリテーション	有 / 無		
短期入所生活介護	有 / 無		
短期入所療養介護	有 / 無		
特定施設入居者生活介護	有 / 無		
福祉用具貸与	有 / 無		
特定福祉用具販売	有 / 無		
＜地域密着型サービス＞			
定期巡回・随時対応型訪問介護看護	有 / 無		
夜間対応型訪問介護	有 / 無		
認知症対応型通所介護	有 / 無		
小規模多機能型居宅介護	有 / 無		
認知症対応型共同生活介護	有 / 無		
地域密着型特定施設入居者生活介護	有 / 無		
看護小規模多機能型居宅介護	有 / 無		
居宅介護支援	有 / 無		
＜居宅介護予防サービス＞			
介護予防訪問介護	有 / 無	ヘルパーステーションBESHIDE YOU	神戸市垂水区北舞子4丁目9番37号
介護予防訪問入浴介護	有 / 無		
介護予防訪問看護	有 / 無		
介護予防訪問リハビリテーション	有 / 無		
介護予防居宅療養管理指導	有 / 無		
介護予防通所介護	有 / 無		
介護予防通所リハビリテーション	有 / 無		
介護予防短期入所生活介護	有 / 無		
介護予防短期入所療養介護	有 / 無		
介護予防特定施設入居者生活介護	有 / 無		
介護予防福祉用具貸与	有 / 無		
特定介護予防福祉用具販売	有 / 無		
＜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	有 / 無		
介護予防小規模多機能型居宅介護	有 / 無		
介護予防認知症対応型共同生活介護	有 / 無		
介護予防支援	有 / 無		
＜介護福祉施設＞			
介護老人福祉施設	有 / 無		
介護老人保健施設	有 / 無		
介護療養型医療施設	有 / 無		

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						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				備考 ※：自立者へ「介護費」で提供する一時的介護サービス
		（利用者が全額負担）	包含※2	都度※2	料金※3	
介護サービス						
食事介助		有		○	500円/回	外部サービス利用可
排泄介助・おむつ交換		有		○	500円/回	外部サービス利用可
おむつ代		有		○	実費負担	
入浴（一般浴）介助・清拭		有		○	500円/回	外部サービス利用可
特浴介助		無	-	-		
身辺介助（移動・着替え等）		有		○	500円/回	外部サービス利用可
機能訓練		無	-	-		
通院介助		無		-		外部サービス利用可
生活サービス						
居室清掃		有	○		500円/回	週1回のみ月額の管理費に含む
日常の洗濯		有	○		500円/回	
リネン交換		有		○	3000円/月	週1回交換
居室配膳・下膳		有	○			但し、健康状態による
入居者の嗜好に応じた特別な食事		無	-	-		
おやつ		有	○			
理美容師による理美容サービス		有		○	実費負担	
買い物代行		有		○	1000円/30分	外部サービス利用可
役所手続き代行		無	-	-		
金銭・貯金管理		無	-	-		
健康管理サービス						
定期健康診断		有	○		健診費用実費	1年に2回健康診断受診のご案内
健康相談		有	○			月額管理費に含む *月に1回家族等に状態の説明をおこなう。
生活指導・栄養指導		有	○			
服薬支援		有	○			
生活リズムの記録（排便・睡眠等）		有	○			
入退院時・入院中のサービス						
移送サービス		無	-	-		
入退院時の同行		無	-	-		実費
入院中の洗濯物交換・買い物		無	-	-		
入院中の見舞い訪問		無	-	-		

※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：「有」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。