

重要事項説明書及契約書



医療法人社団 福 寿 会

こまどり・フェニックスデイサービスセンター亀有

事業者番号 1372101772 東京都

2025.10.1



こまどり・フェニックスデイサービスセンター亀有

重 要 事 項 説 明 書

当事業所が提供する通所介護、介護予防・日常生活支援総合事業第一号通所事業に関し、あなたに説明すべき重要事項は、次の通りです。

1. 当法人の概要

開 設 者 の 名 称	医療法人社団 福 寿 会
主たる事業所の所在地	〒123-0851 東京都足立区梅田七丁目 32 番 6 号
電 話 番 号	03-5681-0336 (代表) FAX 03-5681-8080
法人の種別及び名称	医療法人社団 福 寿 会
代 表 者 職	理事長
代 表 者 氏 名	福 岡 靖 介
業 務 の 概 要	診療所、訪問看護ステーション、介護老人保健施設、通所介護施設、認知症対応型共同生活事業所、居宅介護支援事業所、足立区在宅介護支援センター、在宅を含めた総合的な医療・看護・介護サービスをご提供しております。

2. サービス提供施設の概要

指定居宅サービス提供事業所名	こまどり・フェニックスデイサービスセンター亀有
所 在 地	〒125-0051 東京都葛飾区新宿四丁目 2 番 2 号
提 供 可 能 サ ー ビ ス	通所介護、介護予防・日常生活支援総合事業
介護保健事業所番号	第 1372101772 号
管 理 者 氏 名	飯 倉 龍 二
電 話 番 号	03-5672-9741 (代表) FAX 03-5672-9742
利 用 者 定 員	3単位 (1単位 45名、2単位15名、3単位15名)
通 常 の 実 施 地 域	葛 飾 区・足 立 区

3. 営業時間及びサービス提供時間

指定居宅サービス提供事業名	通所介護、介護予防・日常生活支援総合事業
営 業 時 間	月曜日～金曜日 午前8時30分～午後5時30分 祝日及び振替休日は、営業いたします。 休日＝ 土曜日・日曜日及び年末年始(12月30日～1月3日)の5日間 但し、介護計画実施中にご利用者様の变化等に合わせ、ご連絡・ご承認なしに計画を変更する場合がございます。変更の際、事前・事後連絡を希望される方は、予め申し出ください。
サ ー ビ ス 提 供 時 間	1単位9:00～17:00 2単位9:00～12:15 3単位13:15～16:30

4. サービスの内容（居宅サービス計画に基づき、次の内容より必要と認められるサービス）

指定通所介護等の内容は、居宅サービス計画に基づいてサービスを行うものとする。ただし、緊急を要する場合にあっては、居宅サービス計画作成前であってもサービスを利用できるものとし、次に掲げるサービスから利用者が選定したサービスを提供する。

- (1) 身体介護に関すること
日常生活動作能力に応じて、必要な支援及びサービスを提供する。
排泄の援助、移動・移乗の介助、養護、その他必要な身体の介護。
- (2) 入浴に関すること
家庭において入浴することが困難である利用者に対して、必要な入浴サービスを提供する。
衣類着脱の介助、身体の清拭、洗髪、洗身、整髪、その他必要な入浴の介助。
- (3) 食事に関すること
給食を希望する利用者に対して、必要な食事のサービスを提供する。
尚、利用者の心身状態に応じて食事形態（常食・粥食・ミキサー食・刻み食・治療食）を利用者の主治医や委託管理栄養士等の助言を踏まえて対応を行う体制も確保する。
食事の準備、配膳・下膳の介助、食事摂取の介助、その他必要な食事の介助。
- (4) 機能訓練に関すること
体力や機能の低下を防ぐために必要な訓練及び日常生活に必要な基本的動作を獲得するための訓練を行う。
- (5) 生きがい活動に関すること
利用者が、生きがいのある快適で豊かな日常生活を送ることができるよう「生きがい活動」を実施する。これらの活動を通じて利用者間の仲間づくり、老いや障害の受容、心身機能の維持向上、自信の回復や情緒の安定を図る。
レクリエーション、音楽活動、制作活動、行事的活動、体操等。
- (6) 送迎に関すること
送迎を希望する利用者に対して送迎サービスを提供する。
リフト式送迎車には通所介護従事者が添乗し必要な介護を提供する。
- (7) 相談・助言に関すること
利用者及びその家族等の日常生活における介護等に関する相談及び助言を行う。

5. 事業所の職員体制等

- ① 管理者 1名
管理者は、事業所の従業者の管理及び業務の管理を行う。
- ② 通所介護従業者
- | | |
|---------|------|
| 生活相談員 | 1名以上 |
| 介護職員 | 8名以上 |
| 看護職員 | 1名以上 |
| 機能訓練指導員 | 1名以上 |

6. サービス利用のキャンセル

- 1 あなたがサービスの利用を中止する際には、速やかに下記の連絡先までご連絡ください。

連 絡 先	電 話
こまどり・フェニックスデイサービスセンター亀有	03-5672-9741 (代)

- 2 キャンセル（サービス利用の予約取消し）は、キャンセル料を申し受けることになりますので、ご了承ください。
- 3 キャンセル料は、あなたの利用負担の支払いに併せてお支払い頂きます。キャンセル料はご連絡いただいた時間によって下記の通りとさせていただきます。

時 間	キ ャ ン セ ル 料	備 考
サービス利用の前日午後12時 まで	無 料	
上記以降	食 材 費 代	昼・夕 各 550 円、朝 300 円

7. サービス利用料及び利用者負担額（別添料金表参照）

あなたが利用される居宅サービスに際し（介護保険適用部分）ご自身で負担する利用料金は、原則として**基本料金の1割又は2割及び3割**です。また、介護保険以外のサービスとなる場合（居宅サービスの一部が介護保険制度上の支給限度額を超過する場合を含む）には全額自己負担となります。

尚、介護保険外のサービスとなる場合には、居宅サービス計画を作成する際に居宅介護支援専門員から説明の上、あなたの同意を得ることになります。

8. 料金の支払方法

あなたが、利用したサービスの利用負担金は、口座引き落とし及び指定の金融機関への振込でお願いいたします。尚、口座引き落とし及び振込が困難な場合は、現金での支払いをご相談いたします。

- ① 口座振込
毎月10日頃までに前月分の請求書を送付いたしますので、その月の28日までに請求書に記載のある口座にお振込み下さい。後日、領収書を発行後ご送付いたします。
- ② 銀行口座からの引き落とし
毎月10日頃までに前月分の請求額を算出し、その月の28日（休日の場合は翌営業日）に利用者の指定の銀行口座からお引き落しいたします。後日、領収書を発行後ご送付いたします。
- ③ 現金
毎月10日頃までに前月分の請求書を送付いたしますので、その月の28日までに請求書に記載のある請求額を窓口にてお支払い下さい。後日、領収書を発行後ご送付いたします。

9. 事故発生対応

事業所は、サービス提供に際し、利用者に事故が発生した場合には、速やかに利用者の家族、介護支援専門員、関係区市町村等に連絡を行うとともに、必要な措置を講じます。

10. 相談窓口・苦情窓口

○サービスに関する相談や苦情については、次の窓口で対応します。

○苦情処理体制

苦情の申し立てについては、担当者又は管理者から事情聴取の上、必要に応じて法人本部・介護支援専門員・関係区市町村等と連携を保ち、迅速かつ誠実に苦情処理に当たる。

担 当 者	電 話 及 び FAX
生活相談員 小 林 ひとみ 生活相談員 丹 羽 陽 香	電 話 03-5672-9741 (代) FAX 03-5672-9742

○公的機関においても、次の機関において苦情申し出ができます。

基幹 地域包括支援センター	電話番号 03-6807-2460 相談員 担 当 職 員 対応時間 午前9時～午後5時 (日曜日、国民の祝日及び年末年始は休日)
東京都国民健康保険団体連合会 相談指導課相談窓口 (略称：国保介護保険相談窓口)	電話番号 03-6238-0177 千代田区飯田橋3-5-1 東京区政会館10階 相談員 担 当 職 員 対応時間 午前9時～午後5時 (土、日、国民の祝日及び年末年始は休日)
足立区 福祉部 介護保険課 事業者指導係	電話番号 03-3880-5111 足立区中央本町1-17-1 相談員 担 当 職 員 対応時間 午前8時30分～午後5時15分 (土、日、国民の祝日及び年末年始は休日)
葛飾区 介護保険課 管理係	電話番号 03-5654-8443 葛飾区立石5-13-1 相談員 担 当 職 員 対応時間 午前8時30分～午後5時15分 (土、日祝日及び年末年始は休日)



医療法人社団 福 寿 会

こまどり・フェニックスデイサービスセンター亀有

契 約 書

.....様（以下、「利用者」といいます）と医療法人社団
福寿会 こまどり・フェニックスデイサービスセンター亀有（以下、「事業者」といいます）
が利用者に対して行う通所介護または、足立区・葛飾区介護予防・日常生活支援総合事業
について、次のとおり契約します。

第 1 条 （サービスの目的及び内容）

- 1 事業者は、介護保険法等の関係法令及びこの契約書に従い、利用者に対し可能な限りデイサービスセンターにおいてその有する能力に応じて自立した日常生活を営むことができるよう、介護給付の対象となるデイサービスを提供します。

※サービス内容は、1 頁～4 頁の重要事項説明書に記載しております。

第 2 条 （契約期間）

- 1 この契約の契約期間は、.....年.....月.....日から利用者の要介護認定または要支援認定（以下、「要介護認定等」といいます）の有効期間満了日までとします。
- 2 契約満了の2日前までに、利用者から事業者に対して、文書による更新拒絶の意思表示がない場合は、契約は自動更新されるものとします。

第 3 条 （通所介護計画）

- 1 事業者は、利用者の日常生活全般の状況、心身の状況及び希望を踏まえ、利用者の居宅サービス計画の内容に沿って、サービスの目標及び目標を達成するための具体的サービス内容等を記載した通所介護計画を作成します。
- 2 通所介護計画の作成に当たっては、事業者はその内容を利用者に説明し同意を得た上で、交付します。
- 3 事業者は、通所介護計画の実施状況の把握を適切に行い、一定期間ごとに、目標達成の状況等を記載した記録を作成し、利用者に説明します

第 4 条 （提供するサービスの内容及びその変更）

- 1 事業者が提供するサービスの内容は、「重要事項説明書」に定めるとおりです。
- 2 利用者は、いつでもサービスの内容を変更するよう申し出ることができます。この

申し出があった場合、当該変更が居宅サービス計画の範囲内であって、契約の目的に反するなど変更を拒む正当な理由がない限り、速やかにサービスの内容を変更します。

- 3 事業者は、利用者が居宅サービス計画の変更を希望する場合は、速やかに担当の介護支援専門員に連絡するなど必要な援助を行います。
- 4 事業者は、提供するサービスのうち、介護保険の適用を受けないものがある場合には、そのサービスの内容及び利用料を具体的に説明し、利用者の同意を得ます。

第 5 条 （利用者負担金及びその滞納）

- 1 サービスに対する利用者負担金は、サービスごとに別紙に記載するとおりとします。なお、利用者負担金は関係法令に基づいて定められるため、契約期間中に関係法令が改定された場合には、改定後の金額を適用するものとします。
- 2 利用者が正当な理由なく事業者に支払うべき利用者負担金を 3 ヶ月分以上滞納した場合には、事業者は 1 ヶ月以上の期間を定めて、利用料を支払わない場合には契約を解除する旨の催告をすることができます。
- 3 前項の催告をしたときは、事業者は、居宅サービス計画（ケアプラン）を作成した居宅介護支援事業者と協議し、利用者の日常生活を維持する見地から、居宅サービス計画の変更、介護保険外の公的サービスの利用等について必要な調整を行うよう要請するものとします。
- 4 事業者は、前項に定める協議等の努力を行い、かつ第 2 項に定める期間が満了した場合には、文書によりこの契約を解除することができます。

【償還払いについて】

保険料の滞納等により、保険給付金が直接事業者を支払われない場合、利用したサービス料金の全額をご自身でお支払頂き、当法人からサービス提供証明書を発行いたします。

このサービス提供証明書を後日お住まいの区の窓口に提出しますと、自己負担分を除いた金額の払い戻しを受けられます。

第 6 条 （虐待防止に関する事項）

事業者は、利用者の人権の擁護、虐待の防止等のため、必要な体制の整備を行うとともに、職員に対し、研修を実施する等の措置を講ずるものとします。

第 7 条 （非常災害対策及び感染症対策）

1 事業者は、非常災害や感染症に対処するためのマニュアルや指針を策定し、定期的に訓練を実施します。

2 事業者は、災害発生や感染症の流行等に備えるため、平時より業務継続に係る計画を整備し、必要な介護サービスが継続的に提供できる体制を構築します。

第 8 条 （利用者の解約権）

利用者は、事業者に対しいつでも 1 週間以上の予告期間をもって、この契約を解約することができます。

第 9 条 （事業者の解除権）

事業者は、利用者の著しい不信行為により契約を継続することが困難となった場合は、利用者に対して、契約終了日の 1 ヶ月前までにその理由を記載した文書で通知することによりこの契約を解除することができます。この場合、事業者は、居宅サービス計画（ケアプラン）を作成した介護支援事業者にその旨を連絡します。

第 10 条 （契約の終了）

次のいずれかの事由が発生した場合には、この契約は終了するものとします。

一 第 2 条の規定により事前に更新の拒絶の連絡があった場合。

二 第 5 条の規定により事業者から解除の意思表示がなされたとき。

三 第 6 条の規定により利用者から解約の意思表示がなされ、かつ予告期間が満了したとき。

四 第 7 条の規定により事業者から契約解除の意思表示がなされたとき。

五 次の理由により利用者にサービスを提供できなくなった場合

- (1) 利用者が介護保健施設や医療施設に入所（要支援者除く）又は入院した場合。
- (2) 利用者が要介護認定を受けられなかった場合。
- (3) 利用者が死亡した場合。

第 11 条 （利用者の施設利用上の注意）

1 施設への貴重品又は現金（利用料等支払時を除く）の持込は、紛失時等において、当施設では責任を追いかねます為、お断り致します。

- 2 施設への飲食物の持ち込みは、誤嚥等の事故の危険性がある為、お断り致します。

第12条 (損害賠償)

事業者は、サービスの提供にあたって利用者の生命・身体・財産に損害を与えた場合には、その損害を賠償します。

但し、自らの責めに帰すべき事由によらない場合には、この限りではありません。

第13条 (秘密保持)

- 1 事業者及び事業者の使用するのは、業務上知り得た利用者及びその家族に関する秘密及び個人情報については、利用者又は第三者の生命、身体等に危険がある場合など正当な理由がある場合を除いて、契約中及び契約終了後、第三者に漏らすことはありません。

- 2 あらかじめ文書により利用者及び家族及び代理人（代理人を選任した場合）の同意を得た場合は、前項の規定にかかわらず、一定の条件の下で個人情報を利用できるものとします。

第14条 (苦情対応)

- 1 利用者は提供されたサービスに苦情がある場合には、事業者、介護支援専門員、区市町村又は国民健康保険団体連合会に対して、いつでも苦情を申し立てることができます。
- 2 事業者は、苦情対応の窓口責任者及びその連絡先を明らかにするとともに、苦情の申立て又は相談があった場合には、迅速かつ誠実に対応します。
- 3 事業者は、利用者が苦情申立て等を行ったことを理由として何らの不利益な取扱いをすることはありません。

第15条 (サービス内容等の記録の作成及び保存)

事業者は、利用者に対するサービスの提供について記録を作成し、それを完結後5年間保管し、利用者又はその代理人の請求に応じてこれを閲覧させ、又は複写物を交付するものとします。

第16条 (契約外条項等)

- 1 この契約及び介護保険法等の関係法令で定められていない事項については、関係法令の趣旨を尊重して、利用者と事業者の協議により定めます。
- 2 この契約書は、介護保険法に基づくサービスを対象としたものですので、利用者

がそれ以外のサービスを希望する場合には、別途契約するものとします。

第17条（事業計画、財務内容に関する資料の閲覧）

当デイサービスセンター及び医療法人社団福寿会に関する事業計画、財務内容については、事務局に保管しており、いつでも閲覧することが可能です。

個人情報使用同意書

私（利用者及びその家族）の個人情報については、次に記載するところにより、必要最小限の範囲内で使用することに同意します。

記

1 使用する目的

利用者のため、居宅サービス計画に沿って円滑なサービスを提供するために実施されるサービス担当者会議、介護支援専門員と事業者及び行政機関との連絡調整などにおいて、必要な場合に使用いたします。

2 使用する期間

契約期間内とする。

3 使用条件

- (1) 個人情報の提供は必要最小限とし、提供に当たっては関係者以外の者に漏れることのないよう細心の注意を払うこと。
- (2) 個人情報を使用した会議、相手方、内容などの経過を記録しておくこと。

この個人情報使用同意書に異議がないことを認め、使用に同意します...

年 月 日

利用者 氏名 _____

家 族（続柄 ） 氏名 _____

上記代理人（代理人を選任した場合（続柄 ） 氏名 _____

私は、重要事項説明書（別紙）・デイサービス契約書の内容説明に同意し交付を受けたので、下記のとおり、デイサービスの契約を締結します。また、個人情報使用同意についても同意書記載範囲内で使用することに同意いたします。

◎以上の説明を、 年 月 日に、下記の職員がご説明致しました。

説明した職員氏名 _____

年 月 日

利 用 者 〒 _____

住 所 _____

氏 名 _____

電 話 _____

上記代理人（代理人を選任した場合）（続柄 _____）

〒 _____

住 所 _____

氏 名 _____

電 話 _____

立 会 人 〒 _____

住 所 _____

氏 名 _____

電 話 _____

事 業 所

〒125-0051

東京都葛飾区新宿四丁目2番2号

医療法人社団 福 寿 会

こまどり・フェニックスデイサービスセンター亀有

所 長 飯 倉 龍 二 印

TEL 03-5672-9741 (代)

FAX 03-5672-9742

事 業 者

〒123-0851

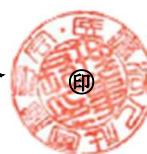
東京都足立区梅田七丁目3番6号

医療法人社団 福 寿 会

理事長 福 岡 靖 介 印

TEL 03-5681-0336 (代)

FAX 03-5681-8080



【別紙】

【キャンセルの際の取扱】

ご利用日の前日午後 12 時までにご連絡いただいた場合はキャンセル料は

無料ですが、それ以降の場合には、食材料費（昼・夕 各 550 円、朝 300 円）を頂きます。

※各加算につきましては、算定させていただく際にこちらからご連絡差し上げます。

※時間延長サービスは、承っておりませんのでご理解の程よろしくお願い致します。

◎ ご不明な点がありましたら、お問い合わせください。

◎ お手数をおかけ致しますが、ご理解の程よろしくお願い致します。

医療法人社団 福寿会

こまどり・フェニックスデイサービスセンター亀有

所長 飯 倉 龍 二

こまどり・フェニックスデイサービスセンター亀有 ご利用料金表

《通所介護》

(7時間以上8時間未満)

利用料	保険単位	金額	1割自己負担額	2割自己負担額	3割自己負担額
要介護1	658単位	7,172円	718円	1,435円	2,152円
要介護2	777単位	8,469円	847円	1,694円	2,541円
要介護3	900単位	9,810円	981円	1,962円	2,943円
要介護4	1,023単位	11,150円	1,115円	2,230円	3,345円
要介護5	1,148単位	12,513円	1,252円	2,503円	3,754円

(6時間以上7時間未満)

利用料	保険単位	金額	1割自己負担額	2割自己負担額	3割自己負担額
要介護1	584単位	6,365円	637円	1,273円	1,910円
要介護2	689単位	7,510円	751円	1,502円	2,253円
要介護3	796単位	8,676円	868円	1,736円	2,603円
要介護4	901単位	9,820円	982円	1,964円	2,946円
要介護5	1,008単位	10,987円	1,099円	2,198円	3,297円

(5時間以上6時間未満)

利用料	保険単位	金額	1割自己負担額	2割自己負担額	3割自己負担額
要介護1	570単位	6,213円	622円	1,243円	1,864円
要介護2	673単位	7,335円	734円	1,467円	2,200円
要介護3	777単位	8,469円	847円	1,694円	2,541円
要介護4	880単位	9,592円	960円	1,919円	2,878円
要介護5	984単位	10,725円	1,073円	2,145円	3,218円

(4時間以上5時間未満)

利用料	保険単位	金額	1割自己負担額	2割自己負担額	3割自己負担額
要介護1	388単位	4,229円	423円	846円	1,269円
要介護2	444単位	4,839円	484円	968円	1,452円
要介護3	502単位	5,471円	548円	1,095円	1,642円
要介護4	560単位	6,104円	611円	1,221円	1,832円
要介護5	617単位	6,725円	673円	1,345円	2,018円

(3時間以上4時間未満)

利用料	保険単位	金額	1割自己負担額	2割自己負担額	3割自己負担額
要介護1	370単位	4,033円	404円	807円	1,210円
要介護2	423単位	4,610円	461円	922円	1,383円
要介護3	479単位	5,221円	523円	1,045円	1,567円
要介護4	533単位	5,809円	581円	1,162円	1,743円
要介護5	588単位	6,409円	641円	1,282円	1,923円

1カ月につき					
加算の種類	保険単位	金額	1割自己負担額	2割自己負担額	3割自己負担額
個別機能訓練加算Ⅰイ	56単位	610円	61円	122円	183円
個別機能訓練加算Ⅰロ	76単位	828円	83円	166円	249円
個別機能訓練加算Ⅱ（月1回）	20単位	218円	22円	44円	66円
サービス提供体制加算Ⅰ	22単位	239円	24円	48円	72円
入浴介助加算Ⅰ	40単位	436円	44円	88円	131円
入浴介助加算Ⅱ	55単位	599円	60円	120円	180円
科学的介護推進体制加算（月1回）	40単位	436円	44円	88円	131円
栄養アセスメント加算（月1回）	50単位	545円	55円	109円	164円
栄養改善加算（月2回まで）	200単位	2,180円	218円	436円	654円
ADL維持等加算Ⅰ（月1回）	30単位	327円	33円	66円	99円
ADL維持等加算Ⅱ（月1回）	60単位	654円	66円	131円	197円
口腔機能向上加算（月2回まで）	160単位	1,744円	175円	349円	524円
介護職員処遇改善加算Ⅰ 1月につき総利用単位数×9.2%×10.90			左記の10%	左記の20%	左記の30%

《介護予防・日常生活支援総合事業》

緩和型（足立区）

利用料（回数）	保険単位	金額	1割自己負担額	2割自己負担額	3割自己負担額
要支援1・要支援2	417単位	4,545円	455円	909円	1,364円

加算の種類	保険単位	金額	1割自己負担額	2割自己負担額	3割自己負担額
サービス提供体制加算Ⅰ1（月1回）					
要支援1、2（週1回利用）	88単位	959円	96円	192円	288円
要支援2（週2回利用）	176単位	1,918円	192円	384円	576円
栄養アセスメント加算（月1回）	50単位	545円	55円	109円	164円
栄養改善加算（月2回まで）	200単位	2,180円	218円	436円	654円
科学的介護推進体制加算（月1回）	40単位	436円	44円	88円	131円
口腔機能向上加算Ⅱ（月1回まで）	160単位	1,744円	175円	349円	524円
処遇改善加算Ⅰ（月1回）					
要支援1、2（週1回利用）	165単位	1,798円	180円	360円	540円
要支援2（週2回利用）	333単位	3,629円	363円	726円	1,089円

《介護予防・日常生活支援総合事業》

緩和型（葛飾区）

利用料（回数）	保険単位	金額	1割自己負担額	2割自己負担額	3割自己負担額
通所型サービスⅠ（5時間以上）	436単位	4,752円	476円	951円	1,426円
通所型サービスⅡ （3時間以上5時間未満）	349単位	3,804円	381円	761円	1,142円
通所型サービスⅢ （2時間以上3時間未満）	305単位	3,324円	333円	665円	998円

加算の種類	保険単位	金額	1割自己負担額	2割自己負担額	3割自己負担額
栄養アセスメント加算（月1回）	50単位	545円	55円	109円	164円
栄養改善加算（月2回まで）	200単位	2,180円	218円	444円	654円
入浴介助加算	50単位	545円	54円	109円	163円
サービス提供体制加算Ⅰ1（月1回）	59単位	643円	65円	129円	193円
サービス提供体制加算Ⅰ2（月1回）	117単位	1,275円	128円	255円	383円
科学的介護推進体制加算（月1回）	40単位	436円	44円	88円	131円
口腔機能向上加算Ⅱ（月1回まで）	160単位	1,744円	175円	349円	524円
介護職員等処遇改善加算Ⅰ1（月1回）	175単位	1,907円	191円	382円	573円

《その他の費用》

	自己負担金
食材費	450円/日
おやつ代	100円/日

※外食代やイベントの費用（買物、カラオケなど）は、ご利用者様のご負担となります。

作成日：2025年1月6日

