

重要事項説明書

記入年月日	令和3年 7月 1日
記入者名	大谷 拓也
所属・職名	施 設 長

1. 事業主体概要

種類	個人/法人	
	※法人の場合、その種類	株式会社
名称	(ふりがな) かふしきがいしゃていえすえいちかんぱにー 株式会社TSHcompany	
主たる事務所の所在地	〒600-8882 京都市下京区西七条比輪田町 5-1 アーネスト西大路 104	
連絡先	電話番号	075-314-1757
	FAX番号	075-314-1758
	ホームページアドレス	http://www.tsh-company.jp
代表者	氏名	武田 敏之
	職名	代表取締役
設立年月日	平成20年11月 5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) じゅうたくがたゆうりょうろうじんほ-む ふしみのさと 住宅型有料老人ホーム ふしみの里	
所在地	〒612-8236 京都市伏見区横大路下三栖里ノ内73	
主な利用交通手段	最寄駅	京阪電気鉄道 本線 中書島駅
	交通手段と所要時間	京阪電気鉄道 本線 中書島駅 下車 徒歩15分
連絡先	電話番号	075-603-1313
	FAX番号	075-603-1314
	ホームページアドレス	http://www.tsh-company.jp
管理者	氏名	大谷 拓也
	職名	施設長
建物の竣工日		平成24年 9月30日
有料老人ホーム事業の開始日		平成22年 6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）		
3 <input checked="" type="checkbox"/> 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	県（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	1312.87㎡	
	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 (年 月 日～ 年 月 日) 2 なし
契約の自動更新	1 あり 2 なし		
建物	延床面積	全体	1721.65㎡
		うち、老人ホーム部分	1588.365㎡
	耐火構造	<input checked="" type="checkbox"/> 耐火建築物 <input type="checkbox"/> 準耐火建築物 <input type="checkbox"/> その他（ ）	
	構造	<input type="checkbox"/> 鉄筋コンクリート造 <input checked="" type="checkbox"/> 鉄骨造 <input type="checkbox"/> 木造 <input type="checkbox"/> 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 <input checked="" type="checkbox"/> なし
契約期間		<input checked="" type="checkbox"/> あり (平成24年1月16日～令和45年1月15日) <input type="checkbox"/> なし	
契約の自動更新	1 あり 2 なし		
居室の状況	居室区分	<input checked="" type="checkbox"/> 全室個室 <input type="checkbox"/> 相部屋あり	
	【表示事項】	2 相部屋あり	

居室の状況		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	<input checked="" type="checkbox"/> 有 / <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 / <input checked="" type="checkbox"/> 無	18.38 m ²	49室	一般居室個室	
タイプ2	<input type="checkbox"/> 有 / <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 / <input type="checkbox"/> 無	m ²			
タイプ3	<input type="checkbox"/> 有 / <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 / <input type="checkbox"/> 無	m ²			
タイプ4	<input type="checkbox"/> 有 / <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 / <input type="checkbox"/> 無	m ²			
タイプ5	<input type="checkbox"/> 有 / <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 / <input type="checkbox"/> 無	m ²			
タイプ6	<input type="checkbox"/> 有 / <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 / <input type="checkbox"/> 無	m ²			
タイプ7	<input type="checkbox"/> 有 / <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 / <input type="checkbox"/> 無	m ²			
タイプ8	<input type="checkbox"/> 有 / <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 / <input type="checkbox"/> 無	m ²			
タイプ9	<input type="checkbox"/> 有 / <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 / <input type="checkbox"/> 無	m ²			
タイプ10	<input type="checkbox"/> 有 / <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 / <input type="checkbox"/> 無	m ²			

※「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	2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	2ヶ所
	共用浴室	1ヶ所	個室	2ヶ所
			大浴場	0ヶ所
	共用浴室における介護浴槽	1ヶ所	チェアー浴	0ヶ所
			リフト浴	0ヶ所
			ストレッチャー浴	0ヶ所
その他（機械浴）			1ヶ所	
食堂	<input checked="" type="checkbox"/> 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 <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし			
エレベーター	1 あり（車椅子対応） <input checked="" type="checkbox"/> 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	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり 2 なし		
	自動火災報知設備	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり 2 なし		
	火災通報設備	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり 2 なし		
	スプリンクラー	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり 2 なし		
	防火管理者	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり 2 なし		
	防災計画	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり 2 なし		
その他				

(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	契約前に健康診断表を提出して頂きます	
契約の解除の内容	1. 入居者がお亡くなりになられた場合 2. 次の場合、30日以上予告期間をおいて契約を解除することがあります。 ①入居申込書に虚偽の事項を記載する等の不正手段により入居したとき ②月払いの利用料その他の支払いを正当な理由なく、2ヶ月以上遅滞するとき ③共同生活の秩序を乱す行為があったとき ④建物・付帯設備その他の本施設を故意または重大な過失により汚損・破損または滅失したとき	
事業主体から解約を求める場合	解約条項	入居契約書 第28条
	解約予告期間	30日
入居者からの解約予告期間	30日	
体験入居の内容	1 あり (内容: 空室がある場合のみ 1泊2日 3食付 5,940円 (税込) / 人) 2 なし	
入居定員	49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 ※1※2
	合計	常勤	非常勤	
管理者	1人	1人	0人	—
生活相談員	1人	1人	0人	—
直接処遇職員				
介護職員	0人	0人	12人	—
看護職員	0人	0人	0人	—
機能訓練指導員	0人	0人	0人	—
計画作成担当者	0人	0人	0人	—
栄養士	外部委託	外部委託	外部委託	—
調理員	外部委託	外部委託	外部委託	—
事務員	0人	0人	0人	—
その他職員	0人	0人	0人	—

1週間のうち、常勤の従業者が勤務すべき時間数※2	37.5
※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	0人	0人	0人
介護福祉士	8人	0人	8人
実務者研修の修了者	2人	0人	2人
初任者研修の修了者	2人	0人	2人
介護支援専門員	0人	0人	0人

(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	0人	0人	0人
理学療法士	0人	0人	0人
作業療法士	0人	0人	0人
言語聴覚士	0人	0人	0人
柔道整復士	0人	0人	0人
あん摩マッサージ指圧師	0人	0人	0人
はり師	0人	0人	0人
きゅう師	0人	0人	0人

(夜勤を行う看護・介護職員の人数)

夜勤帯の設定時間 (16時 30分 ~ 9時 30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

(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		
						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		0人	0人	0人	0人	0人	0人	0人	0人	0人	0人
前年度1年間の退職者数		0人	0人	0人	0人	0人	0人	0人	0人	0人	0人
経験年数に応じた業務に従事した	1年未満	0人	0人	0人	0人	0人	0人	0人	0人	0人	0人
	1年以上3年未満	0人	0人	0人	0人	0人	0人	0人	0人	0人	0人
	3年以上5年未満	0人	0人	0人	1人	0人	0人	0人	0人	0人	0人
	5年以上10年未満	0人	0人	0人	6人	0人	0人	0人	0人	0人	0人
	10年以上	0人	0人	0人	4人	0人	0人	0人	0人	0人	0人
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】	<input type="checkbox"/> 1 利用権方式 <input type="checkbox"/> 2 建物賃貸借方式 <input type="checkbox"/> 3 終身建物賃貸借方式	
利用料金の支払い方式 【表示事項】	<input type="checkbox"/> 1 全額前払い方式 <input type="checkbox"/> 2 一部前払い・一部月払い方式	
	<input checked="" type="checkbox"/> 3 月払い方式	<input type="checkbox"/> 1 全額前払い方式 <input type="checkbox"/> 2 一部前払い・一部月払い方式 <input type="checkbox"/> 3 月払い方式
年齢に応じた金額設定	<input type="checkbox"/> 1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし	
要介護状態に応じた金額設定	<input type="checkbox"/> 1 あり <input checked="" 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	<input checked="" type="checkbox"/> 1 減額なし <input type="checkbox"/> 2 日割り計算で減額 <input type="checkbox"/> 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	目的施設が所在する地域の自治体が発表する消費者物価指数及び人件費を勘案します。
	手続き	運営懇談会の意見を聴いたうえで改定します。また、改定にあたっては事業者は入居者及び身元引受人等へ事前に通知します。

(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1		
	年齢	84歳	歳	
居室の状況	床面積	18.0㎡	㎡	
	便所	<input checked="" type="checkbox"/> 1 有 <input type="checkbox"/> 2 無	<input checked="" type="checkbox"/> 1 有 <input type="checkbox"/> 2 無	
	浴室	<input type="checkbox"/> 1 有 <input checked="" type="checkbox"/> 2 無	<input type="checkbox"/> 1 有 <input checked="" type="checkbox"/> 2 無	
	台所	<input type="checkbox"/> 1 有 <input checked="" type="checkbox"/> 2 無	<input type="checkbox"/> 1 有 <input checked="" type="checkbox"/> 2 無	
入居時点で 必要な費用	前払金	円	円	
	敷金	240,000円	円	
月額費用の合計		158,320円	円	
家賃		60,000円	円	
サービス費用	特定施設入居者生活介護※1の費用		0円 円	
	介護保険外※2	食費（30日の場合）	58,320円	円
		管理費	40,000円	円
		介護費用	0円	円
		光熱水費	0円	円
		その他	0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	ホームの家賃、修繕費、管理事務費等を含む総費用を勘案して、1室当たりの月額費用を算出したもの
敷金	3ヶ月分の家賃及び原状回復費相当額
介護費用	—
管理費	事務管理部門の人件費・事務費、要介護者以外の入居者に対する日常生活支援サービス提供の人件費、水道光熱費、共用施設及び設備の維持管理費、備品、消耗品費
食費	人件費等の諸経費、食材費に基づく費用です
光熱水費	管理費に含みます
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	—

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	14人
	女性	32人
年齢別	65歳未満	2人
	65歳以上 75歳未満	10人
	75歳以上 85歳未満	16人
	85歳以上	18人
要介護度別	自立	0人
	要支援1	2人
	要支援2	0人
	要介護1	3人
	要介護2	15人
	要介護3	10人
	要介護4	9人
	要介護5	7人
入居期間別	6ヶ月未満	7人
	6ヶ月以上1年未満	9人
	1年以上5年未満	22人
	5年以上10年未満	8人
	10年以上15年未満	0人
	15年以上	0人

(入居者の属性)

平均年齢	86.6歳
入居者数の合計	46人
入居率*	93.8%
※ 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	0人
	社会福祉施設	0人
	医療機関	0人
	死亡者	9人
	その他	0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)

施設の対応窓口

窓口の名称		ふしみの里 苦情相談窓口
電話番号		075-603-1313
対応している時間	平日	9:00 ~ 17:30
	土曜	9:00 ~ 17:30
	日曜・祝日	9:00 ~ 17:30
定休日		なし

上記以外の利用者からの苦情に対応する窓口等

窓口の名称		①京都市保健福祉局健康長寿のまち・京都推進室介護ケア推進課 ②伏見区保健福祉センター健康福祉部健康長寿推進課高齢介護保険担当 ③京都府国民健康保険団体連合会介護相談係
電話番号		①075-213-5871 ②075-611-1101 ③075-354-9090
対応している時間	平日	①~③ 8:30 ~ 17:00
	土曜	—
	日曜・祝日	—
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) 損害賠償責任保険に加入しており事業者は契約に基づくサービス提供上で、万が一事故が発生し入居者の生命、身体、財産に損害が発生した場合、入居者に対して損害を賠償する。但し、入居者に重大な過失がある場合や不可抗力の場合を除く。
	<input type="checkbox"/> 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	<input checked="" type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 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	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり	実施日	令和2年12月15日 (アンケート実施)
		結果の開示	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり <input type="checkbox"/> 2 なし
	<input type="checkbox"/> 2 なし		
第三者による評価の実施状況	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり	実施日	
		評価機関名称	
	<input checked="" type="checkbox"/> 2 なし	結果の開示	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり <input type="checkbox"/> 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	1 入居希望者に公開 2 入居希望者に交付 <input checked="" type="checkbox"/> 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 <input checked="" type="checkbox"/> 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 <input checked="" type="checkbox"/> 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 住宅の登録	1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 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 <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		
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

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 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 すいれん	京都市下京区西七条比輪田町5-1 アーネスト西大路1階
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		
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	すいれんケアプラザセンター	京都市下京区西七条比輪田町5-1 アーネスト西大路1階
< 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 すいれん	京都市下京区西七条比輪田町5-1 アーネスト西大路1階
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		
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		
介護医療院	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
	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）			備考
			包含※2	都度※2	料金※3	
介護サービス						
食事介助	なし	あり	なし	あり	○	1回550円 自立者のみ
排泄介助	なし	あり	なし	あり	○	1回550円 自立者のみ
おむつ交換	なし	あり	なし	あり	○	1回756円 自立者のみ
おむつ代			なし	あり	○	実費負担
入浴（一般浴）介助・清拭	なし	あり	なし	あり	○	1回550円 自立者のみ
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回270円 自立者のみ
機能訓練	なし	あり	なし	あり		
通院介助	なし	あり	なし	あり	○	30分 1,100円 京都市内の医療機関、他の地域は応相談
生活サービス						
居室清掃	なし	あり	なし	あり	○	1回550円 自立者のみ
リネン交換	なし	あり	なし	あり		
日常の洗濯	なし	あり	なし	あり	○	1回200円
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		
おやつ			なし	あり		
理美容師による理美容サービス			なし	あり	○	実費負担
買い物代行	なし	あり	なし	あり	○	1回550円 伏見区内
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		
健康管理サービス						
定期健康診断			なし	あり	○	実費負担 年2回
健康相談	なし	あり	なし	あり		
生活指導・栄養指導	なし	あり	なし	あり		
服薬支援	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	○	5分110円
入退院時の同行	なし	あり	なし	あり	○	5分110円 京都市内の医療機関、他の地域は応相談
入院中の洗濯物交換・買い物	なし	あり	なし	あり	○	1回550円
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、月額サービスの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。