

## 有料老人ホーム情報開示等一覧表

(令和7年7月1日現在)

施設名	リハビリホームボンセジュール北松戸	
施設の類型	住宅型有料老人ホーム	
介護保険の指定居宅サービスの種類（注1）	なし	
所在地・電話番号	千葉県松戸市上本郷 2106-1・047-308-2501	
事業主体 （名称・所在地）	株式会社ベネッセスタイルケア 東京都新宿区西新宿二丁目3番1号 新宿モノリスビル	
開設年月日	2016年11月1日	
入居者／入居定員	71人／79人	
一時金	入居一時金	【入居金型契約 A1（基本方式）】400万円 【入居金型契約 A2（基本方式）】420万円 【入居金型契約 A3（基本方式）】440万円 【入居金型契約 A4（基本方式）】470万円 【入居金型契約 A5（基本方式）】570万円 【入居金型契約 B1（基本方式）】710万円 【入居金型契約 B2（基本方式）】860万円 【入居金型契約 B3（基本方式）】940万円 【入居金型契約 B4（基本方式）】1,140万円  ※基本方式のほか、a方式・b方式の支払方式がございます。入居金型契約のほか、月額支払型契約という支払い方式もございます。詳細は利用契約書及び重要事項説明書をご参照ください。
	介護費用の一時金（円） （介護保険給付対象外の介護サービスに係る利用料）	0円
	返還金の保全措置	有（銀行保証）
月額利用料（円） （介護保険に係る利用料は除く）	<p>&lt;家賃相当額&gt;</p> <p>入居金型契約</p> <p>【入居金型契約 A1（基本方式）】55,000円 【入居金型契約 A2（基本方式）】58,000円 【入居金型契約 A3（基本方式）】61,000円 【入居金型契約 A4（基本方式）】65,000円 【入居金型契約 A5（基本方式）】79,000円 【入居金型契約 B1（基本方式）】97,000円 【入居金型契約 B2（基本方式）】118,000円 【入居金型契約 B3（基本方式）】130,000円 【入居金型契約 B4（基本方式）】158,000円</p> <p>※基本方式のほか、a方式・b方式の支払方式がございます。</p> <p>月額支払い型契約</p> <p>【月額支払型契約 A1】138,700円 【月額支払型契約 A2】145,900円 【月額支払型契約 A3】153,100円 【月額支払型契約 A4】163,400円 【月額支払型契約 A5】198,300円 【月額支払型契約 B1】245,400円 【月額支払型契約 B2】297,900円 【月額支払型契約 B3】326,800円 【月額支払型契約 B4】396,700円</p>	

		<p>&lt;食材費&gt;  30,420 円 (1 名利用の場合)  60,840 円 (2 名利用の場合)  ※1 日 3 食を 30 日提供した場合  (朝食 226 円、昼食 324 円、夕食 464 円)</p> <p>&lt;管理費&gt;  A1 : 135,300 円  A2 : 135,300 円  A3 : 135,300 円  A4 : 135,300 円  A5 : 135,300 円  B1 : 168,300 円 (1 名利用の場合)  229,350 円 (2 名利用の場合)  B2 : 168,300 円 (1 名利用の場合)  229,350 円 (2 名利用の場合)  B3 : 201,300 円 (1 名利用の場合)  262,350 円 (2 名利用の場合)  B4 : 201,300 円 (1 名利用の場合)  262,350 円 (2 名利用の場合)</p> <p>※家賃相当額は非課税。それ以外は税込価格。</p>
月額利用料以外の実費負担の内容		居室内の水光熱費、医療費、介護サービス利用料、紙オムツ等の介護消耗品、化粧品、衣類、クリーニング、理容・美容、嗜好品等、専ら利用者の個人的利用、使用に係る費用
要介護状態になった場合	介護を行う場所	居室 (当ホームでは介護を行いません)
	追加費用の有無 (注 2)	なし
体験入居の有無・費用等		あり 6 泊 7 日 77,000 円 (税込) ※「6 泊 7 日」の定額料金です。 ※介護保険は適用されません。 ※上記料金には食費、水光熱費、日常生活支援サービス費が含まれます。
情 報 開 示	重要事項説明書の公開	公開 (閲覧・交付) 非公開
	契約書の公開	公開 (閲覧・交付) 非公開
	管理規程の公開	公開 (閲覧・交付) 非公開
	財務諸表 (要旨) の公開	公開 (閲覧・交付) 非公開
	事業収支計画の公開	公開 (閲覧・交付) 非公開
(社) 全国有料老人ホーム協会及び入居者基金への加入状況		未加入
備 考		

注 1 介護保険法第 70 条の規定により指定された居宅介護サービスの種類を記入。居宅介護支援は除く。

注 2 介護費用の一時金及び介護保険に係る利用料は除く。