

重要事項説明書

記入年月日	令和5年6月1日
記入者名	竹下 知愛
所属・職名	管理者

※ サービス付き高齢者向け住宅の登録を受けている有料老人ホームについては、「登録申請書の添付書類等の参考とする様式について（平成23年10月7日付け厚生労働省老健局高齢者支援課長・国土交通省住宅局安心居住推進課長事務連絡）」の別紙4の記載内容を合わせて記載して差し支えありません。その場合、以下の1から3まで及び6の内容については、別紙4の記載内容で説明されているものとみなし、欄自体を削除して差し支えありません。

(全体の方針)

運営に関する方針	閑静な武家屋敷群に囲まれた環境で、住み慣れた地域での暮らしが継続できるように、出来ること・やりたいことは自分でやっていただき、生活を支援します。				
サービスの提供内容に関する特色	サ高住の敷地内に法人所有の民家があり、地域開放のスペースを設けています。地域の方との交流を継続してゆけます。				
入浴、排せつ又は食事の介護	①	自ら実施	2	委託	3 なし
食事の提供	①	自ら実施	②	委託	3 なし
洗濯、掃除等の家事の供与	①	自ら実施	2	委託	3 なし
健康管理の供与	①	自ら実施	2	委託	3 なし
安否確認又は状況把握サービス	①	自ら実施	2	委託	3 なし
生活相談サービス	①	自ら実施	2	委託	3 なし

(医療連携の内容)

医療支援		① 救急車の手配	2 入退院の付き添い
※ 複数選択可		3 通院介助	4 その他 ()
協力医療機関	1	名称	来仙医院
		住所	鹿児島県出水市野田町下名6909
		診療科目	内科・外科
		協力科目	
		協力内容	入居者に治療が必要となった場合
	2	名称	
		住所	
		診療科目	
		協力科目	
		協力内容	
協力歯科医療機関		名称	石沢歯科医院
		住所	鹿児島県出水市野田町上名5855
		協力内容	入居者に治療が必要となった場合

(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	年齢60才以上（健康状態が安定していない方や要介護3～5の方は対象外）		
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	
事業主体から解約を求める場合	解約条項	本物件の使用目的遵守義務違反等（入居契約書第10条）	
	解約予告期間	相当の期間	
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、1泊4000円、食事代別途） 2 なし		
入居定員	16人		
その他			

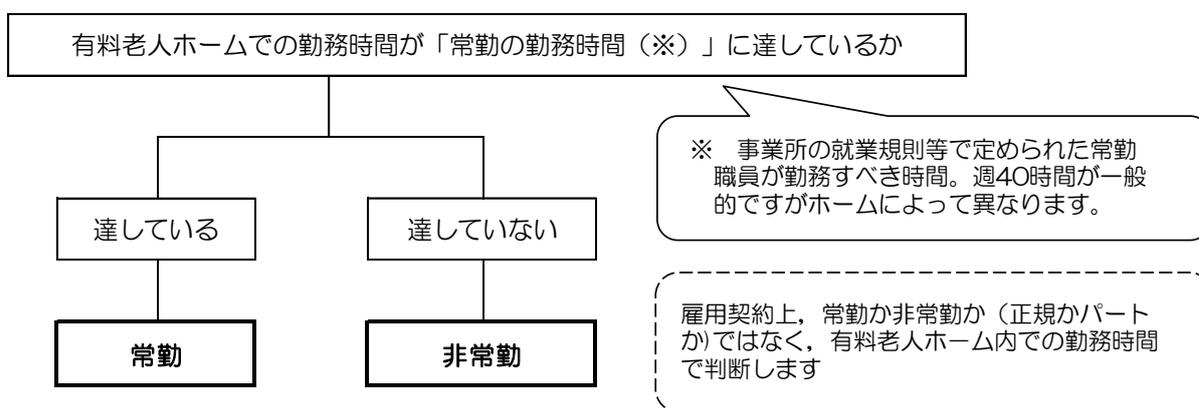
5. 職員体制

※ 有料老人ホームの職員について記載すること（同一法人が運営する他の事業所の職員については記載する必要はありません）。

（職種別の職員数（実人数））

	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	1		0.2
生活相談員	6	1	5	3.5
直接処遇職員				
介護職員				
看護職員				
機能訓練指導員				
計画作成担当者				
栄養士				
調理員				
事務員	4	4		0.4
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			※2	
※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（住宅型）は、記入不要。				

<参考> 有料老人ホームにおける常勤・非常勤の判断



注1 「有料老人ホームにおける勤務時間」で考えることが基本であることから、原則として、事業所をまたぐ業務の兼任は、常勤ではなく非常勤とし、時間を分けて勤務表を作成します。

注2 有料老人ホーム内で兼務（例：生活相談員と介護職員）している場合は、業務の割合が多い職種で計上してください（双方で計上せず、どちらかで計上します）。

(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			
		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							1		
前年度1年間の退職者数							1		
業務に従事した経験年数に応じた職員の人数	1年未満					1	1		
	1年以上3年未満						2		
	3年以上5年未満						1		
	5年以上10年未満						1		
	10年以上								
		機能訓練指導員		計画作成担当者					
		常勤	非常勤	常勤	非常勤				
前年度1年間の採用者数									
前年度1年間の退職者数									
業務に従事した経験年数に応じた職員の人数	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		① あり		2 なし					

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	4 人
	女性	11 人
年齢別	65歳未満	0 人
	65歳以上75歳未満	0 人
	75歳以上85歳未満	1 人
	85歳以上	14 人
要介護度別	自立	0 人
	要支援 1	4 人
	要支援 2	5 人
	要介護 1	5 人
	要介護 2	1 人
	要介護 3	0 人
	要介護 4	0 人
	要介護 5	0 人
入居期間別	6ヶ月未満	3 人
	6ヶ月以上1年未満	2 人
	1年以上5年未満	8 人
	5年以上10年未満	2 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	90 歳
入居者数の合計	15 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	2 人
	社会福祉施設	2 人
	医療機関	2 人
	死亡者	0 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	6 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) ※複数の窓口がある場合は欄を増やして記入すること。

窓口の名称		法人本部 庶務企画部員 / 野田の郷天神 生活相談員
電話番号		0996-84-2904 / 0996-79-3022
対応している 時間	平日	9時～17時
	土曜	
	日曜・祝日	
定休日		
窓口の名称		鹿児島県くらし保健福祉部 高齢者生き生き推進課 鹿 児島県土木部建築課 住宅政策室
電話番号		高齢者生き生き推進課 099-286-2704 住 宅政策室 099-286-3740
対応している時間		8:30～17:15
定休日		土曜, 日曜, 祝日, 12月29日～1月3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 あり	(その内容) 超ビジネス保険 (事業活動包括保険)
	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	① あり	(その内容) 事故対応マニュアルに基づく対応
	2 なし	
事故対応及びその予防のため の指針	① あり	
	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	① あり	実施日	令和5年5月29日
		結果の開示	1 あり ② なし
2 なし			
第三者による評価の 実施状況	1 あり	実施日	
		評価機関名称	
		結果の開示	1 あり 2 なし
	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 3 公開していない	② 入居希望者に交付
管理規程	① 入居希望者に公開 3 公開していない	② 入居希望者に交付
事業収支計画書	1 入居希望者に公開 ③ 公開していない	2 入居希望者に交付
財務諸表の要旨	① 入居希望者に公開 3 公開していない	② 入居希望者に交付
財務諸表の原本	1 入居希望者に公開 ③ 公開していない	2 入居希望者に交付

10. その他

運営懇談会	1 あり	(開催頻度) 年 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:) 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	1 あり 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	2 なし
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 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 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	1 あり ② なし	
不適合事項がある場合の内容		

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）

※ _____ 様

説明年月日 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		併設・隣接の状況			事業所の名称	所在地
＜居宅サービス＞						
訪問介護	あり			隣接	ビジケアセンター野田の郷	出西市野田町下名4975-2
訪問入浴介護		なし	併設	隣接		
訪問看護		なし	併設	隣接		
訪問リハビリテーション		なし	併設	隣接		
居宅療養管理指導		なし	併設	隣接		
通所介護	あり			隣接	デイサービスセンター野田の郷	出西市野田町下名4975-2
通所リハビリテーション		なし	併設	隣接		
短期入所生活介護	あり			隣接	特別養護老人ホーム野田の郷	出西市野田町下名4975-2
短期入所療養介護		なし	併設	隣接		
特定施設入居者生活介護		なし	併設	隣接		
福祉用具貸与		なし	併設	隣接		
特定福祉用具販売		なし	併設	隣接		
＜地域密着型サービス＞						
定期巡回・随時対応型訪問介護看護		なし	併設	隣接		
夜間対応型訪問介護		なし	併設	隣接		
地域密着型通所介護		なし	併設	隣接		
認知症対応型通所介護		なし	併設	隣接		
小規模多機能型居宅介護		なし	併設	隣接		
認知症対応型共同生活介護		なし	併設	隣接		
地域密着型特定施設入居者生活介護		なし	併設	隣接		
地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護		なし	併設	隣接		
看護小規模多機能型居宅介護		なし	併設	隣接		
居宅介護支援	あり			隣接	在宅介護支援センター野田の郷	出西市野田町下名4975-2
＜居宅介護予防サービス＞						
介護予防訪問入浴介護		なし	併設	隣接		
介護予防訪問看護		なし	併設	隣接		
介護予防訪問リハビリテーション		なし	併設	隣接		
介護予防居宅療養管理指導		なし	併設	隣接		
介護予防通所リハビリテーション		なし	併設	隣接		
介護予防短期入所生活介護	あり			隣接	特別養護老人ホーム野田の郷	出西市野田町下名4975-2
介護予防短期入所療養介護		なし	併設	隣接		
介護予防特定施設入居者生活介護		なし	併設	隣接		
介護予防福祉用具貸与		なし	併設	隣接		
特定介護予防福祉用具販売		なし	併設	隣接		
＜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		なし	併設	隣接		
介護予防小規模多機能型居宅介護		なし	併設	隣接		
介護予防認知症対応型共同生活介護		なし	併設	隣接		
介護予防支援		なし	併設	隣接		
＜介護保険施設＞						
介護老人福祉施設	あり			隣接	特別養護老人ホーム野田の郷	出西市野田町下名4975-2
介護老人保健施設		なし	併設	隣接		
介護療養型医療施設		なし	併設	隣接		
介護医療院		なし	併設	隣接		
＜介護予防・日常生活支援総合事業＞						
訪問型サービス	あり			隣接	ビジケアセンター野田の郷	出西市野田町下名4975-2
通所型サービス	あり			隣接	デイサービスセンター野田の郷	出西市野田町下名4975-2
その他生活支援サービス		なし	併設	隣接		

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	
	個別の利用料で、実施するサービス (利用者が全額負担)				※3 料 金 (円)	備 考
		包含※2 (月額料金 を含む)	※2 都度払い			
介護サービス						
食事介助	なし					
排泄介助・おむつ交換	なし					
おむつ代	なし					
入浴（一般浴）介助・清拭	なし					
特浴介助	なし					
身辺介助（移動・着替え等）		あり		○	500円/回	
機能訓練	なし					
通院介助	なし					※付添いができる範囲を明確化すること
生活サービス						
居室清掃		あり		○	500円/回	
リネン交換		あり		○	500円/回	
日常の洗濯		あり		○	500円/回	
居室配膳・下膳	なし					
入居者の嗜好に応じた特別な食事	なし					
おやつ	なし					
理美容師による理美容サービス	なし					
買い物代行	なし					※利用できる範囲を明確化すること
役所手続き代行	なし					
金銭・貯金管理	なし					
健康管理サービス						
定期健康診断	なし					※回数（年○回など）を明記すること
健康相談		あり		○		
生活指導・栄養指導		あり		○		
服薬支援	なし					
生活リズムの記録（排便・睡眠等）	なし					
入退院時・入院中のサービス						
入退院時の同行	なし					※付添いができる範囲を明確化すること
入院中の洗濯物交換・買い物	なし					
入院中の見舞い訪問	なし					

※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。

登録事項等についての説明（高齢者住まい法第17条関係）

令和 年 月 日

登録事項等についての説明

貸主(甲) 住所 鹿児島県出水市野田町下名4975-2
氏名 社会福祉法人双葉会 理事長 来仙隆洋 印

代理人 住所
氏名 印

サービス付き高齢者向け住宅への入居に係る契約を締結するに当たり、高齢者の居住の安定確保に関する法律第17条に基づき、以下の事項について、書面を交付して説明します。

1. サービス付き高齢者向け住宅の名称及び所在地

住宅の名称	(ふりがな) さーびすつきこうれいしやむけじゅうたく のだのさとてんじん サービス付き高齢者向け住宅 野田の郷天神
所在地	(住居表示) 鹿児島県出水市野田町上名5847
利用交通手段	<input checked="" type="checkbox"/> 1.電車(肥薩おれんじ鉄道)線 野田郷 駅から 徒歩 で 20分) <input type="checkbox"/> 2.その他()
住宅に関する権原	<input checked="" type="checkbox"/> 1.所有権 <input type="checkbox"/> 2.賃借権 <input type="checkbox"/> 3.使用貸借による権利 期間 平成 年 月 日から 平成 年 月 日まで
施設に関する権原	<input checked="" type="checkbox"/> 1.所有権 <input type="checkbox"/> 2.賃借権 <input type="checkbox"/> 3.使用貸借による権利 期間 平成 年 月 日から 平成 年 月 日まで
敷地に関する権原	<input checked="" type="checkbox"/> 1.所有権 <input type="checkbox"/> 2.地上権 <input type="checkbox"/> 3.賃借権 <input type="checkbox"/> 4.使用貸借による権利 期間 平成 年 月 日から 平成 年 月 日まで

(注)住居表示が決まっていない場合には、地名地番を記載すること。

2. サービス付き高齢者向け住宅事業を行う者

法人・個人の別	<input checked="" type="checkbox"/> 法人 <input type="checkbox"/> 個人
商号、名称 又は氏名	(ふりがな) しゃかいふくしほうじんふたばかい 社会福祉法人双葉会
住所 (法人にあつては 主たる事務所の所 在地)	(郵便番号 899-0502) 鹿児島県出水市野田町下名4975-2 電話番号 0996-84-2904
法人の役員	別添 1 のとおり
法定代理人 (未成年の個人で ある場合)	(ふりがな) 商号、名称、又は氏名
	住所(法人 にあつては 主たる事務 所の所 在地) 電話番号
法人の役員	別添 2 のとおり

3. サービス付き高齢者向け住宅事業を行う者の事務所

事務所の名称	(ふりがな) しゃかいふくしほうじんふたばかい 社会福祉法人双葉会		
事務所の所在地	(郵便番号 899-0502) 鹿児島県出水市野田町下名4975-2	電話番号	0996-84-2904

4. サービス付き高齢者向け住宅の戸数、規模並びに構造及び設備

住宅戸数	登録申請対象戸数	16	戸	
居住部分の規模	(最小)	18.00	m ²	詳細については、別添 3 のとおり
	(最大)	18.00	m ²	
構造及び設備	共同利用設備	<input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし		
	構造	木造		階数
竣工の年月	2016 年 8 月 17 日			
加齢対応構造等	<input checked="" type="checkbox"/> 登録基準に適合している			
	<input type="checkbox"/> エレベーターを備えている			
	<input checked="" type="checkbox"/> 緊急通報装置を備えている			

5. サービス付き高齢者向け住宅の入居契約、入居者資格及び入居開始時期(居住の用に供する前である場合)

入居契約の別	<input checked="" type="checkbox"/> 賃貸借契約 <input type="checkbox"/> その他
入居契約が賃貸借契約でない場合には、その旨	
終身賃貸事業者の事業の認可	<input type="checkbox"/> 法第52条の認可を受けている
入居者の資格	<input checked="" type="checkbox"/> 次の①又は②に該当する者である。 ①単身高齢者世帯 ②高齢者＋同居者(配偶者 / 60歳以上の親族 / 要介護認定又は要支援認定を受けている60歳未満の親族 / 特別な理由により同居させる必要があると知事が認める者) (「高齢者」とは、60歳以上の者又は要介護認定若しくは要支援認定を受けている60歳未満の者をいう。)
入居契約の内容	別添入居契約書のとおり

※以下は、入居の用に供する前である場合に限り記入すること。

入居開始時期	年 月 日から
--------	---------

注) 入居開始年は、西暦で記入すること。

6. サービス付き高齢者向け住宅において提供される高齢者生活支援サービス及び入居者から受領する金銭

サービスの種類	提供形態		提供の対価(概算・月額)	詳細については、 別添 4 のとおり
	状況把握 生活相談	<input checked="" type="checkbox"/> 自ら <input type="checkbox"/> 委託	約 17,000 円	
高齢者生活支援サービス	食事の提供	<input checked="" type="checkbox"/> 自ら <input checked="" type="checkbox"/> 委託 <input type="checkbox"/> 提供しない	約 37,350 円	
	入浴等の介護	<input checked="" type="checkbox"/> 自ら <input type="checkbox"/> 委託 <input type="checkbox"/> 提供しない	約 500 円	
	調理等の家事	<input checked="" type="checkbox"/> 自ら <input type="checkbox"/> 委託 <input type="checkbox"/> 提供しない	約 1,000 円	
	健康の維持増進	<input checked="" type="checkbox"/> 自ら <input type="checkbox"/> 委託 <input type="checkbox"/> 提供しない	約 0 円	
	その他	<input type="checkbox"/> 自ら <input type="checkbox"/> 委託 <input checked="" type="checkbox"/> 提供しない	約 円	
家賃の概算額	(最低) 約 35,000 円	住戸ごとの内容は別添 3 のとおり		
	(最高) 約 35,000 円			
共益費の概算額	(最低) 約 11,000 円			
	(最高) 約 11,000 円			
敷金の概算額	(最低) 約 0 円	家賃の 月分		
	(最高) 約 0 円			
前払金※の有無	<input type="checkbox"/> あり <input checked="" type="checkbox"/> なし			
家賃等の前払金の概算額	(最低) 約 円	(最高) 約 円		
家賃等の前払金の算定の基礎	家賃			
	サービス提供の対価			
返還額の算定方法				
家賃等の前払金の返還債務が消滅するまでの期間	年 月 日まで			
家賃等の前払金の返還額の推移	(※原則として入居契約に定めた契約の始期を起算日とする。)			
前払金の保全措置の内容	<input type="checkbox"/> 銀行による債務の保証 <input type="checkbox"/> 信託会社等による元本補てん又は信託 <input type="checkbox"/> 保険事業者による保証保険 <input type="checkbox"/> その他()			
特定施設入居者生活介護事業所	<input type="checkbox"/> 指定を受けている 介護保険事業所番号 ()			
	<input checked="" type="checkbox"/> 指定を受けていない			
地域密着型特定施設入居者生活介護事業所	<input type="checkbox"/> 指定を受けている 介護保険事業所番号 ()			
	<input checked="" type="checkbox"/> 指定を受けていない			
介護予防特定施設入居者生活介護事業所	<input type="checkbox"/> 指定を受けている 介護保険事業所番号 ()			
	<input checked="" type="checkbox"/> 指定を受けていない			
介護サービス情報	(特定施設入居者生活介護事業者、地域密着型特定施設入居者生活介護事業所若しくは介護予防特定施設入居者生活介護事業所の指定を受けている場合には、別紙により、介護保険法第115条の35第1項に規定する介護サービス情報を示す。)			

※前払金とは、終身又は入居契約の期間にわたって受領すべき家賃等の全部又は一部を一括して受領する場合をいう。

7. サービス付き高齢者向け住宅の管理の方法等

管理の方式	<input checked="" type="checkbox"/> 自ら管理 <input type="checkbox"/> 管理業務を委託
委託する業務の内容 (契約事項)	
管理業務の委託先	
商号、名称 又は氏名	(ふりがな)
住 所 <small>(法人にあっては 主たる事務所の所在地)</small>	(郵便番号) 電話番号
修繕計画	
計画策定の 有無	<input type="checkbox"/> あり <input checked="" type="checkbox"/> なし
大規模修繕の 実施予定	頃実施予定
その他計画的 な修繕予定	

8. サービス付き高齢者向け住宅と併設される高齢者居宅生活支援事業を行う施設 (該当する場合のみ)

施設の名称	提供されるサービスの概要	事業所の場所
		<input type="checkbox"/> 同一の建築物内 <input type="checkbox"/> 同一の敷地内 <input type="checkbox"/> 隣接する土地
		<input type="checkbox"/> 同一の建築物内 <input type="checkbox"/> 同一の敷地内 <input type="checkbox"/> 隣接する土地
		<input type="checkbox"/> 同一の建築物内 <input type="checkbox"/> 同一の敷地内 <input type="checkbox"/> 隣接する土地
		<input type="checkbox"/> 同一の建築物内 <input type="checkbox"/> 同一の敷地内 <input type="checkbox"/> 隣接する土地

9. 高齢者居宅生活支援事業を行う者との連携及び協力 (該当する場合のみ)

連携又は協力の相手方	
事業所の名称	(ふりがな) いりょうほうじんらいせんいいん 医療法人 来仙医院
事業所の所在地	(郵便番号 899-0502) 鹿児島県出水市野田町下名6909番地 電話番号 0996-84-2005
連携又は協力の 内容	内科・外科

10. 登録の申請が基本方針(及び高齢者居住安定確保計画)に照らして適切なものである旨

建物内部は、バリアフリー構造になっており、生活相談、食事の提供を行い、入居の方が安心して暮らせるように環境を整えています。

上記につきまして、高齢者の居住の安定確保に関する法律第17条に基づく書面による説明を受けました。

令和 年 月 日

借主(乙) 住所
氏名

印

役員名簿

(ふりがな) 氏名	役名等
らいせん たかひろ 来仙 隆洋	理事長
しばはら いちさん 芝原 一三	理事
ひぐち けいこ 樋口 恵子	理事
もろずみ りか 両角 里香	理事
もりで たけし 森代 武志	理事
きくち のぶたか 菊池 寅峰	理事
ひらなか すみこ 平中 すみ子	監事
かわばた はるお 川畑 晴雄	監事

法第6条第1項第3号に該当する者を全て記載すること。記載しきれないときは、この様式の例により作成した書面に記載し、その書面をこの書面の次に添付すること。

別添 4

1. 状況把握及び生活相談サービスの内容

提供形態		<input checked="" type="checkbox"/> サービス付き高齢者向け住宅提供事業者が自ら提供する		<input type="checkbox"/> 委託する		
委託する場合の委託先	商号、名称 又は氏名	(ふりがな)				
	住所 (法人にあつては主たる事務所の所在地)	(郵便番号)		電話番号		
サービスを提供する法人等の別	<input type="checkbox"/> 医療法人 <input checked="" type="checkbox"/> 社会福祉法人 <input type="checkbox"/> 指定居宅サービス事業者 <input type="checkbox"/> 指定地域密着型サービス事業者		<input type="checkbox"/> 指定居宅介護支援事業者 <input type="checkbox"/> 指定介護予防サービス事業者 <input type="checkbox"/> 指定介護予防支援事業者 <input type="checkbox"/> 上記以外の法人等			
サービスを提供する者の人数	<input type="checkbox"/> 医師	人員	人	<input type="checkbox"/> 社会福祉士	人員 人	
	<input type="checkbox"/> 看護師	人員	人	<input type="checkbox"/> 介護支援専門員	人員 人	
	<input type="checkbox"/> 准看護師	人員	人	<input checked="" type="checkbox"/> 養成研修修了者	人員 2人	
	<input checked="" type="checkbox"/> 介護福祉士	人員	1人	<input checked="" type="checkbox"/> 上記以外の職員	人員 3人	
			合 計		人員 6人	
常駐する場所	<input checked="" type="checkbox"/> 同一の敷地内 <input type="checkbox"/> 隣接する土地 <input type="checkbox"/> 近接する土地 (所在地)					
常駐する日	<input checked="" type="checkbox"/> 365日対応 <input type="checkbox"/> 次の期間を除く()					
常駐する時間	日中	8 時	分	～	17 時 分	人員 1人
	上記以外の時間	17 時	分	～	8 時 分	人員 1人
毎日1回以上の状況把握サービスの提供方法	食事提供時に確認				毎日 3 回	
	<input type="checkbox"/> 入居者から居住部分への訪問を希望する旨の申出があった場合は、当該居住部分への訪問(近接する土地に常駐する場合のみ)					
緊急通報サービスの内容	提供時間	常駐する日	時 分 ～ 時 分			
		上記以外の日	<input type="checkbox"/> 24時間			
	通報方法					
	通報先	通報先から住宅までの到着予定時間			分	
サービス提供の対価(概算額)	月額	約 17,000 円	前払金の算定方法			
	前払金	約 円				
備考						

※サービス提供の対価を月額で設定していない場合は、30日間利用した場合の金額を記載すること。

2. 食事の提供サービスの内容(該当する場合のみ)

提供形態		<input type="checkbox"/> サービス付き高齢者向け住宅提供事業者が自ら提供する		<input checked="" type="checkbox"/> 委託する	
委託する 場合の 委託先	商号、名称 又は氏名	(ふりがな) ふじさんぎょうかぶしがいしゃ 富士産業株式会社			
	住所 (法人にあつては 主たる事務所の 所在地)	(郵便番号 105-0004) 東京都港区新橋5丁目32番7号	電話番号	03-5400-6111	
	住所 (法人にあつては 本業務に係る事 業所の所在地)	(郵便番号 899-0502) 鹿児島県出水市野田町下名4975-2 野田の郷内	電話番号	0996-84-3770	
食事提供を行う場所		<input checked="" type="checkbox"/> 食堂 <input type="checkbox"/> 各居住部分 <input type="checkbox"/> その他()			
提供方法	提供日	<input checked="" type="checkbox"/> 365日対応 <input type="checkbox"/> その他()			
	内容	<input type="checkbox"/> 3食 <input checked="" type="checkbox"/> 入居者が選択 <input type="checkbox"/> 次の食事は提供しない()			
	調理等	<input checked="" type="checkbox"/> 厨房で調理 <input checked="" type="checkbox"/> 配食サービスを利用 <input type="checkbox"/> その他()			
サービス提供の対 価(概算額)	月額※	約 37,350 円	内訳	朝食 205 円	昼食 520 円 夕食 520 円
	前払金	約 0 円	前払金の 算定方法		
備考		食事の提供は、自ら提供と委託の両方。朝食は、職員が調理。昼・夕食は委託業者が調理したものを配達してもらい配膳。			

※サービス提供の対価を月額で設定していない場合は、30日間利用した場合の金額を記載すること。

3. 入浴、排せつ、食事等の介護サービスの内容(該当する場合のみ)

提供形態		<input checked="" type="checkbox"/> サービス付き高齢者向け住宅提供事業者が自ら提供する <input type="checkbox"/> 委託する	
委託する場合の委託先	商号、名称 又は氏名	(ふりがな)	
	住所 (法人にあつては主たる事務所の所在地)	(郵便番号)	電話番号
	住所 (法人にあつては本業務に係る事業所の所在地)	(郵便番号)	電話番号
提供方法	提供日	<input checked="" type="checkbox"/> 365日対応 <input type="checkbox"/> その他()	
	内容	<input type="checkbox"/> 入浴介護 <input type="checkbox"/> 排せつ介護 <input type="checkbox"/> 食事介護	
		<input checked="" type="checkbox"/> その他 (身体介護(衣類交換・シーツ交換))	
サービス提供の対価(概算額)	月額	約 500 円	前払金の算定方法
	前払金	約 円	
備考	身体介護は、常時行うものではありません。(1回当たり500円)		

4. 調理、洗濯、掃除等の家事サービスの内容(該当する場合のみ)

提供形態		<input checked="" type="checkbox"/> サービス付き高齢者向け住宅提供事業者が自ら提供する <input type="checkbox"/> 委託する	
委託する場合の委託先	商号、名称 又は氏名	(ふりがな)	
	住所 (法人にあつては主たる事務所の所在地)	(郵便番号)	電話番号
	住所 (法人にあつては本業務に係る事業所の所在地)	(郵便番号)	電話番号
提供方法	提供日	<input checked="" type="checkbox"/> 365日対応 <input type="checkbox"/> その他()	
	内容	<input type="checkbox"/> 調理 <input checked="" type="checkbox"/> 洗濯 <input checked="" type="checkbox"/> 掃除	
		<input type="checkbox"/> その他 ()	
サービス提供の対価(概算額)	月額	約 1,000 円	前払金の算定方法
	前払金	約 円	
備考	洗濯は1回あたり500円、掃除は1回当たり500円/30分 約2週間に1回		

5. 健康の維持増進サービスの内容(該当する場合のみ)

提供形態		<input checked="" type="checkbox"/> サービス付き高齢者向け住宅提供事業者が自ら提供する <input type="checkbox"/> 委託する	
委託する場合の委託先	商号、名称 又は氏名	(ふりがな)	
	住所 (法人にあつては主たる事務所の所在地)	(郵便番号)	電話番号
	住所 (法人にあつては本業務に係る事業所の所在地)	(郵便番号)	電話番号
提供方法	提供日	<input checked="" type="checkbox"/> 365日対応 <input type="checkbox"/> その他()	
	内容	<input checked="" type="checkbox"/> 健康相談 <input checked="" type="checkbox"/> 血圧等の測定 <input type="checkbox"/> 定期検診 <input type="checkbox"/> 通院等の付き添い <input type="checkbox"/> その他 ()	
サービス提供の対価(概算額)	月額	約	円
	前払金	約	円
		前払金の算定方法	
備考	血圧は各自が、血圧計で毎朝計測し、記録する。体温は、毎朝職員が計測し記録する。但し、サービス提供の対価は、状況把握・生活相談サービスに係る費用に含む。		

6. その他のサービスの内容(該当する場合のみ)

提供形態		<input type="checkbox"/> サービス付き高齢者向け住宅提供事業者が自ら提供する <input type="checkbox"/> 委託する	
委託する場合の委託先	商号、名称 又は氏名	(ふりがな)	
	住所 (法人にあつては主たる事務所の所在地)	(郵便番号)	電話番号
	住所 (法人にあつては本業務に係る事業所の所在地)	(郵便番号)	電話番号
提供方法	提供日	<input type="checkbox"/> 365日対応 <input type="checkbox"/> その他()	
サービス提供の対価(概算額)	月額	約	円
	前払金	約	円
		前払金の算定方法	
備考			