

別紙様式

サービス付き高齢者向け住宅やまゆり

重要事項説明書

記入年月日	令和 年 月 日
記入者名	琴野 威
所属・職名	管理者

- 1. 事業者概要 ※「登録事項等についての説明」を添付するため記載欄削除
- 2. 事業の概要 ※「登録事項等についての説明」を添付するため記載欄削除
- 3. 建物概要 ※「登録事項等についての説明」を添付するため記載欄削除

4. サービスの内容  
(全体の方針)

運営に関する方針	入居者の立場に立ち、その方の有する能力に応じ可能な限り自立した日常生活を営むことが出来るよう努めます。
サービスの提供内容に関する特色	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 食事の提供 楽しくおいしく食べていただけるように努めています</li> <li>・ 安否確認又は状況把握サービス 1日に2回以上行います。</li> <li>・ 生活相談サービス 随時行います。</li> </ul>
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

(介護サービスの内容) ※特定施設入居者生活介護等の提供を行っていない場合は記入不要

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	入居継続支援加算	(I)	1 あり 2 なし
		(II)	1 あり 2 なし
	生活機能向上連携加算	(I)	1 あり 2 なし
		(II)	1 あり 2 なし
	個別機能訓練加算	(I)	1 あり 2 なし
		(II)	1 あり 2 なし
	ADL維持等加算	(I)	1 あり 2 なし
		(II)	1 あり 2 なし
	夜間看護体制加算		1 あり 2 なし
	若年性認知症入居者受入加算		1 あり 2 なし
	医療機関連携加算		1 あり 2 なし
	口腔衛生管理体制加算		1 あり 2 なし
	口腔・栄養スクリーニング加算		1 あり 2 なし

	科学的介護推進体制加算		1	あり	2	なし
	退院・退所時連携加算		1	あり	2	なし
	看取り介護加算	(I)	1	あり	2	なし
		(II)	1	あり	2	なし
	認知症専門ケア加算	(I)	1	あり	2	なし
		(II)	1	あり	2	なし
	サービス提供体制強化加算	(I)	1	あり	2	なし
		(II)	1	あり	2	なし
		(III)	1	あり	2	なし
	介護職員処遇改善加算	(I)	1	あり	2	なし
		(II)	1	あり	2	なし
		(III)	1	あり	2	なし
		(IV)	1	あり	2	なし
		(V)	1	あり	2	なし
介護職員等特定処遇改善	(I)	1	あり	2	なし	
	(II)	1	あり	2	なし	
人員配置が手厚い介護サービスの実施の有無	1	あり	(介護・看護職員の配置率) : 1			
	2	なし				

(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 ( )			
協力医療機関	1	名称	おくクリニック		
		住所	和歌山県海南市名高 243		
		診療科目	消化器内科		
		協力内容	定期訪問による訪問診療、緊急時対応		
	2	名称	たきもと内科クリニック		
		住所	海南市阪井 1799		
		診療科目	内科		
		協力内容	定期訪問による訪問診療、緊急時対応		
協力歯科医療機関		名称	大橋歯科・矯正歯科		
		住所	有田郡湯浅町湯浅 1267		
		協力内容	必要に応じ往診		

(入居後に居室を住み替える場合) ※住み替えを行っていない場合は記入不要

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	1 あり 2 なし
居室利用権の取扱い	

機能訓練指導員				
計画作成担当者				
栄養士				
調理員	3	2	1	
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時間
※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。				

(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			
介護福祉士	1	1	
実務者研修の修了者			
初任者研修の修了者	2	1	1
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・介護職員の人数)

夜勤帯の設定時間 ( 時～ 時)	平均人数		最少時人数 (休憩者等を除く)	
	看護職員	介護職員	看護職員	介護職員
	人	人	人	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、本欄は記入不要)	契約上の職員配置比率※ 【表示事項】	a 1.5 : 1 以上 b 2 : 1 以上 c 2.5 : 1 以上 d 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)	: 1

※広告、パンフレット等における記載内容に合致するものを選択

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)	ホームの職員数	人
	訪問介護事業所の名称	

前払金償却の調整の有無	1 あり	2 なし
従前の居室との仕様の変更	面積の増減	1 あり 2 なし
	便所の変更	1 あり 2 なし
	浴室の変更	1 あり 2 なし
	洗面所の変更	1 あり 2 なし
	台所の変更	1 あり 2 なし
	その他の変更	1 あり
	2 なし	

## (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	健康診断の結果により、入居の可否を決めさせていただく場合があります。	
契約の解除の内容	<ul style="list-style-type: none"> <li>・入居者が死亡した場合</li> <li>・入居者から契約解除が行われた場合</li> <li>・事業者から契約解除が行われた場合</li> <li>・入居申込時に虚偽の事項を記載する等の不正手段により入居した場合</li> <li>・月払いの利用料その他の支払を不当な理由なく、しばしば延滞するとき</li> <li>・自傷多害のおそれが見られるとき</li> <li>・常時医療機関において治療する必要があるとき</li> <li>・著しい行動障害（暴力行為、不潔行為、破壊行為等）が見られ、通常的生活が送れなくなった場合</li> <li>・伝染性疾患を有した場合</li> </ul>	
事業者から解約を求める場合	解約条項	入居契約書 第11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： ） ② なし	
入居定員	16人（同居の場合はこれ限りではない）	
その他		

## 5. 職員体制

※住宅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)

	職員数（実人数）			常勤換算人数※1
	合計			
		常勤	非常勤	
管理者	1	1		0.2
生活相談員（調理員・直接処遇職員兼務）	3	2	1	1
直接処遇職員				
介護職員	3	2	1	
看護職員				

以外の場合、本欄は記入不要)	訪問看護事業所の名称	
	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		① あり 2 なし								
	業務に係る資格等	① あり		介護福祉士等							
		資格等の名称									
		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											
前年度1年間の退職者数											
職員の人数 業務に従事した経験年数に応じた	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			2	1	2	1				
	10年以上										
従業者の健康診断の実施状況				① あり 2 なし							

6. 利用料金 ※「登録事項等についての説明」を添付するため記載欄削除。

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	10人
年齢別	65歳未満	人
	65歳以上75歳未満	1人
	75歳以上85歳未満	5人
	85歳以上	8人
要介護度別	自立	人
	要支援1	人
	要支援2	3人
	要介護1	5人
	要介護2	4人
	要介護3	2人
	要介護4	人
	要介護5	人
入居期間別	6ヶ月未満	2人
	6ヶ月以上1年未満	人
	1年以上5年未満	11人
	5年以上10年未満	1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	86.9歳
入居者数の合計	14人
入居率※	87.5%
※ 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	人
	社会福祉施設	人
	医療機関	2人
	死亡者	2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) ※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		サービス付き高齢者向け住宅 やまゆり ご意見・相談箱	
電話番号		073-485-1112	
対応している 時間	平日	8:30~17:30	
	土曜	8:30~17:30	
	日曜・祝日	8:30~17:30	
定休日		無	

(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) あいおいニッセイ同和損害保険株式会社
	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)
	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	年1回
		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 2 入居希望者に交付 3 公開していない
管理規程	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 あり	(開催頻度) 年 6 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 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 2 なし	
サービス付き高齢者向け 住宅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		

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。

## 登録事項等についての説明（高齢者住まい法第17条関係）

年 月 日

## 登録事項等についての説明

貸主(甲) 住所 和歌山県有田市宮原町新町225  
 事業者名称 有限会社ささゆり  
 代理人 住所  
 氏名

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ゃむけじゆうたく やまゆり サービス付き高齢者向け住宅やまゆり
所在地	(住居表示) 和歌山県海南市小野田812
利用交通手段	<input type="checkbox"/> 1.電車( 線 駅から で 分) <input checked="" type="checkbox"/> 2.その他(大十バス 小野田バス停より徒歩10分 )
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 年 月 日から 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 年 月 日から 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 年 月 日から 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) ゆうげんかいしゃ ささゆり 有限会社 ささゆり
住所 (法人にあっては 主たる事務所の所 在地)	(郵便番号 649-0434 ) 和歌山県有田市宮原町新町225番地 電話番号 0737-88-8882
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) (郵便番号 ) にあって 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) さーびすつきこうれいしゃむけじゆうたく やまゆり サービス付き高齢者向け住宅 やまゆり		
事務所の所在地	(郵便番号 642-0014 ) 和歌山県海南市小野田812	電話番号	073-485-1112

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)	18.2	m <sup>2</sup>
	(最大)	18.85	m <sup>2</sup>
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
竣工の年月	2011 年 10 月 30 日	階数	1 階建
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 checked="" type="checkbox"/> 法第52条の認可を受けている
入居者の資格	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
--------	---------

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)	
高齢者生活支援サービス	状況把握 生活相談	<input checked="" type="checkbox"/> 自ら <input type="checkbox"/> 委託	約 2000 円
	食事の提供	<input checked="" type="checkbox"/> 自ら <input type="checkbox"/> 委託 <input type="checkbox"/> 提供しない	約 39000 円
	入浴等の介護	<input type="checkbox"/> 自ら <input type="checkbox"/> 委託 <input checked="" type="checkbox"/> 提供しない	約 円
	調理等の家事	<input type="checkbox"/> 自ら <input type="checkbox"/> 委託 <input checked="" type="checkbox"/> 提供しない	約 円
	健康の維持増進	<input type="checkbox"/> 自ら <input type="checkbox"/> 委託 <input checked="" type="checkbox"/> 提供しない	約 円
	その他	<input type="checkbox"/> 自ら <input type="checkbox"/> 委託 <input type="checkbox"/> 提供しない	約 円
家賃の概算額	(最低) 約 32,000 円	住戸ごとの内容は別添 3 のとおり	
	(最高) 約 39,000 円		
共益費の概算額	(最低) 約 18,500 円		
	(最高) 約 18,500 円		
敷金の概算額	(最低) 約 96,000 円	家賃の 3 月分	
	(最高) 約 117,000 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 <input 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 <input 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 <input 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者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 (法人にあっては 主たる事務所の所在地)	(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 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
小規模多機能型居宅介護ささゆり	小規模多機能型居宅介護	3091400089	<input type="checkbox"/> 同一の建築物内 <input checked="" 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) しょうきぼたきのうがたきよたくかいごささゆり 小規模多機能型居宅介護ささゆり
事業所の所在地	(郵便番号 642-0014 ) 和歌山県海南市小野田812 電話番号 073-485-1112
連携又は協力の 内容	介護サービスの提供・情報・書面等の共有

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

--

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。

年 月 日  
借主(乙) 住所  
氏名



## 住宅の規模並びに構造及び設備等

## 1. 専用部分の規模並びに構造及び設備等

住棟番号	専用部分の 床面積 (㎡)	構造及び設備※						住戸数 (戸)	住戸番号 (該当するものを全て記載)	月額家賃 (概算額) (円)
		完備	便所	洗面	浴室	台所	収納			
	18.2	×	○	○	×	×	○	12	1~7・9・12~16	32000/39000
	18.85	×	○	○	×	×	○	4	8・10・11	39000

注1) 住戸の規模並びに設備及び構造のタイプ別にまとめて記載すること。

注2) 設備及び構造欄の『完備』は、各戸に便所、洗面、浴室、台所及び収納の全てを備えるものを表す。

※有りの場合は、○、無しの場合は×を記載すること。完備の場合は、完備を含め全ての欄に○を記載すること。

## 2. 共同利用設備等

設備等	整備箇所数	合計床面積 (㎡)	整備箇所	想定利用戸数 (戸)	備考
浴室	2	10.625	平面図参照		
台所	1	10.14	平面図参照		
食堂	1	27.775	平面図参照		
居間	1	27.775	平面図参照		
収納設備	2	14.525	平面図参照		

注) 整備箇所は、添付図面との対応関係を明確に記載すること。

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		■ 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				年 月 日
委託する 場合の 委託先	商号、名称 又は氏名	(ふりがな)				
	住所 (法人にあっ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 type="checkbox"/> 指定居宅介護支援事業者 <input type="checkbox"/> 社会福祉法人 <input type="checkbox"/> 指定介護予防サービス事業者 <input type="checkbox"/> 指定居宅サービス事業者 <input type="checkbox"/> 指定介護予防支援事業者 <input type="checkbox"/> 指定地域密着型サービス事業者 <input checked="" 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 type="checkbox"/> 上記以外の職員	人員	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	30分	～	17時	30分
	上記以外の時間	時	分	～	時	分
毎日1回以上の状況把握サービスの提供方法	食事の際の食堂の際・見回り・訪室時等					毎日 1回以上 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 checked="" type="checkbox"/> 24時間			
	通報方法	各居室によるナースコール等				
	通報先	事務所			通報先から住宅までの到着予定時間	5分
サービス提供の対価(概算額)	月額	約	2000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 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 (法人にあっては主たる事務所の所在地)	(郵便番号 )	電話番号
	住所 (法人にあっては本業務に係る事業所の所在地)	(郵便番号 )	電話番号
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 checked="" type="checkbox"/> 3食 <input 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 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 39000 円	内訳 朝食 300 円 昼食 500 円 夕食 500 円
	前払金	約 円	前払金の算定方法
備考	月額=1300円×日数 キャンセル、変更等は提供される日の前日まで		

※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 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 (法人にあっては主たる事務所の所在地)	(郵便番号 )		電話番号	
	住所 (法人にあっ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( )		
		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 type="checkbox"/> その他 ( )		
サービス提供の 対価(概算額)		月額	約 円	前払金の 算定方法	
		前払金	約 円		
備考					

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 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 (法人にあっては主たる事務所の所在地)	(郵便番号 )		電話番号	
	住所 (法人にあっ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( )		
		内容	<input type="checkbox"/> 調理 <input type="checkbox"/> 洗濯 <input 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 円	前払金の 算定方法	
		前払金	約 円		
備考					

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 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 (法人にあっては主たる事務所の所在地)	(郵便番号 )		電話番号	
	住所 (法人にあっ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( )		
		内容	<input type="checkbox"/> 健康相談 <input 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	前払金の 算定方法	
	前払金	約	円		
備考					

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 (法人にあっては主たる事務所の所在地)	(郵便番号 )		電話番号	
	住所 (法人にあっ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	前払金の 算定方法	
	前払金	約	円		
備考					

## 生活支援サービス重要事項説明書

### 1. 生活支援サービス提供事業者

事業者の名称・所在地及び電話番号その他の連絡先		
事業者の名称	フリガナ ユウゲンガイシャ ササユリ	
	有限会社 ささゆり	
事業者の所在地	〒 649-0434	
	和歌山県 有田市宮原町新町225番地	
事業者の連絡先	電話番号	0737-88-8882
	FAX番号	0737-88-8886
	ホームページアドレス	
事業者の代表者名	琴野 かよ子	

### 2. 住宅事業主体概要

事業主体の名称、主たる事務所の所在地及び電話番号その他の連絡先		
事業主体の名称	フリガナ ユウゲンガイシャ ササユリ	
	有限会社 ささゆり	
事業主体の主たる事務所の所在地	〒 649-0434	
	和歌山県 有田市宮原町新町225番地	
事業主体の連絡先	電話番号	0737-88-8882
	FAX番号	0737-88-8886
	ホームページアドレス	有
		無
事業主体の代表者の氏名及び職名	氏名	琴野 かよ子
	職名	代表取締役
事業主体が行っている主な事業等	認知症対応型共同生活介護 小規模多機能型居宅介護	

### 3. 住宅概要

住宅の名称・所在地及び電話番号その他の連絡先		
住宅の名称	フリガナ サービスツキコウレイシヤムケジュウタクヤマユリ	
	サービス付き高齢者向け住宅やまゆり	
住宅の所在地	〒 642-0014	
	和歌山県 海南市小野田812番地	
住宅の連絡先	電話番号	073-485-1112
	FAX番号	073-485-1113
	ホームページアドレス	
住宅の管理者名	有限会社ささゆり	
住宅の開設年月日	平成23年12月1日	
居住の契約方式	普通賃貸借契約	

#### 4. 生活支援サービスの内容

##### 生活支援サービスに関する方針等

ご入居者が安心して日常生活を送ることができるよう、以下の基本サービスを提供いたします。

##### 基本サービス（入居者様全員が受けるサービスです。）

サービスの種類	料金	(提供方法・提供者)
状況把握（安否確認）及び生活相談サービス	2,000円 /月額	・訪問し、又は食事や外出等の機会を利用して毎日少なくとも1回本人の安否確認を行う。
緊急時対応		・一般的対応や紹介ができる相談に対し、助言を行う。
		・各住戸のベッドサイド、トイレに設置してあるナースコールを押していただければ住宅職員が駆けつけ必要な対応を行います。

##### 上記以外の生活支援サービス等

（本住宅では以下のサービスを入居者様に選択していただくことができます。なお、入居者様の希望により、他のサービス事業を利用することもできます。）

サービスの種類	料金	(提供内容・方法・提供者)
食事の提供サービス	39000円 /月（30日として計算） 1日1300円	<ul style="list-style-type: none"> <li>・食費は月単位の請求となります。</li> <li>・食費：39,000円（30日として計算。月により変化）[1日1300円 朝食300円、昼食500円、夕食500円]</li> <li>・食事は、住宅内の厨房にて調理いたします。</li> <li>・キャンセル、変更等は提供される日の前日までにお知らせ下さい。</li> </ul>

#### 5. 生活支援サービス職員体制

##### 生活支援サービス職員体制等

##### 生活支援サービス職員

サービス種類ごとに業務に係る人数を記載して下さい。	人数	委託先等
生活相談員	2人	

夜間の職員体制 常駐の（有・無） 0人

## 6. 月額利用料の請求及び支払方法

請求方法	毎月15日までに請求書を発行し、入居者様に送付します。（振り込み手数料は入居者様負担となります。）
支払方法	毎月25日までに支払請求分を振込方式（振込先金融機関：紀陽銀行 海南駅前支店 普通口座 口座番号：866609 口座名義人：有限会社ささゆり 代表取締役 琴野 かよ子）の方法でお支払いいただきます（生活支援サービス契約書第6条参照）。

## 7. 生活支援サービスへの苦情に対応する窓口等

苦情に対応する窓口等の状況		
窓口の名称	ご利用相談・苦情担当 琴野 威	
電話番号	073-485-1112	
対応している時間	平日	8時 30分 ~ 17時 30分
	土曜	8時 30分 ~ 17時 30分
	日曜	8時 30分 ~ 17時 30分
	祝日	8時 30分 ~ 17時 30分
定休日		
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		
具体的な対応	本契約に基づき、生活支援サービス等を入居者に提供した場合に、万一、事故が発生し、入居者の生命・身体等に損害が生じた場合は、速やかに必要な対応及び措置（ご家族への連絡、救急車の呼び出し等）を行います。	

## 8. 生活支援サービス利用に当たっての留意事項

外出・帰宅・訪問等	
外出・帰宅及びご家族様等の来訪等の時間制限はありません。なお、外出の際や外泊時は、事前に住宅職員へご連絡下さい。	
共用施設の利用について	
浴室	共用浴室をご使用される場合は、使用時間を事前にお知らせ下さい。
共用キッチン	共用キッチンの利用希望については、事前にお知らせ下さい。

## 9. 契約の解除内容等

入居者からの解約					
入居者は事業者に対して、解約する30日前までに文書にて解約の申し出を下記連絡先に通知することで、本契約を解約することができます。					
契約解約時の連絡先	<table border="1"> <tr> <td>名称</td> <td>サービス付き高齢者向け住宅やまゆり</td> </tr> <tr> <td>電話番号</td> <td>073-485-1112</td> </tr> </table>	名称	サービス付き高齢者向け住宅やまゆり	電話番号	073-485-1112
名称	サービス付き高齢者向け住宅やまゆり				
電話番号	073-485-1112				
事業者からの解除					
<p>事業者は、生活支援サービス契約書第8条の規定に基づき、以下の場合には本契約を解除することができます。</p> <p>①他の入居者の生命の危害を及ぼす恐れがある場合          ②本契約を継続することが社会通念上、著しく困難な場合          ③入居者が正当な理由なく支払うべきサービス利用料を3か月以上滞納し、相当の期間を定めて催告したにもかかわらず、なお期間内に滞納額の全額の支払いがない場合</p>					

## 10. 損害賠償責任保険の内容

損害賠償責任保険の加入状況	<input checked="" type="radio"/> 有 ・ 無 （ あいおいニッセイ同和損害保険株式会社 ）
---------------	---

説明年月日

年 月 日

【入居者氏名】様に対して、賃貸借契約書、生活支援サービス契約書及び生活支援サービス重要事項説明書に基づいて、重要な事項を説明しました。

登録事業者名 有限会社ささゆり

所在地 和歌山県有田市宮原町新町225番地

代表者名 琴野 かよ子 印

説明者氏名 \_\_\_\_\_ 印

私は上記事業者から、賃貸借契約書、生活支援サービス契約書及び生活支援サービス重要事項説明書に基づいて、重要な事項の説明を受けました。

署名 \_\_\_\_\_ 印