

サービス付き高齢者向け住宅  
バナナホーム金池 3 号館  
重要事項説明書

記入年月日	令和5年 7月 1日
記入者名	狭間 祥吾
所属・職名	管理者

(注) 本書は、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が、老人福祉法第 29 条第 5 項の規定に基づき、契約の重要な事項を説明するための書面です。  
サービス付き高齢者向け住宅の事業者が、「食事の提供」「介護の提供」「家事の供与」「健康管理の供与」のいずれかを住宅事業の一部として実施している場合、その住宅は有料老人ホームに該当します。

※ 「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 3 「登録事項等についての説明」を本書に添付する場合は、以下の 1 から 3 まで及び 6 の内容については、別紙 3 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。

- 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	Life with healing 『癒しのある暮らし』を提供する 南国リゾートスタイルの内装デザインで心やすらぐ空間で心地よい生活を送っていただきます。介護サービス、医療サービスが充実し安心を基に入居者の体を癒し、心を癒し、人生を癒す事を目標とします。
サービスの提供内容に関する特色	館内はインドネシア、バリ島の雰囲気を出すようにし、天井にはシーリングファンが回り、椰子の木やバナナの木が生い茂るようにしました。そう、バナナホームのバナナは実ではなく南国でバナナの葉が風にそよぐさまなのです。 ハードが癒しの雰囲気です心やすらぐ空間で心地よい生活を送っていただきます。 ソフトは仕事の効率化を徹底的に考えて実践しています。サー

	<p>ビス付き高齢者向け住宅には珍しく臥位や座位のまま入浴できる最新式の機械浴や一瞬にして食器が洗える業務用の洗浄機を導入し、仕事の負担が減るように考えていきたいと思います。スタッフに身体的、精神的に余裕があってこそ、入居者にも優しく接することが出来ると考えるからです。スタッフがハッピーに働ける環境を提供し、笑顔と笑い声に満ち溢れた“癒しのある暮らし”を提案いたします。</p> <p>また、介護、医療が充実した安心のサービスを提供します。</p>
入浴、排せつ又は食事の介護	1 自ら実施 2 委託 <input checked="" type="checkbox"/> 3 なし
食事の提供	<input checked="" type="checkbox"/> 1 自ら実施 <input checked="" type="checkbox"/> 2 委託 3 なし
洗濯、掃除等の家事の供与	<input checked="" type="checkbox"/> 1 自ら実施 2 委託 3 なし
健康管理の供与	<input checked="" type="checkbox"/> 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	<input checked="" type="checkbox"/> 1 自ら実施 2 委託 3 なし
生活相談サービス	<input checked="" type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 1 救急車の手配 <input type="checkbox"/> 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	医療法人 琉憲会 ナカイマ整形外科クリニック
		住所	和歌山県岩出市金池 389-1
		診療科目	整形外科 内科 リハビリテーション 皮膚科 泌尿器科
		協力内容	定期訪問による健康相談・緊急時対応 (医療費その他の費用は入居者の自己負担)
	2	名称	
		住所	
		診療科目	
		協力内容	
協力歯科医療機関	名称		
	住所		
	協力内容		

(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		
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 (変更内容) 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	<input checked="" type="checkbox"/> あり 2 なし
	要支援の者	<input checked="" type="checkbox"/> あり 2 なし
	要介護の者	<input checked="" type="checkbox"/> あり 2 なし
留意事項	年齢：60歳以上	
契約の解除の内容	入居者又は事業者から契約解除が行われた場合	
事業者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により本契約を継続することが困難であると認められるに至った場合等（入居契約書第11条参照）
	解約予告期間	相当の期間
入居者からの解約予告期間	1ヶ月	
体験入居の内容	<input checked="" type="checkbox"/> あり（内容： ） 2 なし	
入居定員	27人	
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 <sup>※1</sup>
	合計	常勤	非常勤	
管理者	1	0	1	0.5
生活相談員	0	0	0	0
直接処遇職員	9	0	9	1.0
介護職員	9	0	9	1.0
看護職員	0	0	0	0
機能訓練指導員	0	0	0	0
計画作成担当者	0	0	0	0
栄養士	0	0	0	0
調理員	0	0	0	0
事務員	0	0	0	0
その他職員	4	0	4	1.9
1週間のうち、常勤の従業者が勤務すべき時間数				40
※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	0	0	0
介護福祉士	7	0	7
実務者研修の修了者	0	0	0
初任者研修の修了者	2	0	2
介護支援専門員	0	0	0

## (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	0	0
理学療法士	0	0	0
作業療法士	0	0	0
言語聴覚士	0	0	0
柔道整復士	0	0	0
あん摩マッサージ指圧師	0	0	0

(夜勤を行う看護・介護職員の人数)

夜勤帯の設定時間 ( 18時～ 9時)		
	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

(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以外の場合、本欄は記入不要)	ホームの職員数	人
	訪問介護事業所の名称	
	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		<input checked="" type="checkbox"/> あり    2 なし							
	業務に係る資格等		<input checked="" type="checkbox"/> あり							
	資格等の名称	介護支援専門員								
	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	1						
前年度1年間の退職者数			0	3						
業務に従事した経験年数 に 応 じ た 職 員 の 人 数	1年未満		0	1						
	1年以上		0	1						
	3年未満		0	1						
	3年以上		0	2						
	5年未満		0	5						
	5年以上		0	5						
	10年未満		0	0						
10年以上		0	0							
従業者の健康診断の実施状況			<input checked="" type="checkbox"/> 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	8人
	女性	14人
年齢別	65歳未満	1人
	65歳以上 75歳未満	2人
	75歳以上 85歳未満	3人
	85歳以上	16人
要介護度別	自立	0人
	要支援1	0人
	要支援2	1人
	要介護1	3人
	要介護2	4人
	要介護3	2人
	要介護4	11人
入居期間別	6ヶ月未満	5人
	6ヶ月以上 1年未満	6人
	1年以上 5年未満	11人
	5年以上 10年未満	0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	85歳
入居者数の合計	22人
入居率※	81%
※ 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	4人
	死亡者	4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	4人
		(解約事由の例)・家族が自宅にて介護希望された事由 ・継続した医療行為が必要となり、医療機関へ入院

### 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	バナナホーム金池苦情受付窓口	那賀振興局健康福祉部
電話番号	0736-69-0877	0736-61-0021
対応している時間	平日	9:00~12:00
	土曜	
	日曜・祝日	
定休日	土曜・日曜・祝日	土曜・日曜・祝日・年末年始

(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) (株)損保ジャパン賠償責任保険に加入しており、サービス提供上の事故により入居者の生命・身体・財産に損害が発生した場合、不可抗力による場合を除き賠償される。
	<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 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	1 あり	実施日	
		結果の開示	1 あり 2 なし
	<input checked="" type="checkbox"/> 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
	<input checked="" 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	1 入居希望者に公開 <input checked="" type="checkbox"/> 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 <input checked="" type="checkbox"/> 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 <input checked="" type="checkbox"/> 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 <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 2 代替措置なし	(内容)
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	1 あり 2 なし <input checked="" type="checkbox"/> 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	<input checked="" type="checkbox"/> 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 <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし	
不適合事項がある場合の内容		

添付書類：別添1（事業者が当該都道府県で実施する介護サービス事業一覧表）  
別添2（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）

※ \_\_\_\_\_ 様

説明年月日 年 月 日  
有限会社 満井メディカル  
代表取締役 仲井間 憲彦

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。

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
<b>&lt;居宅サービス&gt;</b>				
訪問介護	あり <input checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/> 併設・隣接	ヘルパーステーション ヨシ金池	岩出市金池19-1
訪問入浴介護	あり <input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/>	併設・隣接		
訪問看護	あり <input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/>	併設・隣接		
訪問リハビリテーション	あり <input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/>	併設・隣接		
居宅療養管理指導	あり <input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/>	併設・隣接		
通所介護	あり <input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/>	併設・隣接		
通所リハビリテーション	あり <input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/>	併設・隣接		
短期入所生活介護	あり <input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/>	併設・隣接		
短期入所療養介護	あり <input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/>	併設・隣接		
特定施設入居者生活介護	あり <input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/>	併設・隣接		
福祉用具貸与	あり <input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/>	併設・隣接		
特定福祉用具販売	あり <input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/>	併設・隣接		
<b>&lt;地域密着型サービス&gt;</b>				
定期巡回・随時対応型訪問介護看護	あり <input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/>	併設・隣接		
夜間対応型訪問介護	あり <input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/>	併設・隣接		
認知症対応型通所介護	あり <input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/>	併設・隣接		
小規模多機能型居宅介護	あり <input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/>	併設・隣接		
認知症対応型共同生活介護	あり <input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/>	併設・隣接		
地域密着型特定施設入居者生活介護	あり <input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/>	併設・隣接		
地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護	あり <input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/>	併設・隣接		
看護小規模多機能型居宅介護	あり <input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/>	併設・隣接		
居宅介護支援	あり <input checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/> 併設・隣接	ケアプランセンタ ー金池	岩出市金池15-7
<b>&lt;居宅介護予防サービス&gt;</b>				
介護予防訪問入浴介護	あり <input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/>	併設・隣接		
介護予防訪問看護	あり <input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/>	併設・隣接		
介護予防訪問リハビリテーション	あり <input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/>	併設・隣接		
介護予防居宅療養管理指導	あり <input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/>	併設・隣接		
介護予防通所リハビリテーション	あり <input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/>	併設・隣接		
介護予防短期入所生活介護	あり <input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/>	併設・隣接		
介護予防短期入所療養介護	あり <input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/>	併設・隣接		
介護予防特定施設入居者生活介護	あり <input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/>	併設・隣接		
介護予防福祉用具貸与	あり <input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/>	併設・隣接		
特定介護予防福祉用具販売	あり <input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/>	併設・隣接		
<b>&lt;地域密着型介護予防サービス&gt;</b>				
介護予防認知症対応型通所介護	あり <input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/>	併設・隣接		
介護予防小規模多機能型居宅介護	あり <input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/>	併設・隣接		
介護予防認知症対応型共同生活介護	あり <input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/>	併設・隣接		
介護予防支援	あり <input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/>	併設・隣接		
<b>&lt;介護保険施設&gt;</b>				
介護老人福祉施設	あり <input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/>	併設・隣接		
介護老人保健施設	あり <input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/>	併設・隣接		
介護療養型医療施設	あり <input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/>	併設・隣接		
介護医療院	あり <input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/>	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	<input checked="" type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし	<input checked="" type="checkbox"/> 併設・隣接	ヘルパーステーション 金池	岩出市金池19-1
通所型サービス	<input checked="" type="checkbox"/> あり	<input checked="" type="checkbox"/> なし	併設・隣接		
その他生活支援サービス	<input checked="" type="checkbox"/> あり	<input checked="" type="checkbox"/> なし	併設・隣接		

別添 2

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	個人の利用料で、実施するサービス			料金※3	備考
	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）	（利用者が全額負担）	包含※2		
介護サービス					
食事介助	あり	あり	あり		
排泄介助・おむつ交換	あり	あり	あり		
おむつ代	あり	あり	あり		
入浴（一般浴）介助・清拭	あり	あり	あり		
特浴介助	あり	あり	あり		
身辺介助（移動・着替え等）	あり	あり	あり		
機能訓練	あり	あり	あり		
通院介助	あり	あり	あり		
生活サービス					
居室清掃	あり	あり	あり		
リネン交換	あり	あり	あり		
日常の洗濯	あり	あり	あり		
居室配膳・下膳	あり	あり	あり		
入居者の嗜好に合わせた特別な食事	あり	あり	あり		
おやつ	あり	あり	あり		
理美容師による理美容サービス	あり	あり	あり	1800円/1回	必要に応じて実施
買い物代行	あり	あり	あり		必要に応じて実施
役所手続き代行	あり	あり	あり		
金銭・貯金管理	あり	あり	あり		
健康管理サービス					
定期健康診断	あり	あり	あり		希望により年2回。自己負担
健康相談	あり	あり	あり		
生活指導・栄養指導	あり	あり	あり		
服薬支援	あり	あり	あり		
生活リズムの記録（排便・睡眠等）	あり	あり	あり		
入退院時・入院中のサービス					
入退院時の同行	あり	あり	あり		
入院中の洗濯物交換・買い物	あり	あり	あり		近郊の医療機関の場合に適宜実施
入院中の見舞い訪問	あり	あり	あり		

※1：利用者の所得等に応じて負担割合が変わる（1割、2割又は3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区分して記入する。  
 ※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 和歌山県 岩出市 金池15-7  
氏名 有限会社 満井メディカル  
代表取締役 仲井間 憲彦

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) <b>ばななほーむかないけさんごうかん</b> ----- <b>バナナホーム金池3号館</b>
所在地	(住居表示) <b>和歌山県 岩出市 金池 字春日18</b>
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( JR岩出駅から車で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) <b>ゆうげんがいしゃ みついでいかる</b> ----- 有限会社 満井メディカル
住 所 (法人にあっては 主たる事務所の所 在地)	(郵便番号 649-6256 ) 和歌山県 岩出市 金池 15-7 電話番号 0736-69-0877
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 人にあっ ては主た る事務所 の所在 地) (郵便番号 ) 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) ゆうげんがいしゃ みついでいかる 有限会社 満井メディカル		
事務所の所在地	(郵便番号 649-6256 ) 和歌山県 岩出市 金池 15-7	電話番号	0736-69-0877

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	27 戸	
居住部分の規模	(最小)	18	m <sup>2</sup>
	(最大)	18	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	2018	年	1 月 31 日
加齢対応構造等	<input checked="" type="checkbox"/> 登録基準に適合している		
	<input checked="" 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	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 20,000 円
	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 42,000 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 checked="" type="checkbox"/> 自ら <input type="checkbox"/> 委託 提供しない	約 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 円
その他	<input checked="" 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 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 10,000 円		
	(最高) 約 10,000 円		
敷金の概算額	(最低) 約 105,000 円	家賃の 3 月分	
	(最高) 約 105,000 円		
水道光熱費の支払方法	口座振替		
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 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		
	<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		
	<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者若しくは介護予防特定施設入居者生活介護事業者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		
登録の更新の 申請の日前一 年間における 入居者の数及 び退去者の数	入居者の数	12 人
	退去者の数	11 人

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
ケアプランセンター金池	居宅介護支援業務	<input type="checkbox"/> 同一の建築物内 <input type="checkbox"/> 同一の敷地内 <input checked="" type="checkbox"/> 隣接する土地
ヘルパーステーション金池	訪問介護業務	<input type="checkbox"/> 同一の建築物内 <input type="checkbox"/> 同一の敷地内 <input checked="" 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) いりようほうじんりゅうけんかいなかいませいけいげかくりにつく 医療法人 琉憲会 ナカイマ整形外科クリニック
事業所の所在地	(郵便番号 649-6256 ) 和歌山県 岩出市 金池 389-1 電話番号 0736-62-5558
連携又は協力の内容	医療連携

10. 医療保険サービスを提供する体制に関する事項

保健医療サービスを提供する体制に関する事項	
-----------------------	--

※保健医療サービスを提供する場合に限り記入すること。

11. 運営方針

別添5のとおり

12. 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

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。
-----------------------------------

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

### 役員名簿

(ふりがな) 氏 名	役名等
なかいまのりひこ 仲井間 憲彦	代表取締役
なかいまさとみ 仲井間 里美	取締役

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。

### 役員名簿

(ふりがな) 氏 名	役名等
<hr/>	
<hr/>	
<hr/>	
<hr/>	
<hr/>	
<hr/>	
<hr/>	
<hr/>	
<hr/>	
<hr/>	
<hr/>	
<hr/>	
<hr/>	
<hr/>	
<hr/>	
<hr/>	
<hr/>	
<hr/>	
<hr/>	
<hr/>	
<hr/>	
<hr/>	
<hr/>	
<hr/>	
<hr/>	
<hr/>	
<hr/>	
<hr/>	
<hr/>	
<hr/>	
<hr/>	
<hr/>	

法第6条第1項第4号の役員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。

## 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			
1	18	×	○	○	×	×	○	27	3101~3111 3201~3216	35,000

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
居間	1	64.82	1階	27	
談話室	1	16.8	1階	27	
トイレ	1	6.08	1階	27	
浴室	2	24.57	1階	27	
洗濯室	1	11.43	1階	27	
収納設備	1	18	1階	27	
リビング	2	54.3	2階	27	トイレを含む
浴室等	1	13.65	2階	27	
浴室等	1	10.92	2階	27	

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		<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 <span style="float: right;"><input type="checkbox"/> 委託する</span>								
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) )								
サービスを提供する法人等の別	<input type="checkbox"/> 医療法人 <span style="margin-left: 100px;"><input type="checkbox"/> 指定居宅介護支援事業者</span> <input type="checkbox"/> 社会福祉法人 <span style="margin-left: 100px;"><input type="checkbox"/> 指定介護予防サービス事業者</span> <input checked="" type="checkbox"/> 指定居宅サービス事業者 <span style="margin-left: 100px;"><input type="checkbox"/> 指定介護予防支援事業者</span> <input type="checkbox"/> 指定地域密着型サービス事業者 <span style="margin-left: 100px;"><input type="checkbox"/> 上記以外の法人等</span>									
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	6人	<input checked="" type="checkbox"/> 上記以外の職員	人員	6人				
常駐する場所	<input type="checkbox"/> 同一の敷地内 <span style="margin-left: 20px;"><input checked="" type="checkbox"/> 隣接する土地</span> <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 <span style="margin-left: 20px;"><input type="checkbox"/> 次の期間を除く( )</span>									
常駐する時間	日中	0時	00分	～	24時	00分	人員	1人		
	上記以外の時間	時	分	～	時	分	人員	人		
毎日1回以上の状況把握サービスの提供方法	毎日10時頃各居室に職員が訪問し安否を確認する。 <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)						毎日	1	回	
緊急通報サービスの内容	提供時間	常駐する日	0	時	0	分	～	24	時	0
		上記以外の日	<input type="checkbox"/> 24時間							
	通報先	隣接するヘルパーステーション金池の事業所								
緊急時における対応の内容	居室、トイレ、浴室のナースコール									
生活支援サービスの内容	各住戸及びトイレ、浴室等に設置しているナースコールにて応答し、職員が駆けつけます。									
	来訪者の受付及び取次、郵便物の受け取りや保管、外来受診の相談 受付と手配 日常生活の中での不安な事や、身体状況の不安についての相談に対応します。									
	提供日	<input checked="" type="checkbox"/> 365日対応 <span style="margin-left: 20px;"><input type="checkbox"/> その他( )</span>								
提供時間	0時 分 ～ 24時 分									
サービス提供の対価(概算額)	月額	約	20,000	円	前払金の 算定方法					
	前払金	約	0	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) かぶしがいしゃ なりこまえんたーぷらいず 株式会社ナリコマエンタープライズ				
	住所 (法人にあっては主たる事務所の所在地)	(郵便番号 567-0005 )		大阪府茨木市五日市1丁目7-27 電話番号 06-6396-8020		
	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 567-0005 )		大阪府茨木市五日市1丁目7-27 電話番号 06-6396-8020		
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 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( )				
	入居者の健康状態に合わせた食事対応		<input checked="" type="checkbox"/> 応相談 <input type="checkbox"/> 対応なし			
	入居者の健康状態に合わせた各居室への配食対応		<input checked="" type="checkbox"/> 応相談 <input type="checkbox"/> 対応なし			
サービス提供の 対価(概算額)	月額※	約 42000 円	内訳	朝食 440 円	昼食 470 円 夕食 490 円	
	前払金	約 0 円	前払金の 算定方法			
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( )				
	入居者の健康状態に合わせた食事対応		<input checked="" type="checkbox"/> 応相談 <input type="checkbox"/> 対応なし			
	入居者の健康状態に合わせた各居室への配食対応		<input checked="" type="checkbox"/> 応相談 <input type="checkbox"/> 対応なし			
サービス提供の 対価(概算額)	月額※	約 0 円	内訳	朝食 0 円	昼食 0 円 夕食 0 円	
	前払金	約 0 円	前払金の 算定方法			

備考	主食のご飯は厨房で調理
----	-------------

※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 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		
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 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	0 円	前払金の算定方法	
	前払金	約	0 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 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務所の所在地)	(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 checked="" type="checkbox"/> その他 ( <u>服薬管理</u> )		
サービス提供の対価(概算額)		月額	約 0 円	前払金の	
		前払金	約 0 円	算定方法	
備考		健康管理:個人別健康管理、協力医療機関とのバックアップ体制、かかりつけ医への問い合わせ、緊急時の病院及び救急車の手配、薬の飲み忘れが無いかの確認。			

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 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務所の所在地)	(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( )		
		来訪者の受付、取次ぎ、不在時の伝言、郵便物の受け取り、保管、タクシーの配車手配			
サービス提供の対価(概算額)		月額	約 0 円	前払金の	
		前払金	約 0 円	算定方法	