

## 別紙様式

## サービス付き高齢者向け住宅 花明かり

## 重要事項説明書

記入年月日	令和5年7月1日
記入者名	船橋 三千代
所属・職名	代表取締役

(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」を本書に添付するため、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、欄を削除します。

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	入居者全ての生活全般と、心身の援助を安心して過ごして頂けるよう行う
サービスの提供内容に関する特色	利用者個々の特性を理解し、自立した日常生活を営む事が出来る様、援助を行う
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	医療法人殿最会 みなクリニック
		住所	和歌山県和歌山市友田町 4-18
		診療科目	内科
		協力内容	往診、健康診断、医療の連携協力
	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	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		
契約の解除の内容	賃貸人及び入居者の義務違反	
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・12 条
	解約予告期間	2 ヶ月
入居者からの解約予告期間	1 ヶ月	
体験入居の内容	1 あり (内容: ) ② なし	
入居定員	9 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※1
	合計 5人	常勤	非常勤	
管理者	1人	1人		
生活相談員				
直接処遇職員				
介護職員	3人		3人	
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				
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				49
※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 5人	常勤	非常勤
	社会福祉士		
介護福祉士			
実務者研修の修了者			
初任者研修の修了者	2人		2人
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
	0人		
看護師又は准看護師	0人		
理学療法士	0人		
作業療法士	0人		
言語聴覚士	0人		
柔道整復士	0人		
あん摩マッサージ指圧師	0人		

## (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	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		① あり 2 なし							
	業務に係る資格等		1 あり							
	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										
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				3					
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							

## 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	1人
	女性	8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	人
	85歳以上	8人
要介護度別	自立	人
	要支援1	人
	要支援2	人
	要介護1	人
	要介護2	1人
	要介護3	4人
	要介護4	4人
要介護5	人	
入居期間別	6ヶ月未満	1人

	6ヶ月以上1年未満	8人
	1年以上5年未満	人
	5年以上10年未満	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	89歳
入居者数の合計	9人
入居率※	100%
※ 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	人
	死亡者	人
	その他	1人
1 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	1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 花明かり	
電話番号		0736-79-3520	
対応している時間	平日	午前9時 ~ 午後5時	
	土曜	午前9時 ~ 午後5時	
	日曜・祝日	午前9時 ~ 午後5時	
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	① あり	(その内容) 損保ジャパン 施設賠償責任保険
	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)
	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	
		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 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		

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）

※記載欄削除に伴い添付していません。

※ \_\_\_\_\_ 様

説明年月日 平成 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。

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		併設・隣接	
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		なし	併設・隣接	
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		なし	併設・隣接	
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	
<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		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	あり		併設・隣接	デイサービスセンター ひなたぼっこ 岩出市西国分34-1
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		なし	併設・隣接	
<b>&lt;居宅介護予防サービス&gt;</b>				
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		なし	併設・隣接	
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	
<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		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	
<b>&lt;介護保険施設&gt;</b>				
介護老人福祉施設		なし	併設・隣接	
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		なし	併設・隣接		
通所型サービス		なし	併設・隣接		
その他生活支援サービス		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	（個別の利用料で、実施するサービス）		包含 ※2	都度 ※2	料金 ※3	備考
	特定施設入居者生活介護（利用者一部負担※1） で、実施するサービス	（利用者が全額負担）				
介護サービス						
食事介助	なし	あり			1,100 円/回	11,000 円上限/月
排泄介助・おむつ交換	なし	あり			1,100 円/回	11,000 円上限/月
おむつ代		なし			1,650 円/回	
入浴（一般浴）介助・清拭	なし	あり				
特浴介助	なし	なし				
身辺介助（移動・着替え等）	なし	なし				
機能訓練	なし	なし				
通院介助	なし	なし				
生活サービス						
居室清掃	なし	あり			300 円/回	6,000 円上限/月
リネン交換	なし	あり				
日常の洗濯	なし	あり			300 円/回	6,000 円上限/月
居室配膳・下膳	なし	あり				
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	あり				
役所手続き代行	なし	あり				
金銭・貯金管理	なし	なし				
健康管理サービス						
定期健康診断		なし				
健康相談	なし	あり				
生活指導・栄養指導	なし	あり				
服薬支援	なし	あり				
生活リズムの記録（排便・睡眠等）	なし	あり				
入退院時・入院中のサービス						
入退院時の同行	なし	あり				
入院中の洗濯物交換・買い物	なし	あり				
入院中の見舞い訪問	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、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、サービスの都度払いによる場合に於いて、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。

別紙

1. サービス付き高齢者向け住宅の名称及び所在地

登録の区分	<input checked="" type="checkbox"/> 新規 <input type="checkbox"/> 更新      (従前の登録番号 )
住宅の名称	(ふりがな) さーびすつきこうれいしゃむけじゅうたくはなあかり
	サービス付き高齢者向け住宅花明かり
所在地	(住居表示) 〒649-6213 和歌山県岩出市 西国分34-1
利用交通手段	<input checked="" type="checkbox"/> 1. 電車 (JR和歌山線 下井阪駅から徒歩で15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      年      月      日 から      年      月      日まで
施設に関する 権原	<input 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) かぶしきかいしゃしん	
	株式会社 SIN	
住所 (法人にあっては 主たる事務所の 所在地)	(郵便番号 649-6331 )	
	和歌山県和歌山市北野741-5  電話番号 073-461-5770	
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	(郵便番号 )
	電話番号	
法人の役員	別添2のとおり	
誓約事項	<p>登録申請者は、以下について確認し、該当する場合はチェックボックスに「レ」マークを入れること。</p> <p>■ 登録を受けようとする者（法人である場合においては当該法人、その役員及び使用人（サービス付き高齢者向け住宅事業に関し事務所の代表者である使用人をいう。以下同じ。）、個人である場合においてはその者及び使用人）が、次に掲げる欠格要件に該当しない者であることを誓約します。</p> <p>一 破産手続開始の決定を受けて復権を得ない者</p> <p>二 禁錮以上の刑に処せられ、又は高齢者の居住の安定確保に関する法律（平成13年法律第26号。以下「法」という。）の規定により刑に処せられ、その執行を終わり、又は執行を受けることがなくなった日から起算して1年を経過しない者</p> <p>三 法第26条第2項の規定により登録を取り消され、その取消しの日から起算して1年を経過しない者</p> <p>四 暴力団員による不当な行為の防止等に関する法律（平成3年法律第77号）第2条第6号に規定する暴力団員又は同号に規定する暴力団員でなくなった日から5年を経過しない者（以下「暴力団員等」という。）</p> <p>五 精神の機能の障害によりサービス付き高齢者向け住宅事業を適正に行うに当たって必要な認知、判断及び意思疎通を適切に行うことができない者</p> <p>六 営業に関し成年者と同一の行為能力を有しない未成年者でその法定代理人（法定代理人が法人である場合においては、その役員を含む。以下同じ。）が一から五までのいずれかに該当するもの</p> <p>七 法人であって、その役員又は使用人のうち一から五までのいずれかに該当する者があるもの</p> <p>八 個人であって、使用人のうち一から五までのいずれかに該当する者があるもの</p> <p>九 暴力団員等がその事業活動を支配する者</p> <p>※ 登録を受けようとする者が営業に関し成年者と同一の行為能力を有しない未成年者である場合にあっては、当該者の法定代理人については、以下について確認し、該当する場合はチェックボックスに「レ」マークを入れること。</p> <p><input type="checkbox"/> 法定代理人が、上記一から五までに掲げる欠格要件に該当しないことを誓約します。</p>	

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) かぶしきかいしゃしん
	株式会社SIN
事務所の所在地	(郵便番号 649-6331 )
	和歌山県和歌山市北野741-5 電話番号 073-461-5770

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	9 戸	
居住部分の規模	(最小)	18.01 m <sup>2</sup>	詳細については、別添3のとおり
	(最大)	18.04 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	階数 地上 2 階建
竣工の年月	2022年07月30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
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または②に該当する者である。 ①単身高齢者世帯 ②高齢者＋同居人（配偶者 / 60歳以上の親族 / 要介護・要支援認定を受けている60歳未満親族 / 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歳以上の者または要介護認定若しくは要支援認定を受けている者をいう。）

※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	2022年08月01日
--------	-------------



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	■自ら □委託	約 0 円
	食事の提供	■自ら □委託 □提供しない	約 39,000 円
	入浴等の介護	■自ら □委託 □提供しない	約 11,000 円
	調理等の家事	■自ら □委託 □提供しない	約 6,000 円
	健康の維持増進	■自ら □委託 □提供しない	約 0 円
その他	■自ら □委託 □提供しない	約 11,000 円	詳細については 別添4のとおり
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 32,000 円		
共益費の概算額	(最低) 約 25,000 円		
	(最高) 約 25,000 円		
敷金の概算額	(最低) 約 100,000 円	家賃の 3.1 月分	
	(最高) 約 100,000 円		
前払金※の有無	□あり ■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			
前払金の保全措置の内容	□銀行による債務の保証		□信託会社等による元本補てん又は信託
	□保険事業者による保証保険		□その他 ( )

誓約事項	<p>登録申請者は、以下について確認し、該当する場合はチェックボックスに「レ」マークを入れること。</p> <p>■ 登録を申請するサービス付き高齢者向け住宅事業が、次に掲げる基準に適合することを誓約します。</p> <p>一 入居契約が次に掲げる基準に適合する契約であること。</p> <p>イ 書面による契約であること。</p> <p>ロ 居住部分が明示された契約であること。</p> <p>ハ サービス付き高齢者向け住宅事業を行う者が、敷金並びに家賃等及び法第6条第1項第12号の前払金（以下「家賃等の前払金」という。）を除くほか、権利金その他の金銭を受領しない契約であること。</p> <p>ニ 家賃等の前払金を受領する場合にあつては、当該家賃等の前払金の算定の基礎及び当該家賃等の前払金についてサービス付き高齢者向け住宅事業を行う者が返還債務を負うこととなる場合における当該返還債務の金額の算定方法が明示された契約であること。</p> <p>ホ 入居者の入居後、国土交通省・厚生労働省関係高齢者の居住の安定確保に関する法律施行規則（平成23年厚生労働省・国土交通省令第2号）第12条第1項で定める一定の期間が経過する日までの間に契約が解除され、又は入居者の死亡により終了した場合において、サービス付き高齢者向け住宅事業を行う者が、同条第2項で定める方法により算定される額を除き、家賃等の前払金を返還することとなる契約であること。</p> <p>ヘ サービス付き高齢者向け住宅事業を行う者が、入居者の病院への入院又は入居者の心身の状況の変化により居住部分を変更し、又はその契約を解約することができないものであること。ただし、当該理由が生じた後に、入居者及び登録事業者が居住部分の変更又は入居契約の解約について合意した場合は、この限りではない。</p> <p>ニ サービス付き高齢者向け住宅の整備をしてサービス付き高齢者向け住宅事業を行う場合にあつては、当該整備に関する工事の完了前に敷金又は家賃等の前払金を受領しないものであること。</p>
特定施設入居者生活介護事業者	<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

※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または一部を一括して受領する場合をいう。



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） いりょうほうじんとのもかいみながくりにつく 医療法人殿最会みながクリニック
事業所の所在地	（郵便番号 640-8342） 和歌山県和歌山市友田町4-18 電話番号 073-432-2666
連携又は協力の内容	往診、健康診断、医療の連携協力など

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

基本方針に沿って適切に運営します。





## 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	取 納			
1	18.04	×	○	○	×	×	○	6	1, 2, 3, 4, 5, 6	32,000
1	18.01	×	○	○	×	×	○	3	7, 8, 9	32,000

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、食堂	1	36.04	1階	9	
娯楽室	1	7.90	1階	9	調理台L=1800設置
洗面脱衣室	1	11.58	2階	9	
浴室	1	5.29	2階	9	
トイレ	2	9.73	1階:1箇所・2階:1箇所	9	

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 <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 また事務所の 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"/> 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 checked="" 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	3人
	<input checked="" type="checkbox"/> 介護福祉士	人員	2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	09時00分 ~ 17時00分			人員	1人
	上記以外の時間	17時00分 ~ 09時00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	居室への訪問・安否確認				毎日	1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	00時00分 ~ 24時00分			
		上記以外の日	<input type="checkbox"/> 24時間			
	通報方法	ナースコール				
	通報先	1階事務所		通報先から住宅までの到着予定時間 1分		
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						



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 39,000 円	内訳	朝食 300 円	昼食 500 円 夕食 500 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。

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 <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
	住所 <small>(法人にあっては 本業務に係る事 業所の所在地)</small>	(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"/> 入浴介護 <input checked="" type="checkbox"/> 排せつ介護 <input checked="" 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 11,000 円	前払金の
	前払金	約 0 円	算定方法
備考	介護保険適用外サービスとして提供します 入浴サービス 1650円/回 排せつ介助サービス 1100円/回 ・11000円上限/月 食事介助サービス 1100円/回 ・11000円上限/月		

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 <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
	住所 <small>(法人にあっては本業務に係る事業所の所在地)</small>	(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"/> 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 6,000 円	前払金の
	前払金	約 0 円	算定方法
備考	介護保険適用外サービスとして提供します 洗濯サービス 300円/回 6000円上限/月 掃除サービス 300円/回 6000円上限/月		

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 またる事務所の 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 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	0円	前払金の 算定方法
	前払金	約	0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 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	モーニングケアサービス、ナイトケアサービス、金銭管理サービス	
サービス提供の 対価(概算額)	月額※	約 11,000 円	前払金の
	前払金	約 0 円	算定方法
備考	介護保険適用外サービスとして提供します モーニングケアサービス 1100円/回 11000円上限/月（起床後の更衣、整容、排泄介助等） ・ナイトケアサービス 1100円/回 11000円上限/月 （臥床前の更衣、整容、排泄介助等） ・金銭管理サービス 2700円/月 （事務所内の金庫にてお預かりし、出納帳に記録します）		

システム独自項目

1. サービス付き高齢者向け住宅の名称及び所在地

問合せ先 1	商号、名称又は氏名	株式会社 SIN
	電話番号	073-461-5770
問合せ先 2	商号、名称又は氏名	入力なし
	電話番号	入力なし
全体に関する備考		入力なし

2. サービス付き高齢者向け住宅事業を行う者

法人等の種別 及び業種	法人等種別	株式会社
	主な業種	介護系事業者
Eメールアドレス		kitusouhouse@ybb.ne.jp

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

増改築等に関する備考	入力なし
------------	------

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

入居契約等に関する備考	入力なし
-------------	------

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

		提供の対価 (介護保険適用の有無)	併設施設における 提供の有無	連携・協力事業所に おける提供の有無
高齢者生活支援 サービス	状況把握・生活相談	介護保険適用なし	-	-
	食事の提供	-	なし	なし
	入浴等の介護	介護保険適用なし	なし	なし
	調理等の家事	介護保険適用なし	なし	なし
	健康の維持増進	介護保険適用なし	なし	なし
	その他	介護保険適用なし	なし	なし
家賃・共益費・敷金に関する特記事項		入力なし		
前払金の支払い方式		入力なし		
前払金を支払った場合 の月々の家賃概算額	最低	入力なし		
	最高	入力なし		