

別紙様式

中屋敷イストワール

重要事項説明書

記入年月日	令和5年7月1日
記入者名	稗田成和
所属・職名	施設長

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	地域や家庭との結び付きの重視と、福祉や保健医療機関などとの連携に努め、サービス高齢者向け住宅が居宅であることを踏まえつつ、高齢者の特性に配慮した住みよい住居を提供し、入居者の自主性の尊重を基本として、入居者が明るく、心豊かに安心して生き生きと生活できるよう配慮し、入居者の意思及び人格の尊重と、常にその者の立場に立ってサービスの提供を行うように努めます。
サービスの提供内容に関する特色	利用者が住み慣れた地域での生活が継続可能なサービスの提供を行うと共に、利用者に自立の気持ちさえあればいつまでも住める環境づくりを、自ら進んで取り組めるよう援助し、清潔で明るく住みよい施設づくりを提供します
入浴、排せつ又は食事の介護	<input checked="" type="checkbox"/> 1 自ら実施 2 委託 3 なし
食事の提供	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	1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし
	生活機能向上連携加算	1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし
	個別機能訓練加算	1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし
	夜間看護体制加算	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり 2 なし
	若年性認知症入居者受入加算	1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし
	医療機関連携加算	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり 2 なし
	口腔衛生管理体制加算	1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし
	栄養スクリーニング加算	1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし

	退院・退所時連携加算		<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり 2 なし
	看取り介護加算		<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり 2 なし
	認知症専門ケア加算	(I)	1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし
		(II)	1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし
	サービス提供体制強化加算	(I)イ	1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし
		(I)ロ	1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし
		(II)	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり 2 なし
		(III)	1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし
	介護職員処遇改善加算	(I)	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり 2 なし
		(II)	1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし
		(III)	1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし
		(IV)	1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし
		(V)	1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし
	介護職員等特定処遇加算	(I)	1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし
		(II)	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり 2 なし
	介護職員等ベースアップ加算		<input checked="" type="checkbox"/> 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) 3 : 1	
	<input checked="" type="checkbox"/> 2 なし		

(医療連携の内容)

医療支援		<input checked="" type="checkbox"/> 1 救急車の手配 2 入退院の付き添い <input checked="" type="checkbox"/> 3 通院介助	
	※複数選択可	4 その他 (オプション1回15分単位で1650円「税込」(旧田辺市に限る))	
協力医療機関	1	名称	医療法人 外科内科 辻医院
		住所	〒646-0036 田辺市上屋敷 3-11-14
		診療科目	内科、外科
		協力内容	託医(内科)の派遣、定期健康診断、外来診療等
	2	名称	
		住所	
		診療科目	
		協力内容	
協力歯科医療機関	名称	稲荷歯科医院	
	住所	〒646-0051 和歌山県田辺市稲荷町 2856-3	
	協力内容	託医の派遣、定期診断、外来診療等	

(入居後に居室を住み替える場合)

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 <input checked="" type="checkbox"/> 2 介護居室へ移る場合 3 その他 ()	
判断基準の内容	入居者の要介護状況により、契約した介護居室から他の介護居室へ転室していただく事があります。	
手続きの内容	入居者及び医師の意見を聴き、入居者や連帯保証人の同意を得て行います。また、1ヵ月以上の観察期間を設けます。	
追加的費用の有無	1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし	
居室利用権の取扱い	住み替え後の居室にて新たな賃貸借契約を締結する	
前払金償却の調整の有無	1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし	
従前の居室との 仕様の変更	面積の増減	1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし
	便所の変更	1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし
	浴室の変更	1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし
	洗面所の変更	1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし
	台所の変更	1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし
	その他の変更	1 あり (変更内容) <input checked="" type="checkbox"/> 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 <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし
	要支援の者	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり 2 なし
	要介護の者	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり 2 なし
留意事項		
契約の解除 の内容	<p>次のいずれかに該当する場合本契約は終了致します。</p> <p>①以下に掲げる義務に違反した場合</p> <ul style="list-style-type: none"> 一 第4条第1項に規定する賃料支払義務 二 第5条第2項に規定する共益費支払義務 三 第7条第3項に規定する状況把握・生活相談サービス料金支払義務 四 前条第1項後段に規定する費用負担義務 <p>②事業者が以下の条項に基づき解除通告をし予告期間が満了したとき</p> <ul style="list-style-type: none"> 一 年齢を偽って入居資格を有すると誤認させるなどの不正の行為によって本物件に入居したときは、本契約を解除することができる。 二 第8条各号の確約に反する事実が判明した場合 三 契約締結後に自ら又は自らの役員が反社会的勢力に該当することとなった場合 四 入居者の行動が、他の入居者又は従業員の生命に危害を及ぼす恐れがあり、かつ通常的生活支援方法では、これを防ぐことができず、本契約を将来にわたり継続することが社会通念上著しく困難である場合 <p>③入居者は、事業者に対して、少なくとも30日前に解約の申し入れを行うことにより、本契約を解約することができます。解約の申し入れは事業者の定める解約届を事業者に届け出るものとします。</p> <ul style="list-style-type: none"> 一 解約申し入れの日から30日分の賃料及び管理費(状況把握・生活相談サービス料金を含む)・共益費(本契約の解約後の賃料相当額・管理費相当額・共益費相当額を含む。) 	

	を事業者に支払うことにより、解約申し入れの日から起算して30日を経過する日までの間、随時に契約を解除することができる。	
事業者から解約を求める場合	解約条項	普通賃貸借契約書第11条
	解約予告期間	1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：1泊2日 3食付 14,000円（税抜）介護保険法のショートステイとは異なります） 2 なし	
入居定員	30人	
その他		

5. 職員体制

(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		1.0
生活相談員	1	1		1.0
直接処遇職員	16	8	8	12.1
介護職員	12	7	5	9.4
看護職員	4	1	3	2.7
機能訓練指導員	1		1	0.2
計画作成担当者	1	1		1
栄養士				
調理員				
事務員				
その他職員	6		6	2.2
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	8	6	2
実務者研修の修了者	0	0	0
初任者研修の修了者	4	1	3

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	1	1
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 (20 時～ 7 時)		
	平均人数	最少時人数 (休憩者等を除く)
看護職員	人	人
介護職員	2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 <input checked="" type="checkbox"/> 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)	3.5 : 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 <input type="checkbox"/> 2 なし <input checked="" type="checkbox"/>						
	業務に係る資格等				1 あり <input checked="" type="checkbox"/>						
					資格等の名称		介護福祉士				
	2 なし <input type="checkbox"/>										
		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	0	2	3	1					
前年度1年間の退職者数		0	2	2	2	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年以上										
	3年未満										
	3年以上								1		
	5年未満										
	5年以上						1				1
	10年未満										
	10年以上	1	3	8	3						
従業者の健康診断の実施状況				1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし <input type="checkbox"/>							

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	6人
	女性	22人
年齢別	65歳未満	0人
	65歳以上75歳未満	1人
	75歳以上85歳未満	2人
	85歳以上	25人
要介護度別	自立	0人
	要支援1	3人
	要支援2	1人
	要介護1	4人
	要介護2	6人
	要介護3	4人
	要介護4	7人
	要介護5	3人
入居期間別	6ヶ月未満	6人
	6ヶ月以上1年未満	4人
	1年以上5年未満	7人
	5年以上10年未満	11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	90.5歳
入居者数の合計	28人
入居率※	93%
※ 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	2人
	その他	4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	0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)

【事業者の窓口】 (事業者の担当部署・窓口の名称) 中屋敷イストワール 事務窓口	〒646-0035 和歌山県田辺市中屋敷町21番地の1 電話番号 0739-33-7332 受付時間 9:00~18:00
医療法人 外科内科辻医院	〒646-0036 和歌山県田辺市上屋敷3丁目11番14号 電話番号 0739-22-0534 受付時間 9:00~17:00
【市町村(保険者)の窓口】 田辺市やすらぎ対策課 介護保険課	〒646-0028 和歌山県田辺市高雄1丁目23-1 電話番号 0739-26-4931 受付時間 9:00~17:00

【公的団体の窓口】 和歌山県国民健康保険団体連合会	〒640-8137 和歌山県和歌山市吹上2丁目1-22 電話番号 073-427-4665
和歌山県運営適正化委員会	〒640-8319 和歌山県和歌山市手平2丁目1-2 電話番号 073-435-5527 受付時間 9:00~17:00

(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	㈱損保ジャパン日本興亜の「有料老人ホーム賠償責任保険」に加入
	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	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ます。
	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	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり	(開催頻度) 年 2回
	2 なし	
	1 代替措置あり	(内容) 状況によっては、文書による周知のみとすることがある。
	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:)	
	<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）

※記載欄削除に伴い添付していません。

※ _____ 様

説明年月日 令和 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

事業者が当該都道府県で実施する介護サービス事業一覧表

介護サービスの種類			事業所の名称	所在地
< 居宅サービス >				
訪問介護	あり	なし		
訪問入浴介護	あり	なし		
訪問看護	あり	なし		
訪問リハビリテーション	あり	なし		
居宅療養管理指導	あり	なし		
通所介護	あり	なし		
通所リハビリテーション	あり	なし		
短期入所生活介護	あり	なし		
短期入所療養介護	あり	なし		
特定施設入居者生活介護	あり	なし	中屋敷イストワール	
福祉用具貸与	あり	なし		
特定福祉用具販売	あり	なし		
< 地域密着型サービス >				
定期巡回・随時対応型訪問介護看護	あり	なし		
夜間対応型訪問介護	あり	なし		
認知症対応型通所介護	あり	なし		
小規模多機能型居宅介護	あり	なし		
認知症対応型共同生活介護	あり	なし		
地域密着型特定施設入居者生活介護	あり	なし		
地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護	あり	なし		
看護小規模多機能型居宅介護	あり	なし		
居宅介護支援	あり	なし		
< 居宅介護予防サービス >				
介護予防訪問介護	あり	なし		
介護予防訪問入浴介護	あり	なし		
介護予防訪問看護	あり	なし		
介護予防訪問リハビリテーション	あり	なし		
介護予防居宅療養管理指導	あり	なし		
介護予防通所介護	あり	なし		
介護予防通所リハビリテーション	あり	なし		
介護予防短期入所生活介護	あり	なし		
介護予防短期入所療養介護	あり	なし		
介護予防特定施設入居者生活介護	あり	なし	中屋敷イストワール	
介護予防福祉用具貸与	あり	なし		
特定介護予防福祉用具販売	あり	なし		
< 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	あり	なし		
介護予防小規模多機能型居宅介護	あり	なし		
介護予防認知症対応型共同生活介護	あり	なし		
介護予防支援	あり	なし		
< 介護保険施設 >				
介護老人福祉施設	あり	なし		
介護老人保健施設	あり	なし		
介護療養型医療施設	あり	なし		

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 (利用者が全額負担)				包含 *2	都度 *2	料金*3	なし		あり		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*)											
	なし	あり	なし	あり								
介護サービス												
食事介助	なし	あり	なし	あり								
排泄介助・おむつ交換	なし	あり	なし	あり								
おむつ代			なし	あり								
入浴（一般浴）介助・清拭	なし	あり	なし	あり								
特浴介助	なし	あり	なし	あり								
身辺介助（移動・着替え等）	なし	あり	なし	あり								
機能訓練	なし	あり	なし	あり								
通院介助	なし	あり	なし	あり								提携医療機関への受診は介護報酬に含む。それ以外の通院介助については1回15分単位で1650円（税込）（旧田辺市に限る）
生活サービス												
居室清掃	なし	あり	なし	あり								
リネン交換	なし	あり	なし	あり								
日常の洗濯	なし	あり	なし	あり		○						規定回数（2回/週）以上の場合別途1100円/回（税込）
居室配膳・下膳	なし	あり	なし	あり								
入居者の嗜好に応じた特別な食事			なし	あり								
おやつ			なし	あり								月額4,860円（税込）
理美容師による理美容サービス			なし	あり								実費
買い物代行	なし	あり	なし	あり								月額3,300円（税込）週1回まで、旧田辺市（想定内）に限る
役所手続き代行	なし	あり	なし	あり								
金銭・貯金管理			なし	あり								月額3,300円（税込）
健康管理サービス												
定期健康診断			なし	あり								
健康相談	なし	あり	なし	あり								
生活指導・栄養指導	なし	あり	なし	あり								
服薬支援	なし	あり	なし	あり								
生活リズムの記録（排便・睡眠等）	なし	あり	なし	あり								
入退院時・入院中のサービス												
移送サービス	なし	あり	なし	あり								
入退院時の同行	なし	あり	なし	あり								
入院中の洗濯物交換・買い物	なし	あり	なし	あり								
入院中の見舞い訪問	なし	あり	なし	あり								

※1：利用者の所帯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 和歌山県田辺市上屋敷3丁目11番14号
氏名 医療法人 外科内科辻医院
理事長 辻 啓次郎

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) ナカヤシキイストワール 中屋敷イストワール
所在地	(住居表示) 和歌山県田辺市中屋敷町21番地の1
利用交通手段	<input checked="" type="checkbox"/> 1.電車(JR 線 紀伊田辺 駅から 徒歩 で 15分) <input type="checkbox"/> 2.その他()
住宅に関する権原	<input type="checkbox"/> 1.所有権 <input checked="" type="checkbox"/> 2.賃借権 <input type="checkbox"/> 3.使用貸借による権利 期間 平成 29年 5月 1日から 令和 9年 4月 30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 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 令和 年 月 日から 令和 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) いりょうほうじん げかないかつじいん 医療法人 外科内科辻医院	
住所 (法人にあっては 主たる事務所の所在地)	(郵便番号 646-0036) 和歌山県田辺市上屋敷3丁目11番14号 電話番号 0739-22-0534	
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) なかやしきいすとわーる 中屋敷イストワール
事務所の所在地	(郵便番号 646-0035) 和歌山県田辺市中屋敷町21番地の1 電話番号 0739-33-7332

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	30 戸
居住部分の規模	(最小)	18.00 m ²
	(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	鉄骨 造
竣工の年月	2017 年 4 月 1 日	階 数 地上3 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 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
--------	---------

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)	
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 円
	食事の提供	<input type="checkbox"/> 自ら <input checked="" type="checkbox"/> 委託 <input type="checkbox"/> 提供しない	約 45,878 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 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 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
	管理費	<input checked="" type="checkbox"/> 自ら <input type="checkbox"/> 委託 <input type="checkbox"/> 提供しない	約 33,000 円
家賃の概算額	(最低) 約 53,000 円	住戸ごとの内容は別添 3 のとおり	
	(最高) 約 53,000 円		
共益費の概算額	(最低) 約 20,000 円		
	(最高) 約 20,000 円		
敷金の概算額	(最低) 約 106,000 円	家賃の 2 月分	
	(最高) 約 106,000 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 checked="" type="checkbox"/> 指定を受けている 介護保険事業所番号 (3072201621) <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 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 checked="" type="checkbox"/> 指定を受けている 介護保険事業所番号 (3072201621) <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 (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 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).....
事業所の所在地	(郵便番号) 電話番号
連携又は協力の 内容	

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

基本方針及び高齢者居住安定確保計画に沿って適切に運営します。

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

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 checked="" 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 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 checked="" type="checkbox"/> 看護師	人員	4人	<input checked="" type="checkbox"/> 介護支援専門員	人員	1人			
	<input type="checkbox"/> 准看護師	人員	人	<input checked="" type="checkbox"/> 養成研修修了者	人員	4人			
	<input checked="" type="checkbox"/> 介護福祉士	人員	8人	<input checked="" type="checkbox"/> 上記以外の職員	人員	6人			
			合 計		人員	23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	9	時	00分	～	18 時	00分	人員	2人
	上記以外の時間	18 時	00分	～	9 時	00分	人員	2人	
毎日1回以上の状況把握サービスの提供方法	訪問、又は食事外出等の機会を利用し、毎日3回声掛けを行います。							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	9	時	00分	～	18 時	00分	
		上記以外の日	<input type="checkbox"/> 24時間						
	通報方法	各居室内及び共用部に設置のナースコール							
	通報先	1階フロント、2階宿直室				通報先から住宅までの到着予定時間	3分		
サービス提供の対価(概算額)	月額	約	円	前払金の					
	前払金	約	0 円	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 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) でいめんしょん Dimension			
	住所 (法人にあっては主たる事務所の所在地)	(郵便番号 6460050)	和歌山県田辺市天神崎8-24		電話番号 0739-24-6400
	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 checked="" 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()			
サービス提供の対価(概算額)	月額※	約 45,878 円	内訳	朝食 347 円	昼食 590 円 夕食 590 円
	前払金	約 0 円	前払金の算定方法		
備考	食事代45,878円(税込)(30日の場合)おやつ代月額4,860円(税込) 備考3Fの食堂居間で食事、キャンセルの場合は前日17時までにお知らせください。給湯サービス常時実施 製造者:ディメンション				

※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 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 介護保険適用あり 円	前払金の算定方法		
	前払金	約 円			
備考	介護報酬に含む。				

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 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 介護保険適用あり 円	前払金の算定方法		
	前払金	約 0 円			
備考	介護報酬に含む。ただし洗濯については、規定回数(2回/週)以上の場合別途1000円(税別)徴収します。				

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 checked="" type="checkbox"/> 定期検診 <input checked="" 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	介護保険適用あり	円	前払金の算定方法
	前払金	約	0	円	
備考	通院等の付き添いについては提携医療機関への受診は介護報酬に含む。それ以外の通院介助については別途1回15分単位で1650円(税込)(旧田辺市に限る)				

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()			
		セコム入退館管理システム(入居者家族用のIC)。各居室への温湿度計設置等に関する維持管理費用・事務費、目的施設(居室及び共用施設)の維持管理費です			
サービス提供の対価(概算額)	月額	約	33,000	円	前払金の算定方法
	前払金	約		円	
備考					