

別紙様式

**サービス付き高齢者向け住宅 オーシャンビューえすみ
重要事項説明書**

記入年月日	令和5年7月1日
記入者名	
所属・職名	(社福) すさみ福祉会

- 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	家庭、福祉関係、医療機関等との連携に努め、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ができるよう配慮し、常に入居者の立場に立ったサービスの提供に努めます。
サービスの提供内容に関する特色	温暖な気候で自然に恵まれたすさみ町の海に見える住宅で、ゆっくりと安心して暮らしていただけるようサービスの提供を行っています。
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

(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 串本有田病院 住所 和歌山県東牟婁郡串本町有田499-1 診療科目 内科、外科、整形外科、眼科 協力内容 往診等の対応 (医療費その他の費用は自己負担)

	2	名称	覚前医院
		住所	和歌山県東牟婁郡串本町田並942-2
		診療科目	内科
		協力内容	往診等の対応（医療費その他の費用は自己負担）
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 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	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	本物件の使用の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13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	① あり（内容：3日間程度とし料金は日割り計算）	

	2 なし
入居定員	16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	常勤	非常勤	
管理者	1	1		1.0
生活相談員	3	1	2	2.0
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	3	1	2	1.5
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				40h
※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			
実務者研修の修了者			
初任者研修の修了者			
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	人	人
介護職員	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		実務者研修							
	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						1			
	5年未満									
	5年以上					1	1			
	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	3人
	女性	7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	2人
	85歳以上	8人
要介護度別	自立	1人
	要支援1	1人
	要支援2	3人
	要介護1	4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	0人
	1年以上5年未満	6人
	5年以上10年未満	1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	89.7歳
入居者数の合計	10人
入居率*	62.5%
※ 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	0人
	社会福祉施設	2人
	医療機関	3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	5人
		(解約事由の例) 長期入院、老健入所

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		オーシャンビューえすみ相談窓口	西牟婁振興局健康福祉部
電話番号		0739-34-2017	0739-22-1200
対応している時間	平日	9:00~17:00	9:00~17:45
	土曜	9:00~17:00	—
	日曜・祝日	9:00~17:00	—
定休日		なし	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	1 あり	(その内容)
	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 2 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 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。

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) 和歌山県西牟婁郡すさみ町周参見2362-1
 社会福祉法人 すさみ福祉会 印
 理事長 岡崎 容子

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) オーシャンビューエスミ オーシャンビューえすみ
所在地	(住居表示) 和歌山県西牟婁郡すさみ町江住上ミ平見835-1
利用交通手段	<input checked="" type="checkbox"/> 1.電車(JR 紀勢本線 江住 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 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 type="checkbox"/> 1.所有権 <input type="checkbox"/> 2.地上権 <input checked="" type="checkbox"/> 3.賃借権 <input type="checkbox"/> 4.使用貸借による権利 期間 平成 24年 12月 1日から 令和 24年 12月 1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 すさみふくしかい 社会福祉法人 すさみ福祉会
住 所 (法人にあっては 主たる事務所)	(郵便番号 649-2621) 和歌山県西牟婁郡すさみ町周参見2362-1 電話番号 0739-55-3484
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) 氏名
	住 所 (郵便番号) 電話番号

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 すさみふくしかい はまゆうえん 社会福祉法人 すさみ福祉会 はまゆう園		
事務所の所在地	(郵便番号 649-2621) 和歌山県西牟婁郡すさみ町周参見2362-1	電話番号	0739-55-3484

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)	18.14	m ²
	(最大)	18.51	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	軽量鉄骨	造
竣工の年月	2012 年 10 月 29 日	階数	2 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または②に該当する者である。 <input checked="" type="checkbox"/> ①単身高齢者世帯 <input checked="" type="checkbox"/> 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 3 のとおり	
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 10,000 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 39,000 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 7,200 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 7,200 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 5,000 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 40,000 円 (最高) 約 45,000 円	住戸ごとの内容は別添 2 のとおり		
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 120,000 円 (最高) 約 135,000 円	家賃の 3 月分		
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者	<input type="checkbox"/> 指定を受けている 事業所の番号 ()			
	<input checked="" type="checkbox"/> 指定を受ける予定はない			
介護サービス情報	(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。

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照らして適切に運営しています。

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 (法人にあつては、商号又は名称)	役名等
おかざき ようこ 岡崎 容子	理事長
たにがわ たかお 谷川 孝夫	理事
やまぐち まさひろ 山口 博正	理事
まつした あきら 松下 明	理事
ふるた のぶこ 古田 信子	理事
とみなが とよひこ 富永 豊光	理事
やまもと よしお 山本 芳生	理事
かぜかみ まさのり 風神 正典	監事
まるやま まさみ 丸山 昌三	監事

法第6条第1項第3号に該当する者をすべて記載すること。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 3

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)	(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 4 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
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		人員	2 人
	上記以外の時間	17 時 30 分 ~ 8 時 30 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	朝・夕				毎日 2 回
	<input type="checkbox"/> 入居者から居宅部分への訪問を希望する旨の申し出があった場合は、当該居宅部分への訪問 (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	駐在する日	00時 00分 ~ 24時 00分		
		上記以外の日	<input type="checkbox"/> 24時間		
	通報方法	緊急コール			
	通報先	オーシャンビュー事務所	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 10,000 円	前払金の	算定方法	
	前払金	約 0 円			
備考	毎日の安否確認(朝・夕) 夜間巡回 緊急時の対応(緊急コール) お小遣いの管理 生活相談サービス 健康相談サービス				

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)	(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			
	内容	<input type="checkbox"/> 次の期間を除く()			
	調理等	<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()			
		<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		希望に応じてコーヒーの提供の利用可能。1回40円で利用できます。			

※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 (法人にあっては主たる事務所)	(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)	(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 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 7,200 円	前払金の 算定方法		
	前払金	約 0 円			
備考		希望に応じて10分300円で利用できます。 (身体の不調時で、排泄及び排泄処理に介助が必要な場合、それに伴い入浴で身体の汚れを落とすための介助が必要な場合) 概算額:1時間(300円×6)×4時間=7,200円(月4時間利用した場合)			

4. 調理、洗濯、清掃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)	(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)	(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 type="checkbox"/> 洗濯 <input checked="" type="checkbox"/> 清掃(居室の汚れがひどい時)		
			<input checked="" type="checkbox"/> その他 (買物代行)		
サービス提供の 対価(概算額)	月額	約 7,200 円	前払金の 算定方法		
	前払金	約 0 円			
備考		清掃は居室の汚れがひどい場合(排泄物の汚れの除去等)に利用できます。 買物代行は、1人で買い物に行けない場合、代行や随伴サービスが利用できます。 いずれも、10分毎に150円1時間を超える場合は、10分毎に200円となります。 概算額:1時間(150円×6)×8時間=7,200円(月8時間利用した場合)			

5. 健康管理サービスの内容(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)	(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)	(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"/> 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 (服薬管理・点眼サービス)		
サービス提供の 対価(概算額)	月額	約 5,000 円	前払金の 算定方法		
	前払金	約 0 円			
備考		血圧測定月1,000円、服薬管理1日100円、点眼サービス月1,000円 希望に応じて利用できます。 概算額: 血圧測定1,000円+服薬管理(100円×30日)+点眼1,000円=5,000円			

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)	(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)	(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"/> 次の期間を除く()		
		内容			
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					