

### 有料老人ホーム重要事項説明書

記入年月日	令和6年6月30日
記入者名	山内 悠平
所属・職名	サービス付き住宅しもなが・相談員

※ 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については、「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4の記載内容を合わせて記載して差し支えありません。その場合、以下の1から3まで及び6の内容については、別紙4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. 事業主体概要 ※別紙参照により省略
2. 有料老人ホーム事業の概要 ※別紙参照により省略
3. 建物概要 ※別紙参照により省略

#### 4. サービスの内容

##### （全体の方針）

運営に関する方針	高齢者で医療と介護が必要な方の為に、24時間365日安心して生活できる環境を提供します。		
サービスの提供内容に関する特色	入居者の尊厳を守り、公正かつ誠実に行動します。また自主性を大切に、自由と開放感を大切にします。		
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	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	<input checked="" type="checkbox"/> 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

##### （医療連携の内容）

医療支援 ※複数選択可	<input checked="" type="checkbox"/> 1 救急車の手配 <input type="checkbox"/> 2 入退院の付き添い <input type="checkbox"/> 3 通院介助 <input type="checkbox"/> 4 その他（ ）
----------------	---

協力医療機関	1	名称	下長内科クリニック
		住所	青森県八戸市下長三丁目 21-19
		診療科目	内科
		協力内容	状況より受診や訪問診療を協力
協力歯科医療機関		名称	柏崎歯科医院
		住所	青森県八戸市下長四丁目 5-19
		協力内容	状況より受診や訪問診療を協力

(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"/> 1	あり	<input type="checkbox"/> 2	なし
	要支援の者	<input checked="" type="checkbox"/> 1	あり	<input type="checkbox"/> 2	なし
	要介護の者	<input checked="" type="checkbox"/> 1	あり	<input type="checkbox"/> 2	なし
留意事項	1. 当住宅における各サービスにより、生活に対する不安を解消できる方 2. 共同生活を遵守できる方				
契約の解除の内容	1. 入居者が死亡した場合 2. 入居者、又は、事業所から解約した場合				
事業主体から解除を求める場合	解約条項	入居契約書第 11 条			
	解約予告期間	60 日			
入居者からの解除予告期間	30 日前				
体験入居の内容	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり (内容: 食事・居住の対応※空室がある場合) <input type="checkbox"/> 2 なし				
入居定員	33 人				
その他					

5. 職員体制

※有料老人ホーム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※2
	合計	常勤	非常勤	
管理者	1	1		
生活相談員	1	1		
直接処遇職員				
介護職員				
看護職員	3	3		
機能訓練指導員				
計画作成担当者				

栄養士	1	1		
調理員	5	2	3	
事務員	2		2	
その他職員	3		3	
1週間のうち、従業者が勤務すべき時間数※2				
	常勤	時間	非常勤	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。				
※2 特定施設入居者生活介護等を提供しない場合は、記入不要。				

**(資格を有している介護職員の人数)**

	合計		
	2	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			
介護支援専門員	1	1	

**(資格を有している機能訓練指導員の人数)**

	合計		
	3	常勤	非常勤
看護師又は准看護師	3	3	
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			
はり師			
きゅう師			

**(夜勤を行う看護・介護職員の人数)**

夜勤帯の設定時間 ( 17時30分 ~8時00分 )			
	平均人数	最小時人数 (休憩者等を除く)	
看護職員	0人	0人	
介護職員	1人	1人	
その他職員	1人	1人	

**(職員の状況)**

	他の職務との兼務	1 あり	2 なし
--	----------	------	------

管理者	業務に係る資格等		1 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										
前年度1年間の退職者数										
業務に従事した職員の人数 に 応 じ た 職 員 の 人 数	1年未満	1								
	1年以上 3年未満	1								
	3年以上 5年未満									
	5年以上 10年未満	1								
	10年以上					1				
従業者の健康診断の実施状況			1 あり 2 なし							

(職員の教育訓練、研修等の実施状況)

教育訓練、研修等の内容						実施状況
階層別研修	管理職	指導職	一般職	新任職		7回/年
職種別研修	相談職	看護職	調理職	業務職	事務職	3回/年

6. 利用料金 ※別紙参照により省略

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	27人
年齢別	65歳未満	1人
	65歳以上 75歳未満	1人
	75歳以上 85歳未満	8人
	85歳以上	23人
要介護度別	自立	0人
	要支援 1	0人
	要支援 2	3人
	事業対象者	1人
	要介護 1	5人

	要介護 2	8 人
	要介護 3	4 人
	要介護 4	6 人
	要介護 5	6 人
入居期間 別	6 か月未満	7 人
	6 か月以上 1 年未満	7 人
	1 年以上 5 年未満	15 人
	5 年以上 10 年未満	3 人
	10 年以上 15 年未満	1 人
	15 年以上	0 人

**(入居者の属性)**

平均年齢	86 歳
入居者数の合計	33 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	2 人
	社会福祉施設	5 人
	医療機関	4 人
	死亡者	5 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	16 人
		(解約事由の例) 帰宅、他施設への移り替え、入院先の病院にて死去、施設看取り。

**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	サービス付き住宅しもなが 苦情相談窓口
電話番号	0178-21-8175
受付担当	山内悠平 (相談員)、福原綺夏 (調理リーダー)
解決責任者	五戸寿子 (師長看護師)

対応している 時間	平日	9:00~17:00
	土曜	同上
	日曜・祝日	同上
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	<input checked="" type="checkbox"/> 1	あり	(その内容) あいおいニッセイ同和損害保険(株)に加入。過失による事故等に対応。
	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 checked="" type="checkbox"/> 1	あり	(その内容) 同上
	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	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	<input checked="" type="checkbox"/> 1	あり	実施日	2020/4/1~意見箱
			結果の開示	<input checked="" type="checkbox"/> 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
	<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	<input checked="" type="checkbox"/> 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	
重要事項説明書	<input checked="" type="checkbox"/> 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	<input checked="" type="checkbox"/> 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	
事業収支報告書	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	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 type="checkbox"/> 1 あり	(開催頻度) 年 1 回
	2 なし	
	<input type="checkbox"/> 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: ) <input 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 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 type="checkbox"/> 1 あり 2 なし	
有料老人ホーム設置運営指導指針「5. 規模及び構造設備」に合致しない事項	1 あり <input type="checkbox"/> 2 なし	
合致しない事項がある場合の内容		
「6. 既存建築物等の活用の場合等の特例」への適合性	1 適合している (代替措置) 2 適合している (将来の改善計画) 3 適合していない	
有料老人ホーム設置運営指導指針の不適合事項		
不適合事項がある場合の内容		

添付書類：別添 1 (別に実施する介護サービス一覧表)

別添 2 (個別選択による介護サービス一覧表)

※ \_\_\_\_\_ 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。

別添 1 事業主体が当該都道府県、指定都市、中核市内で実施する他の介護サービス

介護サービスの種類	有無	併設・隣接	事業所名	所在地
<b>&lt;居宅サービス&gt;</b>				
訪問介護	○	併・隣	ヘルパーステーションしもなが	八戸市下長三丁目 5 番 3 号
訪問入浴介護		併・隣		
訪問看護		併・隣		
訪問リハビリテーション		併・隣		
居宅療養管理指導		併・隣		
通所介護	○	併・隣	デイサービスセンターやわた	八戸市八幡林崎 27-2
通所リハビリテーション		併・隣		
短期入所生活介護		併・隣		
短期入所療養介護		併・隣		
特定施設入居者生活介護		併・隣		
福祉用具貸与		併・隣		
特定福祉用具販売		併・隣		
<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		併・隣		
夜間対応型訪問介護		併・隣		
地域密着型通所介護		併・隣		
認知症対応型通所介護		併・隣		
小規模多機能型居宅介護		併・隣		
認知症対応型共同生活介護		併・隣		
地域密着型特定施設入居者生活介護		併・隣		
地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護		併・隣		
看護小規模多機能型居宅介護		併・隣		
居宅介護支援	○	併・隣	ケアプランセンターしもなが	八戸市下長三丁目 5 番 3 号
<b>&lt;居宅介護予防サービス&gt;</b>				
介護予防訪問入浴介護		併・隣		
介護予防訪問看護		併・隣		
介護予防訪問リハビリテーション		併・隣		
介護予防居宅療養管理指導		併・隣		
介護予防通所リハビリテーション		併・隣		
介護予防短期入所生活介護		併・隣		
介護予防短期入所療養介護		併・隣		
介護予防特定施設入居者生活介護		併・隣		
介護予防福祉用具貸与		併・隣		
特定介護予防福祉用具販売		併・隣		
<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		併・隣		
介護予防小規模多機能型居宅介護		併・隣		
介護予防認知症対応型共同生活介護		併・隣		
介護予防支援	○	併・隣	ケアプランセンターしもなが	八戸市下長三丁目 5 番 3 号
<b>&lt;介護保険施設&gt;</b>				
介護老人福祉施設		併・隣		
介護老人保健施設		併・隣		
介護療養型医療施設		併・隣		
介護医療院		併・隣		
<b>&lt;介護予防・日常生活支援総合事業&gt;</b>				
訪問型サービス	○	併・隣	ヘルパーステーションしもなが	八戸市下長三丁目 5 番 3 号
通所型サービス	○	併・隣	デイサービスセンターやわた	八戸市八幡林崎 27-2
その他の生活支援サービス		併・隣		

※該当する介護サービスの施設、事業所がある場合、「有無」欄に○を記入してください。

※該当する介護サービスの施設、事業所が有料老人ホームに併設、あるいは隣接している場合、「併」か「隣」を○で囲んでください。

## 別添2

## 有料老人ホーム・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

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						なし	あり			
	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）		個別の利用料で、実施するサービス（利用者が全額負担）				サービス提供実績	備考		
			※2 包含	※2 都度	料金 ※3					
介護サービス										
食事介助	なし	あり	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			なし	あり		
おむつ代	-	-	なし	あり		○	なし	あり	希望者へ提供	
入浴（一般浴）介助・清拭	なし	あり	なし	あり			なし	あり		
特浴介助	なし	あり	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			なし	あり		
機能訓練	なし	あり	なし	あり			なし	あり		
通院介助	なし	あり	なし	あり			なし	あり		
生活サービス										
居室清掃	なし	あり	なし	あり			なし	あり		
リネン交換	なし	あり	なし	あり	○		なし	あり	管理費に含む	
日常の洗濯	なし	あり	なし	あり			なし	あり		
居室配膳・下膳	なし	あり	なし	あり	○		なし	あり	食費に含む	
入居者の嗜好に応じた特別な食事	-	-	なし	あり	○		なし	あり	食費に含む	
おやつ	-	-	なし	あり			なし	あり		
理美容師による理美容	-	-	なし	あり		○	カット1000円	なし	あり	毎月第四金曜日及び

サービス							顔そり 800 円			個別対応 外部訪問理美容 希望者へ提供
買い物代行	なし	あり	なし	あり				なし	あり	
役所手続き代行	なし	あり	なし	あり		○	¥1,100/回	なし	あり	希望者のみ対応
金銭・貯金管理	-	-	なし	あり		○	¥55/日	なし	あり	希望者のみ対応
健康管理サービス										
定期健康診断	-	-	なし	あり				なし	あり	
健康相談	なし	あり	なし	あり		○		なし	あり	健康管理に含む
生活指導・栄養指導	なし	あり	なし	あり		○		なし	あり	生活相談・健康管理に含む
服薬支援	なし	あり	なし	あり		○		なし	あり	健康管理に含む
生活リズムの記録 (排便・睡眠等)	なし	あり	なし	あり		○		なし	あり	健康管理に含む
入退院・入院中のサービス										
移送サービス	なし	あり	なし	あり				なし	あり	
入退院中の同行	なし	あり	なし	あり		○		なし	あり	健康管理に含む
入院中の洗濯物交換・ 買い物	なし	あり	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		○		なし	あり	健康管理に含む

※1：利用者の所得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含まれる場合と、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）

2024年6月30日

## 登録事項等についての説明

貸主（甲） 住所 青森県八戸市下長三丁目5番3号  
有限会社ベース  
代表取締役 田沢 一雄

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) さーびすつきじゅうたくしもなが サービス付き住宅しもなが
所在地	(住居表示) 〒039-1164 青森県八戸市下長三丁目5番3号
利用交通手段	<input checked="" type="checkbox"/> 1. 電車（八戸線 長苗代駅からバスで10分 降車後、徒歩5分 / または徒歩で20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 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 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 2012年 4月 1日から 2063年 3月 31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) ゆうげんがいしゃベース 有限会社ベース
住所 (法人にあっては 主たる事務所の所 在地)	(郵便番号 039-1164 ) 青森県八戸市下長三丁目5番3号 電話番号 0178-21-8175
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) ゆうげんがいしゃベース 有限会社ベース
事務所の所在地	(郵便番号 039-1164 ) 青森県八戸市下長三丁目5番3号 電話番号 0178-21-8175

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	33	戸
居住部分の規模	(最小)	18.21	m <sup>2</sup>
	(最大)	25.94	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	木造二階建準耐火構造	造
竣工の年月	2012	年	8月25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 9,900 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 46,500 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 checked="" type="checkbox"/> 自ら <input type="checkbox"/> 委託 <input type="checkbox"/> 提供しない	約 9,900 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 45,000 円	住戸ごとの内容は別添 3 のとおり	
	(最高)	約 50,000 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 0 円	家賃の 0.0 月分	
	(最高)	約 0 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			



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) しもながないかくりにつく 下長内科クリニック
事業所の所在地	(郵便番号 039-1164 ) 青森県八戸市下長3-21-19 電話番号 0178-28-5040
連携又は協力の内容	往診等

連携又は協力の相手方	
事業所の名称	(ふりがな) かしわざきしかいいん 柏崎歯科医院
事業所の所在地	(郵便番号 039-1164 ) 青森県八戸市下長4-5-19 電話番号 0178-28-8148
連携又は協力の内容	訪問歯科治療等

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

基本方針に照らし適正に運営します。

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。

年 月 日

借主（乙） 住所  
氏名

代理人 住所  
氏名

## 役員名簿

(ふりがな) 氏名	役名等
たざわいちお 田沢 一雄	代表取締役
たざわちづこ 田沢 ちづ子	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。



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 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 checked="" type="checkbox"/> 看護師	人員 3 人	<input checked="" type="checkbox"/> 介護支援専門員	人員 1 人
	<input checked="" type="checkbox"/> 准看護師	人員 人	<input type="checkbox"/> 養成研修修了者	人員 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 12 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	人員 5 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	午前、午後、夜間の巡視 <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 8 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 分	上記以外の日 <input type="checkbox"/> 24時間	
	通報方法	緊急通報サービス		
	通報先	看護室及び携帯用PHS	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 9,900 円	前払金の算定方法	
	前払金	約 0 円		
備考	日中は、住宅職員及び訪問介護事業所職員が対応します。 夜間は、住宅宿直者及び訪問介護事業所職員が対応します。			

※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。

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	
食事提供を行う場所	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 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 46,500 円	内訳 朝食 400 円 昼食 530 円 夕食 620 円
	前払金	約 0 円	前払金の算定方法
備考	四季の旬のものや常食からソフト食まで、その方の咀嚼等に合った食事提供を行っています。		

※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 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 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 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	9,900	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 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			
サービス提供の 対価（概算額）	月額	約	円	前払金の	
	前払金	約	円	算定方法	
備考					