

重要事項説明書

記入年月日	令和7年6月10日
記入者名	畠添和洋
所属・職名	住宅 管理者

※ 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。

4. サービス等の内容

（全体の方針）

運営に関する方針	みんなの幸せと楽しみを創造する価値ある会社を目指します。
サービスの提供内容に関する特色	安心、安全、居心地のいい施設にする為、常に思いやり、いたわり、優しさ、質の高い愛のある介護を目指します。
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

(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	的場クリニック
		住所	鹿屋市大浦町13304番地8
		診療科目	内科、外科
		協力科目	内科、外科
		協力内容	訪問診療、予防接種、健康診断
	2	名称	まちのお医者さん
		住所	鹿屋市寿5丁目26-38
		診療科目	神経内科、内科
		協力科目	神経内科、内科
		協力内容	訪問診療、予防接種、健康診断
協力歯科医療機関	名称	吉留歯科	
	住所	鹿屋市旭原町2524-1	
	協力内容	訪問歯科、歯科検診	

(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省略可能

入居後に居室を住み替える場合 ※ 複数選択可	1 一時介護居室へ移る場合		
	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	賃料、共益費その他表題部 (3) 記載の費用を怠ったとき		
事業主体から解約を求める場合	解約条項	第14条	
	解約予告期間	6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	31人		

その他	
-----	--

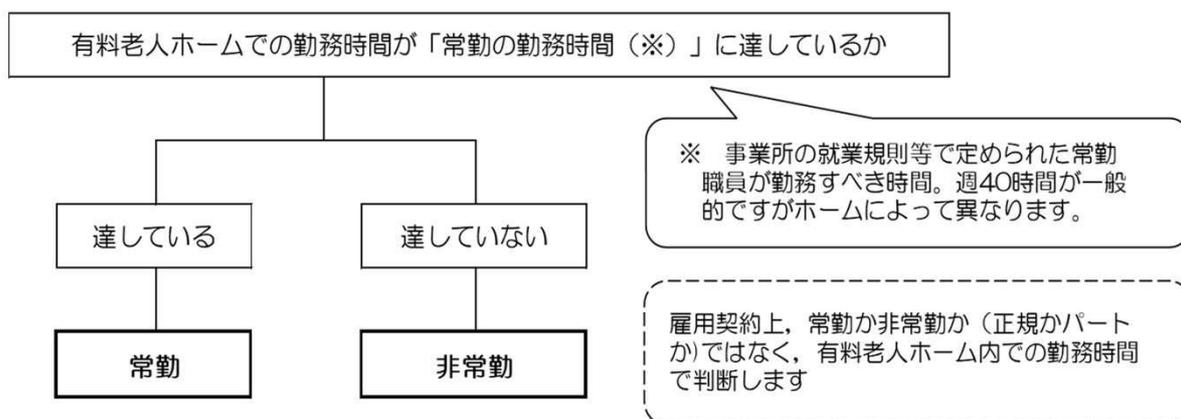
5. 職員体制

※ 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（実人数））

	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				
直接処遇職員	介護職員	6	3	3
	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	3		
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 ※2				
※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（住宅型）は、記入不要。				

<参考> 有料老人ホームにおける常勤・非常勤の判断



注1 「有料老人ホームにおける勤務時間」で考えることが基本であることから、原則として、事業所をまたぐ業務の兼任は、常勤ではなく非常勤とし、時間を分けて勤務表を作成します。

注2 有料老人ホーム内で兼務（例：生活相談員と介護職員）している場合は、業務の割合が多い職種で計上してください（双方で計上せず、どちらかで計上します）。

(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	7	4	3
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			
はり師			
きゅう師			

(日勤を行う看護・介護職員の人数)

日勤帯の設定時間 (9 時～ 18 時)			
	最少時人数 (休憩者等を除く)		最大時人数
	※1	※2	※1
看護職員	0 人		0 人
介護職員	1 人		2 人

※1 同じ日勤時間帯でも、勤務シフトや他事業所との兼務等の状況によって人数が変動するため、出勤簿を参考に、職員が少ない時間帯と多い時間帯を考慮して記載する。
 ※2 「最少時人数」は、休憩時間等で持ち場を離れる職員を除いて記入する。

(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) 夜勤帯のうち休憩時間 (7 時間 分)			
	平均人数		最少時人数 (休憩者等を除く)
	※1		※2
看護職員	人		人
介護職員	1 人		1 人

※1 常時従事している「平均人数」を整数で記入。宿直者は人数に含まない。
 ※2 「最少時人数」は、休憩時間等で持ち場を離れる職員を除いて記入する。仮に、夜勤1人の場合、最少時人数は「0人」となる。なお、宿直者は人数に含まない。

(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、本欄は省略可能)	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、本欄は省略可能)	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	介護福祉士						
		2 なし						
	看護職員	介護職員		生活相談員				
	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			4	3			
	5年以上10年未満			3				
	10年以上							
	機能訓練指導員	計画作成担当者						
	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						

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	14 人
	女性	17 人
年齢別	65歳未満	人
	65歳以上75歳未満	2 人
	75歳以上85歳未満	8 人
	85歳以上	21 人
要介護度別	自立	人
	要支援 1	人
	要支援 2	人
	要介護 1	4 人
	要介護 2	3 人
	要介護 3	9 人
	要介護 4	8 人
入居期間別	要介護 5	7 人
	6ヶ月未満	人
	6ヶ月以上1年未満	3 人
	1年以上5年未満	16 人
	5年以上10年未満	12 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	84.5 歳
入居者数の合計	31 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	3 人
	死亡者	人
	その他	人
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	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		ゑびすさん苦情窓口
電話番号		0994-45-6700
対応している 時間	平日	8:30~17:30
	土曜	8:30~17:30
	日曜・祝日	
定休日		日曜日、祝日
		鹿児島県土木部住宅政策室企画係
		099-286-3740
窓口の名称		鹿児島県くらし保健福祉部高齢者生き生き推進課
電話番号		099-286-2703
対応している時間		8:30~17:15
定休日		土曜, 日曜, 祝日, 12月29日~1月3日

(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) 三井住友海上 (上限2億)
	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) 保険内で実施
	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	毎月10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 写真同封で状態説明文を送付	(内容) 感染症拡大により懇談会が開催できない為	
	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
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	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	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 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。

別紙：生活支援サービス一覧(居室管理含む)

生活支援サービス基本料金		¥9,900			
サービス種別	サービス内容	提供可否	基本料金に含むか否か	費用	備考・注意
介護サービス	食事介助	○	含む	生活支援サービス基本料金にて実施。	食費は別途で食事をする方のみ対応可能です。
	排泄介助・おむつ交換	○	含む	夜間(17:00~7:00)月額5,500にて実施。	以外の時間帯は訪問介護・通所介護等居宅介護サービスをご利用下さい。
	おむつ代	×	含む	実費。	
	入浴介助・清拭	×	サービス提供無	-	訪問介護・通所介護等居宅介護サービスをご利用下さい。
	沐浴介助	×	サービス提供無	-	訪問介護・通所介護等居宅介護サービスをご利用下さい。
	身辺介助(着替え等)	×	サービス提供無	-	訪問介護・通所介護等居宅介護サービスをご利用下さい。
	機能訓練	×	サービス提供無	-	訪問介護・通所介護等居宅介護サービスをご利用下さい。
家事サービス	通院介助	○	含む	1,100円/回(1時間以内、それ以上は、30分ごとに1,100円)	介護タクシー等の利用は、別途実費が必要です。
	食事提供	○	含む	朝食：670円、昼食：670円(おやつ含む)、夕食：670円(税込)	食事及飲料等標準上特別の食事が必要な場合は、協議後、費用を決定します。
	おやつ	○	含む	実費にて含む。	
	24時間出入管理	○	含む	生活支援サービス基本料金にて実施。	
	居室清掃	×	含む	-	訪問介護をご利用下さい。
	リネン交換	○	含む	生活支援サービス基本料金にて実施。	週1回まで実施します。
	リネンリース	○	含む	生活支援サービス基本料金にて実施。	週1回まで実施します。球カバー、抱布、シーツの3点のみ。
	白物の洗濯	×	含む	3,980円/月	訪問介護サービスになります。
	クリーニング代理受領と発送	○	含む	生活支援サービス基本料金にて実施。	クリーニング代金は入居者様のご負担となります。
	居室配膳・下膳	○	含む	生活支援サービス基本料金にて実施。	希望者のみ居室配膳・下膳を行います。
	入居者の嗜好に応じた特別な食事	×	サービス提供無	-	
	郵便物の受け取り代行	○	含む	生活支援サービス基本料金にて実施。	
	理髪師による理髪サービス	○	含む	実費。	月1~2回程度の出張理髪を実施します。
	買い物代行(旭原町内)	○	含む	生活支援サービス基本料金にて実施。	週2回まで日用品の買い物代行を行います。
	買い物代行(旭原町以外の区域)	○	含む	1,100円/回(1時間以内、それ以上は、30分ごとに1,100円)	
	買い物同行	○	含む	1,100円/回(1時間以内、それ以上は、30分ごとに1,100円)	
	公的書類やお手紙等書類作成のお手伝い	○	含む	生活支援サービス基本料金にて実施。	
税務での手続代行	○	含む	1,100円/回(1時間以内、それ以上は、30分ごとに1,100円)		
居室内のごみの回収	○	含む	生活支援サービス基本料金にて実施。	1日1回実施します。	
アクティビティーサービス	○	含む	生活支援サービス基本料金にて実施。	週一回以上の予定や機械等アクティビティ活動を積極的に行います。	
緊急通報サービス	○	含む	生活支援サービス基本料金にて実施。	24時間365日スタッフ常駐ヘルプが繋がります。	
夜間定期巡回	○	含む	生活支援サービス基本料金にて実施。	19時より翌朝7時まで4時間ごとの定期巡回を行います。	
健康管理サービス	定期健康診断	○	含む	実費。	インフォメーションボードにて事前にお知らせしますので、事前予約が必要です。(提携医療機関にて年2回実施予定)
	人間ドッグ	○	含む	実費。	インフォメーションボードにて事前にお知らせしますので、事前予約が必要です。(提携医療機関にて年1回実施予定)
	健康相談	○	含む	生活支援サービス基本料金にて実施。	施設職員による健康相談を行います。医師による健康相談を希望される方は、提携医療機関をご紹介します。
	生活相談	○	含む	生活支援サービス基本料金にて実施。	
入居時・入居中のサービス	服薬支援・管理	○	含む	生活支援サービス基本料金にて実施。	ご本人およびご家族の依頼・医師の指示がある場合のみ行います。
	移送サービス	○	含む	1,100円/回(1時間以内、それ以上は、30分ごとに1,100円)	鹿屋市内に限り行います。
	入居説明の同行	○	含む	1,100円/回(1時間以内、それ以上は、30分ごとに1,100円)	鹿屋市内の病院に限り行います。
	入居中の差支物交換・買い物	○	含む	1,100円/回	鹿屋市内の病院に限り行います。
	入居中の見舞い訪問	○	含む	1,100円/回	鹿屋市内の病院に限り行います。

令和 年 月 日

私は、上記の生活支援サービスの内容及び、費用についての説明を株式会社ケアファインより受けました。

氏名 _____ 印

住所 〒 _____

株式会社ケアファインは、_____ 様に対する生活支援サービスの提供にあたり、上記の通りサービス契約書別紙について説明を行いました。

株式会社ケアファイン 代表取締役 吉田良子 印
鹿屋市旭原町2611番6

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	併設・隣接の状況	事業所の名称	所在地
＜居宅サービス＞			
訪問介護	あり		隣接 訪問介護事業所あびすき 鹿屋市礼元2丁目3664-1サニーハウス102号
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	あり		併設 デイサービスあびすき 鹿屋市旭原町2611-6
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
＜地域密着型サービス＞			
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		なし 併設	隣接
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
＜居宅介護予防サービス＞			
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
＜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		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
＜介護保険施設＞			
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 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							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）			※2 都度払い	※3 料金 (円)	備 考
	なし	あり	なし	あり	包含※2 (月額料金 を含む)			
介護サービス								
食事介助	なし	あり	なし	あり	○			食堂兼談話室で食事をする方のみ対応可能です。
排泄介助・おむつ交換	なし	あり	なし	あり		○	5,500円	夜間(17時~7時)
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		○	1,100円	1時間1100円。それ以上は30分ごとに1100円。
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	○			週1回まで実施します。
日常の洗濯	なし	あり	なし	あり		○	3,990円	委託業者南九イソワ(月額3,990円)の個人契約となります。
居室配膳・下膳	なし	あり	なし	あり	○			希望者のみ居室配膳、下膳を行います。
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				
理美容師による理美容サービス			なし	あり				
買い物代行	なし	あり	なし	あり		○	1,100円	1時間1100円。それ以上は30分ごとに1100円。鹿屋市内に限ります。
役所手続き代行	なし	あり	なし	あり		○	1,100円	1時間1100円。それ以上は30分ごとに1100円。鹿屋市内に限ります。
金銭・貯金管理			なし	あり				
健康管理サービス								
定期健康診断			なし	あり				※回数（年〇回など）を明記すること
健康相談	なし	あり	なし	あり	○			医師による健康相談を希望される方は、提携医療機関をご紹介します。
生活指導・栄養指導	なし	あり	なし	あり	○			医師による指導を希望される方は、提携医療機関をご紹介します。
服薬支援	なし	あり	なし	あり	○			ご本人及びご家族の依頼、医師からの指示がある場合のみ行います。
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								
入退院時の同行	なし	あり	なし	あり		○	1,100円	1時間1100円。それ以上は30分ごとに1100円。鹿屋市内に限ります。
入院中の洗濯物交換・買い物	なし	あり	なし	あり		○	1,100円	1時間1100円。それ以上は30分ごとに1100円。鹿屋市内に限ります。
入院中の見舞い訪問	なし	あり	なし	あり		○	1,100円	1時間1100円。それ以上は30分ごとに1100円。鹿屋市内に限ります。

※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）

○年○月○日

登録事項等についての説明

貸主(甲) 住所 鹿屋市旭原町2611-6
 氏名 株式会社 ケアファイン
 代理人 住所
 氏名

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) さーびすつきこうれいしゃむけじゅうたく ゑびすさん サービス付き高齢者向け住宅 ゑびすさん
所在地	(住居表示)
利用交通手段	<input type="checkbox"/> 1.電車(線 駅から で 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 checked="" type="checkbox"/> 2. 賃借権 <input type="checkbox"/> 3. 賃借権 <input type="checkbox"/> 4. 使用貸借による権利 期間 2011年 9月 1日から 2031年 8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) かぶしきがいしゃ けあふあいん 株式会社 ケアファイン
住 所 (法人にあっては 主たる事務所の所 在地)	(郵便番号 893-0022) 鹿屋市旭原町2611-6 電話番号 0994-45-6700
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)
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) かぶしがいしゃ けあふあいん 株式会社 ケアファイン
事務所の所在地	(郵便番号 893-0022) 鹿屋市旭原町2611-6 電話番号 0994-45-6700

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 31 戸
居住部分の規模	(最小) 18 m ²
	(最大) 30 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 木 造 階数 1 階建
竣工の年月	2012 年 3 月 24 日
加齢対応構造等	<input checked="" type="checkbox"/> 登録基準に適合している
	<input 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 checked="" 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	<input checked="" type="checkbox"/> 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 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 60,300 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 5,500 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	
その他	<input checked="" type="checkbox"/> 自ら <input type="checkbox"/> 委託 <input type="checkbox"/> 提供しない	約 円	詳細については、 別添 4 のとおり	
家賃の概算額	(最低) 約 24,000 円 (最高) 約 50,000 円	住戸ごとの内容は別添 3 のとおり		
共益費の概算額	(最低) 約 4,000 円 (最高) 約 5,000 円			
敷金の概算額	(最低) 約 48,000 円 (最高) 約 100,000 円	家賃の 2 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			
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 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所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>(法人にあつては 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		

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
デイサービス ぬびすさん	通所介護サービス	<input checked="" 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

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

○ ○ ○ ○

役員名簿

<small>(ふりがな)</small> 氏名	役名等
よしだよしこ 吉田良子	代表取締役
さきやまひろやす 崎山博康	取締役
さきやまこうじ 崎山晃次	取締役
さきやまたかゆき 崎山喬之	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。

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"/> 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 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 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 type="checkbox"/> 養成研修修了者	人員 人	
	<input checked="" type="checkbox"/> 介護福祉士	人員	6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	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 1 人
毎日1回以上の状況把握サービスの提供方法		4時間ごとに居室を巡回し安否確認などを行う			毎日 6 回	
		<input checked="" 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	0時 0 分 ～ 24 時 00分			
		上記以外の日	<input type="checkbox"/> 24時間			
	通報方法	緊急通報装置によりスタッフ室にコール				
	通報先	スタッフ室		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 9900 円	前払金の算定方法			
	前払金	約 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 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 60,300 円	内訳	朝食 670 円	昼食 670 円 夕食 670 円
	前払金	約 円	前払金の算定方法		
備考	濃厚流動食等健康上特別の食事が必要な場合は、協議後、費用を決定いたします。その他のミキサー食などの形態食はサービス基本料金に含まれます。				

※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"/> 入浴介護 <input 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 0 円	前払金の 算定方法		
	前払金	約 円			
備考		食事介助は食堂兼談話室での食事をする方のみサービス基本料金に含まれます。夜間(18時~7時)は月額5,500円のオムツ交換がかかります。			

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 checked="" type="checkbox"/> その他 (リネン交換、ごみ回収)			
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		洗濯代理受領と発送はサービス提供基本料金に含まれます。リネン交換、居室のごみ回収はサービス提供基本料金に含まれております。				

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 type="checkbox"/> 定期検診 <input checked="" type="checkbox"/> 通院等の付き添い <input checked="" type="checkbox"/> その他 (歯科検診、人間ドックの機会の提供 等)		
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 円			
備考		定期健診のご相談又は、健康相談、歯科検診や人間ドックの機会の提供はサービス提供基本料金に含まれ無料となっておりますが、受診料等などは自己負担になります。病院等の付き添い、送迎、役所代行は1時間1,100円その後30分を超えるごとに1,100円の料金がかかります。血圧等の測定は主治医の指示時、又は希望者のみ行いサービス提供基本料金に含まれます。			

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()		
		詳細は、添付しておりますサービス付高齢者向住宅サービス契約書別紙、「生活支援サービス一覧」参照下さい。(入院時の同行、入院時の洗濯物交換等)			
サービス提供の対価(概算額)	月額	約 <small>入院時に発生する為、算出不可。</small> 円	前払金の算定方法		
	前払金	約 円			
備考					
備考		訪問理容サービスは予約は無料で行いますが利用費は実費。入院中の洗濯代行、お見舞い同行は1時間1,100円その後は30分を超えるごとに1,100円利用料がかかります。郵便物の受け取り代行、アクティビティサービス、買い物代行(町内)はサービス提供基本料金に含まれます。買い物代行で旭原町内以外は1時間1,100円その後30分を超えるごとに1,100円利用料がかかります。			