

2025年 月 日

## 登録事項等についての説明

貸主(甲) 住所 大阪市淀川区加島4-9-20  
氏名 株式会社いーくおる 印  
代理人 住所  
氏名 印

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 なごみのいえ サービス付き高齢者向け住宅 なごみの家
所在地	(住居表示) 兵庫県尼崎市立花町2-18-11
利用交通手段	<input checked="" type="checkbox"/> 1.電車( JR神戸線 立花 駅から 徒歩 で 6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 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 平成 年 月 日から 平成 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) かぶしきがいしゃ いーくおる 株式会社いーくおる	
住 所 (法人にあつては 主たる事務所)	(郵便番号      532-0031      ) 大阪市淀川区加島4-9-20 電話番号      (06) 6302-7581	
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) さーびすつきこうれいしゃむけじゅうたく なごみのいえ サービス付き高齢者向け住宅 なごみの家	
事務所の所在地	(郵便番号      661-0025      ) 兵庫県尼崎市立花町2-18-11 電話番号      (06) 6422-3312	

事務所の名称	(ふりがな) けあせんたー なごみのいえ ケアセンター 和の家	
事務所の所在地	(郵便番号      661-0025      ) 兵庫県尼崎市立花町2-18-11 電話番号      (06) 6422-1581	

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)	18.01	m <sup>2</sup>
	(最大)	27.67	m <sup>2</sup>
構造及び設備	共同利用設備	■ あり □ なし	
	構造	鉄筋コンクリート	造
竣工の年月	1987 年	5 月	1 日
加齢対応構造等	■ 登録基準に適合している		
	■ エレベーターを備えている		
	■ 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	■ 賃貸借契約 □ 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	□ 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。 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	2025 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 0 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 42,120 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 1,650円/30分
	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 1,650円/30分
	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 3,300 円
その他	<input checked="" type="checkbox"/> 自ら <input type="checkbox"/> 委託 <input type="checkbox"/> 提供しない	約 3,300 円	詳細については、 別添 3 のとおり
家賃の概算額	(最低) 43,000 円	住戸ごとの内容は別添 2 のとおり	
	(最高) 60,000 円		
共益費の概算額	(最低) 33,000 円		
	(最高) 44,000 円		
敷金の概算額	(最低) 100,000 円	家賃の 約3 月分	
	(最高) 150,000 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。

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	(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 ( )
	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	事業所の番号	事業所の場所
ケアセンター和の家	介護予防・日常生活支援事業・訪問介護	2873005777	<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

(注) 高齢者居宅生活支援事業について、老人福祉法等関連法令に基づく事業所の指定を受けている場合にあつては、「事業所の番号」を記入すること

9. 連携及び協力先

連携又は協力先	
事業所の名称	(ふりがな) けあせんたー なごみのいえ ケアセンター 和の家
事業所の住所	(郵便番号 661-0025 ) 兵庫県尼崎市立花町2-18-11 電話番号 (06)6422-3312
連携又は協力の内容	居宅介護支援、及び予防介護を含む訪問介護事業

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

国土交通相、兵庫県、並びに尼崎市の基本方針を遵守します

-----  
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

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
サイトウヨシヒサ 斉藤嘉久	代表取締役
サイトウトミコ 斉藤登美子	取締役
サイトウイサム 斉藤勇	取締役
サイトウアヤコ 斉藤綾子	取締役

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。

## 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	収納			
1	27.67		○	○			○	1	101	¥60,000
1	18.01		○	○			○	24	202~209 302~309 402~409	¥60,000
1	19.24		○	○			○	4	201 210 301 401	¥60,000
1	18.66		○	○			○	1	211	¥43,000
1	19.22		○	○			○	1	102	¥60,000

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
浴室	4	36.71	1階に2ヶ所、2階3階に各1ヶ所	31	
食堂	4	138.95	各フロアの食堂	31	2階3階4階は台所を兼ねる
台所	4	9.68	各階	31	

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。

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	
常駐する場所		1階事務室内または2階談話室			
サービスを提供するために常駐する者	<input type="checkbox"/> 社会福祉法人の職員		職種	資格名称	人数
	<input type="checkbox"/> 自らの設置する住宅を管理する医療法人の職員		施設長兼ケアマネージャー	介護支援専門員	人
	<input type="checkbox"/> 委託を受けてサービスを提供する社会医療法人の職員		副施設長	サービス提供責任者	2人
	<input checked="" type="checkbox"/> 居宅介護サービス事業者の職員		事務員	ホームヘルパー2級以上	1人
	<input checked="" type="checkbox"/> ホームヘルパー2級以上の資格を有する者		訪問介護員	ホームヘルパー2級以上	3人
提供方法	提供日	<input checked="" type="checkbox"/> 365日対応 <input type="checkbox"/> 次の期間は緊急通報サービスによる( )			
	提供時間	<input checked="" type="checkbox"/> 24時間常駐 <input type="checkbox"/> 夜間は緊急通報サービスによる(下の日中体制の時間以外の時間帯)			
	日中体制	午前 9 時	～	午後 18 時	人員 4 人
緊急通報サービスの内容	通報方法	お客様の室内のナースコールを利用			
	通報先	1階事務室、2階談話室、館内の職員のPHS	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 0 円	前払金の		
	前払金	約 0 円	算定方法		
備考	①状況把握サービス ・毎食時の声かけ ・夜間の安否確認 ・緊急コール時は、インターフォンによる声かけを行い、未応答時には居室へ訪問し、安否の確認を実施します。 ②生活相談サービス ・日常生活でのお困り事の相談や対応 ・相談内容に応じて適切な専門機関の紹介 夜勤者以外にも通報によりかけつける体制				

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) くっくでり かぶしきがいしや クックデリ 株式会社			
	住所 (法人にあって は主たる事務 所)	(郵便番号 550-0014 ) 大阪市西区北堀江1丁目6番17号		電話番号	06-6536-2302
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"/> 次の期間を除く( )			
	内容	<input type="checkbox"/> 3食 <input checked="" 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 43,524 円	内訳	朝食 324 円	昼食 540 円 夕食 540 円
	前払金	約 0 円	前払金の 算定方法		
備考		行事での特別食とおやつ代を含みます。 外泊などで食事をキャンセルされる場合は、提供される日の3日前までにお知らせください。 連絡をいただけない場合は食費を請求させていただく場合がございます。			

※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 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 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 ※ 円	前払金の 算定方法		
	前払金	約 0 円			
備考		介護保険によるサービスが受けられない場合で、 入居者様か家族様の利用希望があった場合は1時間3,300円			

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"/> 次の期間を除く( )		
		内容	<input checked="" type="checkbox"/> 調理 <input checked="" type="checkbox"/> 洗濯 <input checked="" type="checkbox"/> 清掃 <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	0 円		
備考	介護保険によるサービスが受けられない場合で、 入居者様か家族様の利用希望があった場合は1時間3,300円				

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"/> 次の期間を除く( )		
		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 type="checkbox"/> その他 ( )		
サービス提供の 対価(概算額)	月額	約	3,300 円	前払金の 算定方法	
	前払金	約	0 円		
備考	・服薬管理 ・バイタルチェック 各月3300円 健康相談は共益費に含まれる 通院の付き添いは、介護保険によるサービスが受けられない場合で、 入居者様か家族様の利用希望があった場合は1時間3,300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 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"/> 次の期間を除く( )		
		内容	生活支援サービス		
サービス提供の 対価(概算額)		月額	約 3,300 円	前払金の 算定方法	
		前払金	約 円		
備考		金銭管理(月額3300円) ・入居者様かご家族様の利用希望があった場合に限り実施			

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"/> 次の期間を除く( )		
		内容	フロントサービス		
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		共益費に含まれます ・来客の受付、取次ぎ、不在時の伝言の預かり ・郵便物、新聞、雑誌その他配送物の受取、保管、手渡し ・鍵の管理 ・身元引受人およびご家族への連絡 ・食事の欠食受付 ・生活に必要な業者の紹介 ・申請代行			