

登録事項等についての説明書(重要事項説明書)

貸主(甲) 住所 兵庫県尼崎市 小中島2丁目17番1号
商号、名称又は氏名 株式会社ガラシアWINGS

代理人
(説明者) 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(及び老人福祉法第29条第5項)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。

事業の目的、運営の方針、サービスの提供内容に関する特色等

高齢者が日常生活を営むために必要な福祉サービスの提供を受けることができる良好な居住環境を備えた高齢者向けの賃貸住宅を提供することを目的とする。

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) どむす がらしあ ドムス ガラシア
所在地	(住居表示※) 兵庫県尼崎市小中島2丁目17番1号
利用交通手段	■ 1. 電車 (阪急神戸線 園田 駅から 徒歩 で 10 分) ■ 2. その他 (阪神、JR尼崎駅より阪神バス11番阪急園田駅行き乗車、「小中島」下車すぐ。阪急園田駅より阪神バス11番、阪神尼崎駅行き、「小中島」下車すぐ)
住宅に関する 権原	■ 1. 所有権 □ 2. 賃借権 □ 3. 使用貸借による権利 期間 2020 年 9 月 1 日から 年 月 日まで
施設に関する 権原	■ 1. 所有権 □ 2. 賃借権 □ 3. 使用貸借による権利 期間 2020 年 9 月 1 日から 年 月 日まで
敷地に関する 権原	□ 1. 所有権 □ 2. 地上権 ■ 3. 賃借権 □ 4. 使用貸借による権利 期間 2019 年 6 月 1 日から 2044 年 9 月 30 日まで

※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	■ 法人 □ 個人	
商号、名称 又は氏名	(ふりがな) かぶしきがいしゃ がらしあういんぐず 株式会社ガラシアWINGS	
住所 (法人にあっては主 たる事務所の所在 地)	(郵便番号 661-0972) 兵庫県尼崎市小中島2丁目17番1号 電話番号 06-4960-8020	
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)	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
	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) かぶしきがいしゃがらしあういんぐす 株式会社ガランシアWINGS		
事務所の所在地	(郵便番号 661-0972) 兵庫県尼崎市小中島2丁目17番1号	電話番号	06-4960-8020

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	73 戸	入居定員	76 人
居住部分の規模	(最小)	18.24 m ²	詳細については、別添3のとおり	
	(最大)	37.63 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	階数	
	構造	鉄筋コンクリート 造		
竣工の年月	2020 年 8 月 17 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市長が認める者)(「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。)		
入居対象者	<input checked="" type="checkbox"/> 自立している者 <input checked="" type="checkbox"/> 要支援の者 <input checked="" type="checkbox"/> 要介護の者		
留意事項	下記の状態にある方の入居に当たっては相談に応じます。(気管切開、経管栄養、中心静脈栄養、MRSA、認知症による行動障害)		
入居契約の内容	別添入居契約書のとおり		
契約の解除の内容	貸主から解約を求める場合	解約条項	下記の契約義務違反の場合。使用目的、賃料支払い義務、共益費支払い義務、状況把握・生活相談サービス料金支払義務、入居者の責めに帰すべき事由により必要となった修繕に要する費用支払義務、反社会勢力申告義務
		解約予告期間	30日
	入居者からの解約予告期間	30日	

※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

高齢者生活支援サービス	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4のとおり 特定施設入居者生活介護等の提供を受ける場合の費用は、次ページのとおりに
	状況把握・生活相談	<input checked="" type="checkbox"/> 自ら <input type="checkbox"/> 委託	約 30,000 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 52,650 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 9,600 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 6,000 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 7,200 円		
	その他	<input type="checkbox"/> 自ら <input type="checkbox"/> 委託 <input type="checkbox"/> 提供しない	約 円	
家賃の概算額	(最低) 約 80,000 円	住戸ごとの内容は、別添3のとおり		
	(最高) 約 140,000 円			
共益費の概算額	(最低) 約 20,000 円			
	(最高) 約 30,000 円			
敷金の概算額	(最低) 約 240,000 円	家賃の 3.0 月分		
	(最高) 約 420,000 円			
入院等による不在時における家賃等の費用の取扱い	契約を継続し居室を利用し、私物残置の場合、家賃、共益費は発生するが、管理料は日割り計算とする。			
家賃等の費用の改定	条件	租税その他の負担の増減、土地又は建物の価格の上昇又は低下その他の経済事情の変動により賃料が不相当となった場合		
	手続	事前に契約者に説明し、同意を得て実施する。		
前払金※有無	<input type="checkbox"/> あり [<input type="checkbox"/> 前払方式のみ <input type="checkbox"/> 前払方式と月払方式を選択可] <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		
前払金を支払った場合の月々の家賃概算額	(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	入居後3箇月以内の契約解除等			
	入居後3箇月を超えた契約解除等			
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所、地域密着型特定施設入居者生活介護事業所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。
 なお、ここでいう「前払方式」には一部を前払いし、一部を月払いする支払方式(併用方式)を含む。

特定施設入居者生活介護等の費用の目安(該当する場合のみ)					
特定施設入居者生活介護等の月額費用(介護保険給付対象分、1箇月30日の場合)(※)	要支援1	利用者負担(1割)	利用者負担(2割)	利用者負担(3割)	
	要支援2	円	円	円	
	要介護1	円	円	円	
	要介護2	円	円	円	
	要介護3	円	円	円	
	要介護4	円	円	円	
	要介護5	円	円	円	
詳細については、別添5のとおり					
特定施設入居者生活介護等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	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし		生活機能向上連携加算	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
	個別機能訓練加算	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし		夜間看護体制加算	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
	若年性認知症入居者受入加算	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし		医療機関連携加算	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
	口腔衛生管理体制加算	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし		栄養スクリーニング加算	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
	退院・退所時連携加算	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし		看取り介護加算	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
	認知症専門ケア加算	<input type="checkbox"/> あり [<input type="checkbox"/> (I) <input type="checkbox"/> (II)]			<input type="checkbox"/> なし
	サービス提供体制強化加算	<input type="checkbox"/> あり [<input type="checkbox"/> (I)イ <input type="checkbox"/> (I)ロ <input type="checkbox"/> (II) <input type="checkbox"/> (III)]			<input type="checkbox"/> なし
	介護職員処遇改善加算	<input type="checkbox"/> あり [<input type="checkbox"/> (I) <input type="checkbox"/> (II) <input type="checkbox"/> (III) <input type="checkbox"/> (IV) <input type="checkbox"/> (V)]			<input type="checkbox"/> なし
人員配置が手厚い介護サービスの実施の有無	<input type="checkbox"/> あり		介護・看護職員の配置率 上乘せ介護費(月額) 円	<input type="checkbox"/> なし	
利用者の個別選択によるサービスの費用	別添4のとおり				

※ 月額費用には、若年性認知症入居者受入加算、栄養スクリーニング加算、退院・退所時連携加算、看取り介護加算を含まない金額を記載する。

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
通所介護ガラシアウイングス	通所介護	<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
訪問介護ガラシアウイングス	訪問介護	<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
居宅介護支援ガラシアウイングス	居宅介護支援	<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
ガラシア園田クリニック	医療	<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
訪問看護ステーションガラシアウイングス	訪問看護	<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

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)

協力医療機関	
医療機関の名称	(ふりがな) がらしあそのだくりにつく ガラシア園田クリニック
医療機関の所在地	(郵便番号 661-0972) 尼崎市小中島2丁目17番1号 電話番号 06-4960-3800
診療科目	内科、リハビリ科、在宅総合診療科
連携又は協力の内容	往診
医療機関の名称	(ふりがな)
医療機関の所在地	(郵便番号) 電話番号
診療科目	
連携又は協力の内容	
協力歯科医療機関	
歯科医療機関の名称	(ふりがな) ますだしかいじん 増田歯科医院
歯科医療機関の所在地	(郵便番号 556-0013) 大阪市浪速区戎本町1-9-22、グレースカーサM1F 電話番号 06-6492-1233
連携又は協力の内容	訪問歯科診療
その他の連携又は協力の相手方(自らが運営する併設施設でない事業所を含む。)	
事業所の名称	(ふりがな) ろんぐめでいかるかぶしかいしゃ つかぐちいっちょうめやつきよく ロングメディカル株式会社 塚口一丁目薬局
事業所の所在地	(郵便番号 661-0002) 尼崎市塚口町1丁目22-18 電話番号 06-6415-9611
連携又は協力の内容	認定薬剤師による居宅療養管理指導(訪問薬剤指導)

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

高齢者が自立して生活できる環境を提供するために身体機能の低下に対応できるバリアフリーの住宅性能を持ち、安否確認や生活相談、介護や医療を含む高齢者生活支援サービスが一体となった施設を提供することは「高齢者居住安定確保計画」の趣旨に合致する

11.その他事業運営状況(有料老人ホームに該当するサービス付き高齢者向け住宅である場合に作成)

体験入居	<input checked="" type="checkbox"/> あり 内容() <input type="checkbox"/> なし				
居住部分(住戸)の変更に関する事項※ ※住み替えを行っていない場合は、記入不要	入居後に居住部分の変更をお願いする場合	<input type="checkbox"/> 一時介護室へ移る場合 <input type="checkbox"/> 介護居室へ移る場合 <input type="checkbox"/> その他 内容()			
	変更をお願いする判断基準の内容				
	変更をお願いする手続の内容				
	居住部分を利用する権利の取扱い				
	追加的費用の有無	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし			
	前払金償却の調整の有無	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし			
	従前の居住部分から面積又は仕様が変更になる場合	面積の変更	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	台所の変更	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
		便所の変更	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	収納の変更	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
洗面の変更		<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	その他の変更	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	
浴室の変更		<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	内容()		
職員体制	別添6のとおり				
入居者からの苦情に対する窓口等の状況	窓口の名称	ドムスガラシア「苦情受付窓口」			
	電話番号	06-4960-8020			
	対応している時間	平日	09:00～17:00		
		土曜日	無		
		日曜・祝日	無		
定休日	土曜、日曜、祝日、祭日、12月30日～1月3日				
緊急時等における対応方法	体調の急変等医療が必要になったときの対応	利用者が希望する在宅主治医への連絡、訪問看護ステーション連絡、又はかかりつけ総合病院が受け付ける場合は救急車の派遣要請を行う			
	緊急やむを得ず身体的拘束を行う際の手続	事前に、身元保証人に同意を求める。			
	事故発生時の対応	事故発生時には、緊急処置を施し、隣接するクリニックからの緊急診療、在宅主治医に連絡し、指示を仰ぐ。平行して身元保証人に連絡する。事後、行政への報告を行う			
	事故に関する緊急時対応マニュアルの有無	<input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし			
	損害賠償責任保険の加入状況	<input checked="" type="checkbox"/> あり 内容(介護保険・社会事業者総合保険2020年8月17日～) <input type="checkbox"/> なし			
防火体制	耐火構造	<input checked="" type="checkbox"/> 耐火建築物 <input type="checkbox"/> 準耐火建築物 <input type="checkbox"/> その他()			
	消火器	<input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	防火管理者	<input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	
	自動火災報知設備	<input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	消防計画	<input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	
	火災通報設備	<input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	避難訓練	<input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	
	スプリンクラー	<input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	(年 2 回実施)		

アンケート調査、意見箱等入居者の意見等を把握する取組の状況		<input checked="" type="checkbox"/> あり 実施日(1か月に1回) 結果の開示 <input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> なし						
運営懇談会		<input checked="" type="checkbox"/> あり 開催頻度(年2回) 構成員(入居者代表、家族代表) <input type="checkbox"/> なし						
第三者による評価の実施状況		<input type="checkbox"/> あり 実施日() 結果の開示 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし 評価機関名() <input checked="" type="checkbox"/> なし						
入居希望者への事前の情報開示	入居契約書の雛形	<input type="checkbox"/> 希望者に公開 <input checked="" type="checkbox"/> 希望者に配布 <input type="checkbox"/> 非公開 <input type="checkbox"/> 未作成						
	管理規程	<input type="checkbox"/> 希望者に公開 <input checked="" type="checkbox"/> 希望者に配布 <input type="checkbox"/> 非公開 <input type="checkbox"/> 未作成						
	事業収支計画書	<input type="checkbox"/> 希望者に公開 <input type="checkbox"/> 希望者に配布 <input checked="" type="checkbox"/> 非公開 <input type="checkbox"/> 未作成						
	財務諸表の要旨	<input type="checkbox"/> 希望者に公開 <input checked="" type="checkbox"/> 希望者に配布 <input type="checkbox"/> 非公開 <input type="checkbox"/> 未作成						
	財務諸表の原本	<input type="checkbox"/> 希望者に公開 <input checked="" type="checkbox"/> 希望者に配布 <input type="checkbox"/> 非公開 <input type="checkbox"/> 未作成						
入居者の状況	(記入日: 令和7年7月1日現在)		登録戸数(a)	73戸	入居戸数(b)	73戸	入居率(b/a)	100.0%
			入居定員(c)	76人	入居者数(d)	73人	充足率(d/c)	96.1%
	入居者の内訳	性別	男性	8人	女性	65人		
		年齢別	～59歳	0人	60～64歳	2人	65～74歳	0人
			75～84歳	14人	85歳～	57人	平均年齢	88.8歳
		要介護等状態区分別	自立	11人	要支援1	9人	要支援2	9人
			要介護1	14人	要介護2	8人	要介護3	12人
	要介護4		9人	要介護5	1人			
	入居期間別	6箇月未満	4人	6箇月以上1年未満	10人	1年以上5年未満	59人	
		5年以上10年未満	0人	10年以上15年未満	0人	15年以上	0人	
前年度における退去者の状況	退去先別の人数		自宅	1人	社会福祉施設等	0人	医療機関	0人
			死亡	6人	その他	0人	合計	7人
	生前解約の状況	事業者側からの申し出	0人	解約事由の例				
		入居者側からの申し出	0人	解約事由の例				

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(及び老人福祉法第29条第5項)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

別添1

役員名簿

(登録申請者が法人である場合に作成)

(ふりがな) 氏名	役名等
さかい としひろ 酒井 俊弘	取締役
まつもと のぶよし 松本 信愛	取締役
たかばたけ まさゆき 高島 政行	取締役
たかはし ゆみこ 高橋 由美子	取締役
いしまる しんじ 石丸 伸司	取締役
はまぐち かずのり 濱口 一則	代表取締役
てらにし ひとみ 寺西 ひとみ	監査役

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3

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※1

住棟番号	専用部分の 床面積 (㎡)	構造及び設備※2						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	19.95	×	○	○	×	×	○	6	201,214,301,314,401,414号室	80,000
1	18.24	×	○	○	×	×	○	18	202~204,211~213,302~ 304,311~313,402~404,411~ 413号室	80,000
1	19.95	×	○	○	×	×	○	6	205,220,305,320,405,420号室	85,000
1	18.24	×	○	○	×	×	○	30	206~210,215~219,306~ 310,315~319,406~410,415~ 419号室	85,000
1	35.92	○	○	○	○	○	○	2	511,512号室	140,000
1	37.63	○	○	○	○	○	○	1	513号室	140,000
1	19.95	×	○	○	×	×	○	1	501号室	90,000
1	19.95	×	○	○	×	×	○	1	505号室	95,000
1	18.24	×	○	○	×	×	○	3	502~504号室	90,000
1	18.24	×	○	○	×	×	○	5	506~510号室	95,000

※1:住戸の規模並びに構造及び設備のタイプ別にまとめて記載すること。

※2:構造及び設備欄の『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
居間兼食堂	4	223.44	各階中央南側	73	台所付き
浴室	4	41.09	各階中央北側	70	
シャワー室	4	10.88	各階中央北側	70	
収納設備	4	14.24	各階中央南側(居間食堂部)	73	物入
洗濯室	4	32.40	各階中央北側	73	
集会室	1	124.35	2、3階中央北側	73	
台所	4	40.72	各階中央北側	70	

※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。

3. 専用部分及び共同利用設備等の利用に当たっての留意事項

施設専用の庭有り。入居者用駐車場、駐輪場、外部物置は無し。

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 (法人にあつては 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 checked="" type="checkbox"/> 社会福祉士	人員 1人
	<input checked="" type="checkbox"/> 看護師	人員	1人	<input type="checkbox"/> 介護支援専門員	人員 0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	1人	<input checked="" type="checkbox"/> 上記以外の職員	人員 2人
			合計		人員 5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	0時	0分	～	24時 0分
	上記以外の時間	時	分	～	時 分
毎日1回以上の状況把握サービスの提供方法	非接触型見守りセンサーシステムのよりバイタル異常、転倒危険性を把握し、定期訪問する				毎日 1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つた場合は、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 0分		
		上記以外の日	<input type="checkbox"/> 24時間		
	通報方法	ナースコール、バイタルセンサーの異常感知で管理者、宿直者へ発報システム			
	通報先	事務所および管理者、夜勤宿直者、サービス担当者の携帯電話	通報先から住宅までの到着予定時間	2分	
サービス提供の対価(概算額)	月額※	約 30,000円	前払金の		
	前払金	約 円	算定方法		
備考	居室、共用部分に設置される非接触型センサーを使った見守りシステムによりバイタル異常、転倒を検知した場合は夜勤宿直者、担当者のピッチに繋がりを、駆けつけます。また、ナースコール式緊急呼び出しボタンで呼び出された場合も同様に対応します。(24時間対応)				

※: 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) あさだきゅうしょくかぶしきかいしゃ 浅田給食株式会社	
	住所 (法人にあっては 主たる事務所の 所在地)	(郵便番号 581-0052) 大阪府八尾市竹濠1丁目222-3 電話番号 06-6709-7468	
	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) 兵庫県尼崎市小中島2丁目17番1号 電話番号 080-8530-6054	
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 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 52,650 円	内訳 朝食 505 円 昼食 605 円 夕食 645 円
	前払金	約 0 円	前払金の 算定方法
備考	(一食も食べない月があっても給食体制維持のための基本料金20,000を含む<消費税別>) 食材料費、物価、エネルギー価格高騰の影響を受けて、委託業者からの値上げ要請をやむなしと認め、食事代に含まれる食材料費のみ朝食25円、昼食25円、夕食25円の値上げをお願いする		

※: 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 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※1	約	9,600	円	前払金の 算定方法
	前払金	約		円	
月額のうち定額部分の料 金(特定施設入居者生活 介護費を除く)					
サービスの種別	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※ 2)	個別の利用料で実施するサービス(利用者が全額負担※3)			提供回数等
食事介助	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 包含 <input checked="" type="checkbox"/> 都度	600	円 / 15分	
排せつ介助・ おむつ交換	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 包含 <input checked="" type="checkbox"/> 都度	600	円 / 15分	
おむつ代		<input checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 包含 <input type="checkbox"/> 都度		円 /	
入浴(一般浴) 介助・清拭	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 包含 <input type="checkbox"/> 都度		円 /	
特浴介助	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 包含 <input type="checkbox"/> 都度		円 /	
身辺介助(移動・ 着替え等)	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 包含 <input checked="" type="checkbox"/> 都度	600	円 / 15分	
機能訓練	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 包含 <input type="checkbox"/> 都度		円 /	
	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 包含 <input type="checkbox"/> 都度		円 /	
備考	介護保険サービスで対応しきれない場合;例;(30分÷15分)×600円×8回使用/月=9,600円(税込)				

※1: 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: 利用者の所得等に応じて負担割合が変わる(1割または2割の利用者負担)。

※3: 「あり」をチェックしたときには、各種サービス費用が月額の定額部分の料金に含まれる場合と、サービス利用の都度払いによる場合に応じてチェックを入れるとともに、都度払い料金を徴収単位を明確にして記入する。

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 checked="" type="checkbox"/> 掃除 <input checked="" type="checkbox"/> その他 (リネン交換、居室配膳・下膳、買物代行、役所手続き代行)			
サービス提供の 対価(概算額)	月額※1	約	6,000	円	前払金の 算定方法
	前払金	約		円	
月額のうち定額部分の 料金(特定施設入居者 生活介護費を除く)					
サービスの種別	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※2)	個別の利用料で実施するサービス(利用者が全額負担※3)			提供回数等
調理	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 包含 <input type="checkbox"/> 都度	円 /		
日常の洗濯	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 包含 <input checked="" type="checkbox"/> 都度	600	円 / 15分	
居室清掃	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 包含 <input checked="" type="checkbox"/> 都度	600	円 / 15分	
リネン交換	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 包含 <input checked="" type="checkbox"/> 都度	600	円 / 15分	
居室配膳・下膳	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 包含 <input checked="" type="checkbox"/> 都度	600	円 / 15分	
買物代行※4	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 包含 <input checked="" type="checkbox"/> 都度	600	円 / 15分	
役所手続き代行	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 包含 <input checked="" type="checkbox"/> 都度	600	円 / 15分	
	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 包含 <input type="checkbox"/> 都度	円 /		
備考	介護保険サービスで対応しきれない家事について支援を行う。買物代行は施設近隣に限る。サービス対価概算額の算定根拠、例;(30分÷15分)×600円×5回使用/月=6,000円(税込)				

※1: 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: 利用者の所得等に応じて負担割合が変わる(1割または2割の利用者負担)。

※3: 「あり」をチェックしたときには、各種サービス費用が月額の定額部分の料金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チェックを入れるとともに、都度払い料金を徴収単位を明確にして記入する。

※4: 備考欄に利用できる範囲を記入する。

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 (原則、平日)			
	内容	<input type="checkbox"/> 健康相談 <input 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※1	約	7,200 円	前払金の 算定方法	
	前払金	約	0 円		
月額のうち定額部分の 料金(特定施設入居者 生活介護費を除く)					
サービスの種別	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※2)	個別の利用料で実施するサービス(利用者が全額負担※3)			提供回数等
健康相談	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 包含 <input type="checkbox"/> 都度	円 /		
血圧等の測定	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 包含 <input type="checkbox"/> 都度	円 /		
定期検診	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 包含 <input type="checkbox"/> 都度	円 /		
通院の 付き添い※4	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 包含 <input checked="" type="checkbox"/> 都度	600 円 / 15分		
入退院の 付き添い※4	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 包含 <input checked="" type="checkbox"/> 都度	600 円 / 15分		
服薬支援	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 包含 <input type="checkbox"/> 都度	円 /		
生活指導・ 栄養指導	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 包含 <input type="checkbox"/> 都度	円 /		
定期健康診断		<input checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 包含 <input type="checkbox"/> 都度	円 /		
	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 包含 <input type="checkbox"/> 都度	円 /		
備考	介護保険サービスで対応しきれない通院の付き添い等については尼崎市近郊の医療機関を範囲とする。算定根拠、15分600円(税込)の自費サービス(例)通院同行3時間(180分)使用の場合、(180分÷15分)×600円=7,200円(税込)				

※1: 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: 利用者の所得等に応じて負担割合が変わる(1割または2割の利用者負担)。

※3: 「あり」をチェックしたときには、各種サービス費用が月額の定額部分の料金に含まれる場合と、サービス利用の都度払いによる場合に応じてチェックを入れるとともに、都度払い料金を徴収単位を明確にして記入する。

※4: 備考欄に付き添いの範囲を記入する。

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 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※1	約	円	前払金の	
	前払金	約	円	算定方法	
月額のうち定額部分の料 金(特定施設入居者生活 介護費を除く)					
サービスの種別	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※ 2)	個別の利用料で実施するサービス(利用者が全額負担※3)			提供回数等
	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> 包含 <input type="checkbox"/> 都度	円 /	
	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> 包含 <input type="checkbox"/> 都度	円 /	
	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> 包含 <input type="checkbox"/> 都度	円 /	
	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> 包含 <input type="checkbox"/> 都度	円 /	
	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> 包含 <input type="checkbox"/> 都度	円 /	
備考					

※1: 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: 利用者の所得等に応じて負担割合が変わる(1割または2割の利用者負担)。

※3: 「あり」をチェックしたときには、各種サービス費用が月額の定額部分の料金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チェックを入れるとともに、都度払い料金を徴収単位を明確にして記入する。

職員体制

(有料老人ホームに該当するサービス付き高齢者向け住宅である場合に作成、
同一法人が運営する他の事業所の職員については記載不要)

1. 職種別の職員数

	職員数(実人数)※1		常勤換算人数 ※1※2※3	兼務している職種及び人数	
	合計	常勤			非常勤
管理者		1	1	1.2	生活相談員、通所介護管理
状況把握及び生活相談サービスを提供する職員(生活相談員)		1		1.5	事務
直接処遇職員					
介護職員		7	2	4.8	訪問介護兼任夜間見守り
看護職員			1	0.2	訪問看護兼任
機能訓練指導員					
計画作成担当者					
栄養士			1	0.1	業務委託先から出向
調理員					
事務員		1		0.5	生活相談員
その他職員			2	0.3	清掃担当
1週間のうち、常勤の従業者が勤務すべき時間数※3					

※1:業務を委託する場合、委託先の職員についても記載。

※2: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。

※3: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。

2. 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	2
実務者研修修了者		
初任者研修修了者		
介護支援専門員		

3. 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		
言語療法士		
柔道整復士		
あん摩マッサージ指圧師		

4. 夜勤を行う職員の人数

夜勤帯の設定時間	16時 00分 ~ 9時 00分		
	平均人数	最少時人数(休憩者等を除く)	兼務している職種及び人数
状況把握及び生活相談サービスを提供する職員(生活相談員)	1	1	訪問介護兼務9人
看護職員			
介護職員	2		

5. 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等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※	<input type="checkbox"/> 1.5:1以上 <input type="checkbox"/> 2:1以上 <input type="checkbox"/> 2.5:1以上 <input type="checkbox"/> 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)	:
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	ホームの職員数	
	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	

※: 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

6. 職員の状況

管理者	他の職務との兼務	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし				
	業務に係る資格	<input type="checkbox"/> あり	資格の名称			
		<input type="checkbox"/> なし				
区分	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						
1年未満の者の人数						
1年以上3年未満の者の人数						
3年以上5年未満の者の人数						
5年以上10年未満の者の人数						
10年以上の者の人数						
区分	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						
1年未満の者の人数						
1年以上3年未満の者の人数						
3年以上5年未満の者の人数						
5年以上10年未満の者の人数						
10年以上の者の人数						
職員の健康診断の実施状況	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし					