

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 大阪市港区夕風2-16-9 ABMポートビル4階
 商号、名称又は氏名 株式会社ユアサイド
 代表取締役 柿本 吉雄 印

代理人 住所
 (説明者) 商号、名称又は氏名 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(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

地域における高齢者向けの住まいとしての役割を果たしていきます。
 協力医療機関とも連携し、専門職による自立支援のサポートを行います。

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) ゆあさいど あまがさき ユアサイド尼崎
所在地	(住居表示※) 尼崎市大庄川田町1-2
利用交通手段	■ 1. 電車 (阪神本線 尼崎センタープール前駅から 徒歩で 16分) □ 2. その他 ()
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 2014年3月1日から 2064年2月28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 平成 年 月 日から 平成 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 2014年3月1日から 2064年2月28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) かぶしきがいしや ゆあさいど 株式会社ユアサイド	
住所 (法人にあつては主たる事務所の所在地)	(郵便番号 552-0004) 大阪市港区夕風2-16-9 ABMポートビル4階 電話番号 06-6572-2127	
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) かぶしがいしや ゆあさいど 株式会社ユアサイド
事務所の所在地	(郵便番号 552-0004) 大阪市港区夕風2-16-9 ABMポートビル4階 電話番号 06-6572-2127

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	20 戸	入居定員	20 人
居住部分の規模	(最小)	18.30 m ²	詳細については、別添3のとおり	
	(最大)	18.60 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	S	造	階数
竣工の年月	2014 年 2 月 10 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	<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 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	医療的処置が必要な方については、主治医と相談の上、決定いたします。	
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	入居契約書第11条
		解約予告期間	6ヵ月
	入居者からの解約予告期間	1ヵ月	

※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)		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は費用は、次ページのとおり
	状況把握・生活相談	■ 自ら □ 委託	約	3,000 円	
高齢者生活支援サービス	食事の提供	■ 自ら □ 委託 □ 提供しない	約	43,200 円	
	入浴等の介護	□ 自ら □ 委託 ■ 提供しない	約	円	
	調理等の家事	□ 自ら □ 委託 ■ 提供しない	約	円	
	健康の維持増進	□ 自ら □ 委託 ■ 提供しない	約	円	
	その他	□ 自ら □ 委託 ■ 提供しない	約	円	
家賃の概算額	(最低) 約	42,500 円	住戸ごとの内容は、別添3のとおり		
	(最高) 約	42,500 円			
共益費の概算額	(最低) 約	17,300 円			
	(最高) 約	17,300 円			
敷金の概算額	(最低) 約	150,000 円	家賃の	3.5 月分	
	(最高) 約	150,000 円			
入院等による不在時における家賃等の費用の取扱い	入院等の不在時も入居契約は継続し、家賃・共益費をお支払いいただきます。食費は利用実績により日割り計算を行い、お支払いいただきます。				
家賃等の費用の改定	条件	土地建物価格や物価の変動、人件費の上昇等により、改定する場合があります。			
	手続	個別に訪問し、説明の上、変更合意書を締結します。			
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 checked="" 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3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) (※)	利用者負担(1割)	利用者負担(2割)	利用者負担(3割)	詳細については、別添5のとおり	
	要支援1	円	円		円
	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		
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 上乗せ介護費(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
ヘルパーステーションユアサイド尼崎	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 <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)

協力医療機関	
医療機関の名称	(ふりがな) きたむらくりにっく 北村クリニック
医療機関の所在地	(郵便番号 661-0002) 尼崎市塚口町6-20-13 電話番号 06-6426-8080
診療科目	内科
連携又は協力の内容	内科の訪問診療、その他健康相談
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) くるみしか くるみ歯科
歯科医療機関の所在地	(郵便番号 661-0025) 尼崎市立花町4-16-30 渡部ハイツ103 電話番号 06-6438-5255
連携又は協力の内容	歯科の訪問診療
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)
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

<p>基本方針及び県の高齢者居住安定確保計画に沿って適切に運営します。</p>

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 type="checkbox"/> あり 内容() <input checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> その他 内容()		
	変更をお願いする判断基準の内容	心身の状況を鑑みて総合的に判断する。		
	変更をお願いする手続の内容	変更合意書の締結。		
	居住部分を利用する権利の取扱い	住み替え後の居室に移行		
	追加的費用の有無	<input type="checkbox"/> あり <input checked="" type="checkbox"/> なし		
	前払金償却の調整の有無	<input type="checkbox"/> あり <input checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	台所の変更
便所の変更		<input type="checkbox"/> あり <input checked="" type="checkbox"/> なし	収納の変更	<input type="checkbox"/> あり <input checked="" type="checkbox"/> なし
洗面の変更		<input type="checkbox"/> あり <input checked="" type="checkbox"/> なし	その他の変更	<input type="checkbox"/> あり <input checked="" type="checkbox"/> なし
浴室の変更		<input type="checkbox"/> あり <input checked="" 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	ユアサイド尼崎		
	電話番号	660-0072		
	対応している時間	平日	9:00~18:00	
		土曜日	9:00~18:00	
		日曜・祝日	9:00~18:00	
定休日	なし			
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	24時間各住戸のベッドサイド、トイレ、に設置してあるナースコールを押していただければ事務室及び住宅職員が携帯しているPHSにて通報を受信の上、住宅職員が駆けつけ、必要に応じ救急車の手配、家族への連絡を行います。		
	緊急やむを得ず身体的拘束を行う際の手続	身体拘束は原則禁止としており、三原則(切迫性・非代替性・一時性)に照らし、緊急やむを得ず身体拘束を行う場合、入居者の身体状況に応じて、その方法、期間(最長で1カ月)を定め、それらを含む入居者の状況、行う理由を記録します。また、家族等へ説明を行い、同意書をいただきます。継続して行う場合は経過を記録し、概ね1カ月ごとに同意書をいただきます。		
	事故発生時の対応	万一事故が発生し、利用者の生命・身体等に損害が生じた場合は、速やかに必要な対応及び措置(救急車の手配、家族への連絡等)を行います。また、速やかに事故原因の調査及び再発防止のための取組を実施します。		
	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(AIC損害保険㈱の施設賠償責任保険) <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 1 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 type="checkbox"/> あり 実施日() 結果の開示 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> なし						
運営懇談会		<input type="checkbox"/> あり 開催頻度() 構成員() <input checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> 希望者に公開 <input 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 checked="" type="checkbox"/> 希望者に公開 <input 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 type="checkbox"/> 非公開 <input checked="" type="checkbox"/> 未作成						
	財務諸表の要旨	<input type="checkbox"/> 希望者に公開 <input type="checkbox"/> 希望者に配布 <input type="checkbox"/> 非公開 <input checked="" type="checkbox"/> 未作成						
	財務諸表の原本	<input type="checkbox"/> 希望者に公開 <input type="checkbox"/> 希望者に配布 <input type="checkbox"/> 非公開 <input checked="" type="checkbox"/> 未作成						
入居者の状況	記入日:令和 1年 11月 1日現在)	登録戸数(a)	20戸	入居戸数(b)	17戸	入居率(b/a)	85.0%	
		入居定員(c)	20人	入居者数(d)	17人	充足率(d/c)	85.0%	
	性別	男性	10人	女性	7人			
		年齢別	~59歳	0人	60~64歳	1人	65~74歳	2人
	要介護等状態区分別	75~84歳	10人	85歳~	4人	平均年齢	80.0歳	
		自立	0人	要支援1	0人	要支援2	0人	
		要介護1	2人	要介護2	3人	要介護3	4人	
	入居期間別	要介護4	3人	要介護5	5人			
		6箇月未満	2人	6箇月以上1年未満	1人	1年以上5年未満	14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	0人	社会福祉施設等	1人	医療機関	0人
			死亡	2人	その他	0人	合計	3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	3人	解約事由の例	入院後、ご逝去された(2名)・入院後、病状悪化され施設に戻れなくなった(1名)			

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	18.60	×	○	○	×	×	○	7	101,301,302,401,402,501,502	42,500
1	18.30	×	○	○	×	×	○	13	201,303,305,306,307,403,405,406,407,503,505,506,507	42,500

※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
浴室	2	38.27	1階	20	
台所	5	15.12	1~5階に各1箇所	20	
食堂	1	77.16	2階	20	
トイレ	2	7.15	1, 2階	20	

※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

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 checked="" 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 type="checkbox"/> 養成研修修了者	人員	人		
	<input type="checkbox"/> 介護福祉士	人員	人	<input checked="" type="checkbox"/> 上記以外の職員	人員	1人		
			合 計		人員	1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 <input type="checkbox"/> (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	0分	～	18時	0分	人員	1人
	日中以外の時間	18時	0分	～	9時	0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	毎日1回以上、定期的に常勤職員による巡回により、入居者の状況把握を行う。 <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)							
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	緊急通報装置(ナースコール)						
	通報先	1階事務室		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	3,000円	前払金の				
	前払金	約	0円	算定方法				
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)		同上 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 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 type="checkbox"/> 厨房で調理 <input checked="" 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 43,200 円	内訳	朝食 410 円 昼食 515 円 夕食 515 円	
	前払金	約 0 円	前払金の 算定方法		
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。

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 (法人にあつては主たる事務所の所在地)	(郵便番号)	電話番号	
	住所 (法人にあつ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※1	約	円	
	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)		前払金の算定方法		
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 type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> 包含 <input type="checkbox"/> 都度	円 /
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 type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> 包含 <input type="checkbox"/> 都度	円 /
おむつ代		<input 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 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 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 type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> 包含 <input type="checkbox"/> 都度	円 /
機能訓練	<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。

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 上たる事務所の 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※1	約	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 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 type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> 包含 <input type="checkbox"/> 都度	円 /	
居室清掃	<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 /	
リネン交換	<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 /	
居室配膳・下膳	<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 /	
買物代行※4	<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 /	
役所手続き代行	<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。

※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 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"/> 健康相談 <input 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※1	約	円
	前払金	約	円
		前払金の 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)	
健康相談	<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 /
血圧等の測定	<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 /
定期検診	<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 /
通院の 付き添い※4	<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 /
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 type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> 包含 <input type="checkbox"/> 都度 円 /
服薬支援	<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 /
生活指導・ 栄養指導	<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 /
定期健康診断		<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。

※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 <small>(法人にあっては注したる事務所の所在地)</small>	(郵便番号)	電話番号
	住所 <small>(法人にあっては本業務に係る事業所の所在地)</small>	(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	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)		前払金の算定方法	
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。

