

## 重要事項説明書

記入年月日	令和 年 月 日
記入者名	
所属・職名	

※ 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

種類	個人/法人	
	※法人の場合、その種類	
名称	(ふりがな)	
主たる事務所の所在地	〒	
連絡先	電話番号	
	FAX番号	
	ホームページアドレス	http://
代表者	氏名	
	職名	
設立年月日	昭和・平成 年 月 日	
主な実施事業	※別添1（別に実施する介護サービス一覧表）	

### 2. 有料老人ホーム事業の概要

（住まいの概要）

名称	(ふりがな)	

所在地	〒		
主な利用交通手段	最寄駅	駅	
	交通手段と所要時間	例：①バス利用の場合 ・〇〇バスで乗車〇分、△△停留所で下車、徒歩〇分 ②自動車利用の場合 ・乗車〇分	
連絡先	電話番号		
	FAX番号		
	ホームページアドレス	http://	
管理者	氏名		
	職名		
建物の竣工日		昭和・平成	年 月 日
有料老人ホーム事業の開始日		昭和・平成	年 月 日

(類型) 【表示事項】

1 介護付（一般型特定施設入居者生活介護を提供する場合）		
2 介護付（外部サービス利用型特定施設入居者生活介護を提供する場合）		
3 住宅型		
4 健康型		
1又は2に 該当する場 合	介護保険事業者番号	
	指定した自治体名	
	事業所の指定日	平成 年 月 日
	指定の更新日（直近）	平成 年 月 日

3. 建物概要

土地	敷地面積			m <sup>2</sup>
	所有関係	1 事業者が自ら所有する土地		
		2 事業者が賃借する土地		
		抵当権の有無	1 あり	2 なし
		契約期間	1 あり ( 年 月 日 ~ 年 月 日 ) 2 なし	
	契約の自動更新	1 あり	2 なし	
建物	延床面積	全体		m <sup>2</sup>
		うち、老人ホーム部分		m <sup>2</sup>

	耐火構造	1 耐火建築物 2 準耐火建築物 3 その他( )				
	構造	1 鉄筋コンクリート造 2 鉄骨造 3 木造 4 その他( )				
	所有関係	1 事業者が自ら所有する建物				
		2 事業者が賃借する建物				
抵当権の設定		1 あり	2 なし			
契約期間		1 あり ( 年 月 日 ~ 年 月 日 )				
		2 なし				
	契約の自動更新	1 あり	2 なし			
居室の状況	居室区分 【表示事項】	1 全室個室				
		2 相部屋あり				
		最少			人部屋	
		最大			人部屋	
		トイレ	浴室	面積	戸数・室数	区分※
	タイプ1	有/無	有/無	m <sup>2</sup>		
	タイプ2	有/無	有/無	m <sup>2</sup>		
	タイプ3	有/無	有/無	m <sup>2</sup>		
	タイプ4	有/無	有/無	m <sup>2</sup>		
	タイプ5	有/無	有/無	m <sup>2</sup>		
タイプ6	有/無	有/無	m <sup>2</sup>			
タイプ7	有/無	有/無	m <sup>2</sup>			
タイプ8	有/無	有/無	m <sup>2</sup>			
タイプ9	有/無	有/無	m <sup>2</sup>			
タイプ10	有/無	有/無	m <sup>2</sup>			
※「一般居室個室」「一般居室相部屋」「介護居室個室」「介護居室個室」「介護居室相部屋」「一時介護室」の別を記入。						
共用施設	共用便所における 便房	ヶ所	うち男女別の対応が可能な便房		ヶ所	
			うち車椅子等の対応が可能な便房		ヶ所	
	共用浴室	ヶ所	個室		ヶ所	
			大浴場		ヶ所	
共用浴室における	ヶ所	チェアー浴		ヶ所		
		リフト浴		ヶ所		

			ストレッチャー浴	ヶ所
			その他（ ）	ヶ所
	食堂	1 あり	2 なし	
	入居者や家族が利用できる調理設備	1 あり	2 なし	
消防用設備等	エレベーター	1 あり（車椅子対応）	2 あり（ストレッチャー対応）	
		3 あり（上記1・2に該当しない）		
		4 なし		
	消火器	1 あり	2 なし	
	自動火災報知設備	1 あり	2 なし	
	火災通報設備	1 あり	2 なし	
その他	スプリンクラー	1 あり	2 なし	
	防火管理者	1 あり	2 なし	
	防災計画	1 あり	2 なし	

#### 4. サービスの内容 （全体の方針）

運営に関する方針	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 入居者様の個性を尊重し皆様が快適な生活を過ごして頂けるよう努めます。</li> <li>2. 緊急時にも安心して頂けるよう、スタッフを24時間常駐致します。</li> <li>3. 医療、介護との連携を強め、入居者様に24時間の安心を提供します。</li> <li>4. 入居者様が「生き甲斐の持てる日々」を過ごして頂けるようサポートします。</li> <li>5. 入居者様が、お困り事やご意見、ご提案を云える環境づくりをしていきます。</li> </ol>
サービスの提供内容に関する特色	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 医療機関が併設しておりますので医療依存度の高い方にも安心してご利用頂ける環境を整えています。</li> <li>2. 緊急時には、グループ病院との連携体制が整っておりますのでご安心ください。</li> <li>3. 人にも環境にも優しい木造建築</li> </ol>
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

（介護サービスの内容）※特定施設入居者生活介護等の提供を行っていない場合は省略可能

特定施設入居者生活介護の対象となるサービスの体制の有無	入居継続支援加算	1 あり    ② なし
	生活機能向上連携加算	1 あり    ② なし
	個別機能訓練加算	1 あり    ② なし
	夜間看護体制加算	1 あり    ② なし

	若年性認知症入居者受入加算	1	あり	②	なし	
	医療機関連携加算	1	あり	②	なし	
	口腔衛生管理体制加算	1	あり	②	なし	
	栄養スクリーニング加算	1	あり	②	なし	
	退院・退所時連携加算	1	あり	②	なし	
	看取り介護加算	1	あり	②	なし	
	認知症専門 ケア加算	(I)	1	あり	②	なし
		(II)	1	あり	②	なし
	サービス提 供体制強化 加算	(I)イ	1	あり	②	なし
		(I)ロ	1	あり	②	なし
		(II)	1	あり	②	なし
	(III)	1	あり	②	なし	
人員配置が手厚い介護サービスの 実施の有無	1	あり	(介護・看護職員の配置率)			
	②	なし	: 1			

(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	医療法人徳洲会 鹿児島徳洲会病院
		住所	鹿児島市下荒田3-8-1
		診療科目	内科・外科・脳神経外科・皮膚科・眼科・泌尿器科・放射線科・循環器内科・整形外科・心臓血管外科・呼吸器内科・肛門外科・消化器内科・形成外科・精神科・麻酔科
		協力内容	緊急時の対応
	2	名称	医療法人徳洲会 生見クリニック
		住所	鹿児島市喜入生見町623番地
		診療科目	内科・整形外科・リハビリテーション科・循環器内科
		協力内容	健康相談・緊急時の対応(医療費は入居者自己負担)
協力歯科医療機関	名称	宮崎歯科医院	
	住所	指宿市東方18-2	
	協力内容	入居者様の口腔衛生管理(医療費は入居者自己負担)	

(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	1	一時介護室へ移る場合
※複数選択可	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
		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	<p>甲は、少なくとも6ヶ月前に解約の申し入れを行うことにより、本契約を解約することができる。</p> <p>1. 本物件の老朽、損傷、一部の滅失その他の事由により、家賃の価格その他の事情に照らし本物件を適切な規模、構造及び設備を有する賃貸住宅として維持し、又は当該賃貸借住宅に回復するのに過分の費用を要するに至ったとき。</p> <p>2. 乙が、本物件に長期間にわたって居住せず、且つ、当面居住する見込みが無い事により、本物件を適正に管理する事が困難となったとき。ただし、乙の病院への入院又は心身の状況の変化を理由とする場合には、当該理由が生じた後に甲及び乙が本契約の解約について合意している場合に限る。</p>				
契約の解除の内容	第11条 (甲からの解約)				
事業主体から解約を求める場合	解約条項				
	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: 1泊～体験有り)		
	2	なし			
入居定員	27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	
管理者	1	1	兼務
生活相談員	1	1	
直接処遇職員			
介護職員	2	2	
看護職員			
機能訓練指導員			
計画作成担当者			
栄養士	1		1 兼務
調理員			
事務員	1	1	兼務
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は、記入不要。			

（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	1	1
実務者研修の修了者		
初任者研修の修了者	2	2
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			

(夜勤・宿直を行う看護・介護職員の人数)

夜勤・宿直帯の設定時間 ( 19時00分～7時30分 )		
	平均人数	最少時人数(休憩者等を除く)
看護職員	0人	0人
介護職員	1人	1人

(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)	

※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	
	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	医師								
	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	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0





前年度1年間の退職者数		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
に業務に 応じた に従事 した 職員の 人数 の 経 験 年 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												
従業員の健康診断の実施状況	① あり 2 なし											

6. 利用料金  
(利用料金の支払い方法)

居住の権利形態 【表示事項】	1 利用権方式		
	2 建物賃貸借方式		
	3 終身建物賃貸借方式		
利用料金の支払い方式 【表示事項】	1 全額前払い方式		
	2 一部前払い・一部月払い方式		
	3 月払い方式		
	4 選択方式	1 全額前払い方式	
		2 一部前払い・一部月払い方式	
		3 月払い方式	
	※該当する方式を全て選択		
年齢に応じた金額設定	1 あり	2 なし	
要介護状態に応じた金額設定	1 あり	2 なし	
入院等による不在時における 利用料金(月払い)の取扱い	1 減額なし		
	2 日割り計算で減額		
	3 不在期間が 日以上の場合に限り、日割り計算で減額		
利用料金の改定	条件		
	手続き		

(利用料金のプラン【代表的なプランを2例】)

		プラン1	プラン2
入居者の状況	要介護度		
	年齢	歳	歳
居室の状況	床面積	m <sup>2</sup>	m <sup>2</sup>

	便所	1 有	2 無	1 有	2 無
	浴室	1 有	2 無	1 有	2 無
	台所	1 有	2 無	1 有	2 無
入居時点で 必要な費用	前払金		円		円
	敷金		円		円
月額費用の合計			円		円
家賃			円		円
特定施設入居者生活介護※1の費用			円		円
介護 保険 外※2	食費		円		円
	管理費		円		円
	介護費用		円		円
	光熱費		円		円
	その他		円		円
※1 介護予防・地域密着型の場合を含む。					
※2 有料老人ホーム事業として受領する費用（訪問介護などの介護保険サービスに関わる介護費用は、同一法人によって提供される介護サービスであっても、本欄には記入していない）					

(利用料金の算定根拠)

費目	算定根拠
家賃	
敷金	家賃の ヶ月分
介護費用	※介護保険サービスの自己負担額は含まない。
管理費	
食費	
光熱水費	
利用者の個別的な選択によるサービス利用料	別添2
その他のサービス利用料等	

(特定施設入居者生活介護に関する利用料金の算定根拠) ※特定施設入居者生活介護等の提供を行っていない場合は省略可能

費目	算定根拠
特定施設入居者生活介護※に対する自己負担	
特定施設入居者生活介護※における人員配置が手厚い場合の介護サービス(上乘せサービス)	
※ 介護予防・地域密着型の場合を含む。	

(前払金の受領) ※前払金を受領していない場合は省略可能

算定根拠		
想定居住期間(償却年月数)		ヶ月
償却の開始日		入居日
想定居住期間を超えて契約が継続する場合に備えて受領する額(初期償却額)		円
初期償却率		%
返還金の算定方法	入居後3月以内の契約終了	
	入居後3月を超えた契約終了	
前払金の 保全先	1 連帯保証を行う銀行等の名称	
	2 信託契約を行う信託会社等の名称	
	3 保証保険を行う保険会社の名称	
	4 全国有料老人ホーム協会	
	5 その他(名称: )	

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	3人
	女性	23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	5人
	85歳以上	19人
要介護度別	自立	0人
	要支援1	0人
	要支援2	2人
	要介護1	4人
	要介護2	6人
	要介護3	9人
	要介護4	5人
	要介護5	0人
入居期間別	6ヶ月未満	3人
	6ヶ月以上1年未満	3人
	1年以上5年未満	13人

	5年以上10年未満	7人
	10年以上15年未満	0人
	1年以上5年未満	0人

(入居者の属性)

平均年齢	88歳
入居者数の合計	26人
入居率	96%
※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	0人
	医療機関	0人
	死亡者	1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	0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	医療法人徳洲会 サービス付き高齢者向け住宅ケアビレッジぬくみの里	
電話番号	099-343-1133	
対応している時間	平日	8:30~17:00
	土曜	8:30~17:00
	日曜・祝日	8:30~17:00
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	① あり	(その内容) 損害保険ジャパン日本興亜(株) 介護事業者賠償責任保険付保証
	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) 損害保険ジャパン日本興亜(株) 介護事業者賠償責任保険付保証
	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	H26.4.30	
		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	1 回
-------	------	----------	-----

	2 なし
	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	
不適合事項がある場合の内容	

※ \_\_\_\_\_ 様

説明年月日 令和 年 月 日

説明者署名 \_\_\_\_\_ ④

※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。

契約を証するため、本書2通を作成し、利用者・事業者が署名、押印の上各1通を保有するものとします。

事業者名 医療法人徳洲会 サービス付き高齢者向け住宅ケアビレッジぬくみの里

所在地 鹿児島市喜入生見町623番地

代表者名 理事長 鈴木 隆夫 印

私は、上記事業者から契約書及び署名により、生活支援サービス契約書及び生活支援サービス重要事項説明書に基づいて、重要な事項の説明を受け、同意し、受領しました。

入居者氏名 \_\_\_\_\_ 印

住所 \_\_\_\_\_

連絡先 \_\_\_\_\_



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			事業所の名称	所在地
<b>&lt;居宅サービス&gt;</b>				
訪問介護	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	医療法人徳洲会 生見ケアセンター	鹿児島県鹿児島市喜入生見町623番地
訪問入浴介護	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	医療法人徳洲会 鹿児島徳洲会介護センター	鹿児島県鹿児島市下荒田3丁目21番1
訪問看護	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	医療法人徳洲会 鹿児島徳洲会訪問看護ステーション(みずほ) 南谷山支所	鹿児島県鹿児島市下福元7641番地
訪問リハビリテーション	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
居宅療養管理指導	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
通所介護	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	医療法人徳洲会 名瀬徳洲会介護センター	鹿児島県奄美市名瀬朝日町14番地10
通所リハビリテーション	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	医療法人徳洲会 生見クリニック	鹿児島県鹿児島市喜入生見町623番地
短期入所生活介護	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	医療法人徳洲会 生見ショートステイ	鹿児島県鹿児島市喜入生見町623番地
短期入所療養介護	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	医療法人徳洲会介護老人保健施設光徳苑ショートステイ	鹿児島県鹿児島市谷山2丁目4515番地
特定施設入居者生活介護	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
福祉用具貸与	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	医療法人徳洲会 沖永良部徳洲会介護センター	鹿児島県大島郡知名町瀬利覚字小米原2208
特定福祉用具販売	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	医療法人徳洲会 沖永良部徳洲会介護センター	鹿児島県大島郡知名町瀬利覚字小米原2208
<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	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	医療法人徳洲会 名瀬徳洲会介護センター	鹿児島県奄美市名瀬朝日町14番地10
夜間対応型訪問介護	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
認知症対応型通所介護	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
小規模多機能型居宅介護	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
認知症対応型共同生活介護	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	医療法人徳洲会 グループホーム東谷山	鹿児島県鹿児島市東谷山2丁目49番10
地域密着型特定施設入居者生活介護	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
看護小規模多機能型居宅介護	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
地域密着型通所介護	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
居宅介護支援	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	医療法人徳洲会 生見ケアプランセンター	鹿児島県鹿児島市喜入生見町623番地
<b>&lt;居宅介護予防サービス&gt;</b>				
介護予防訪問入浴介護	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	医療法人徳洲会 鹿児島徳洲会介護センター	鹿児島県鹿児島市下荒田3丁目21番1
介護予防訪問看護	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	医療法人徳洲会 鹿児島徳洲会訪問看護ステーション(みずほ) 南谷山支所	鹿児島県鹿児島市下福元7641番地
介護予防訪問リハビリテーション	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
介護予防居宅療養管理指導	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
介護予防通所リハビリテーション	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	医療法人徳洲会 生見クリニック	鹿児島県鹿児島市喜入生見町623番地
介護予防短期入所生活介護	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	医療法人徳洲会 生見ショートステイ	鹿児島県鹿児島市喜入生見町623番地
介護予防短期入所療養介護	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
介護予防特定施設入居者生活介護	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
介護予防福祉用具貸与	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	医療法人徳洲会 沖永良部徳洲会介護センター	鹿児島県大島郡知名町瀬利覚字小米原2208
特定介護予防福祉用具販売	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	医療法人徳洲会 沖永良部徳洲会介護センター	鹿児島県大島郡知名町瀬利覚字小米原2208
<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	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
介護予防小規模多機能型居宅介護	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
介護予防認知症対応型共同生活介護	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	医療法人徳洲会 グループホーム東谷山	鹿児島県鹿児島市東谷山2丁目49番10
介護予防支援	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
<b>&lt;介護保険施設&gt;</b>				
介護老人福祉施設	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
介護老人保健施設	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	医療法人徳洲会 介護老人保健施設 光徳苑	鹿児島県鹿児島市谷山2-4515
介護療養型医療施設	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		

有料老人ホーム・サービスタク付き高齢者向け住宅が提供するサービスの一覧

別添2

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 個別の利用料で、実施するサービス (利用者が全額負担)	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)		包含※2	都度※2	料金※3	備考
	なし	あり				
介護サービス						
食事介助	なし	あり		○	500/回	30分単位
排泄介助・おむつ交換	なし	あり		○	500/回	30分単位
おむつ代						
入浴（一般浴）介助・清拭	なし	あり		○	500/回	30分単位
特浴介助	なし	あり		○	500/回	30分単位
身辺介助（移動・着替え等）	なし	あり		○	500/回	30分単位
機能訓練	なし	あり				
通院介助	なし	あり		○	500/回	30分単位（交通費は実費負担となります）
生活サービス						
居室清掃	なし	あり		○	500/回	30分単位
リネン交換	なし	あり	○			
日常の洗濯	なし	あり	○		500/回	30分単位 基本的には毎週の洗濯をお願いします。
居室配膳・下膳	なし	あり	○			
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		○		食事代を含む（朝320円・昼350円・夕430円）
理美容師による理美容サービス	なし	あり		○	1,500/回	理美容師が出張サービスを実施しております。
買い物代行	なし	あり		○	500/回	30分単位
役所手続き代行	なし	あり		○	500/回	30分単位（鹿児島市且つ委任状で対応できる範囲）
金銭・貯金管理	なし	あり	○			別途預り金規程により
健康管理サービス						
定期健康診断	なし	あり				
健康相談	なし	あり	○			必要に応じて
生活指導・栄養指導	なし	あり	○			
服薬支援	なし	あり		○	100/日	医師の指示のとおり入居者様にお渡しします。
生活リズムの記録(排便・睡眠等)	なし	あり	○			
入退院時・入院中のサービス						
移送サービス	なし	あり				
入退院時の同行	なし	あり				
入院中の洗濯物交換・買い物	なし	あり				
入院中の見舞い訪問	なし	あり				

※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、月額サービスの費用に包含される場合と、サービスの都度払いによる場合に依り、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）

令和 年 月 日

## 登録事項等についての説明

貸主(甲) 住所 鹿児島県鹿児島市喜入生見町623  
医療法人徳洲会サービス付き高齢者向け住宅  
ケアビレッジぬくみの里代理人 氏名 理事長 鈴木 隆夫 印  
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) いりょうほうじんとくしゅうかい さーびすつきこうれいしやむけじゅうたく けあびれっじぬくみのさと 医療法人徳洲会 サービス付き高齢者向け住宅 ケアビレッジぬくみの里
所在地	(住居表示) 鹿児島市喜入生見町623番地
利用交通手段	<input checked="" type="checkbox"/> 1.電車( JR指宿枕崎線 生見 駅から 徒歩 で 15分) <input checked="" type="checkbox"/> 2.その他( 鹿児島交通米倉バス停前 )
住宅に関する 権原	<input type="checkbox"/> 1.所有権 <input checked="" type="checkbox"/> 2.賃借権 <input type="checkbox"/> 3.使用貸借による権利 期間 平成 25年 8月 1日から 平成 45年 7月 31日まで
施設に関する 権原	<input type="checkbox"/> 1.所有権 <input checked="" type="checkbox"/> 2.賃借権 <input type="checkbox"/> 3.使用貸借による権利 期間 平成 25年 8月 1日から 平成 45年 7月 31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 平成 25年 8月 1日から 平成 45年 7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) いりょうほうじんとくしゅうかい 医療法人徳洲会
住所 (法人にあつては 主たる事務所の所 在地)	(郵便番号 530-0001 ) 大阪府大阪市北区梅田一丁目3番1-1200号 電話番号 06-6346-2888
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 にあつては 主たる事務 所の所在 地) 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) いりょうほうじんとうくしゅうかい さーびすつきこうれいしゃむけあびれっじぬくみのさと 医療法人徳洲会 サービス付き高齢者向け住宅ケアビレッジぬくみの里		
事務所の所在地	(郵便番号 891-0206 ) 鹿児島市喜入生見町623番地	電話番号	099-343-1133

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	27 戸	
居住部分の規模	(最小)	18	m <sup>2</sup>
	(最大)	21.38	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
竣工の年月	平成25 年	6 月	27 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		
		詳細については、別添 3 のとおり	
		階数	2 階建

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 <input checked="" type="checkbox"/> 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	2013 年 8 月 1 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 33,000 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 0 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 0 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 0 円
その他	<input type="checkbox"/> 自ら <input type="checkbox"/> 委託 <input checked="" type="checkbox"/> 提供しない	約 0 円	詳細については、 別添 4 のとおり
家賃の概算額	(最低) 約 30,000 円	住戸ごとの内容は別添 3 のとおり	
	(最高) 約 40,000 円		
共益費の概算額	(最低) 約 15,000 円		
	(最高) 約 15,000 円		
敷金の概算額	(最低) 約 60,000 円	家賃の 2 月分	
	(最高) 約 80,000 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 0 円 (最高) 約 0 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 (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 checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	
大規模修繕の 実施予定	12年毎	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
医療法人徳洲会 生見ショートステイ	入浴・機能訓練・食事・健康チェック	<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
医療法人徳洲会 生見クリニック 通所リハビリテーション事業所	入浴・機能訓練・食事・健康チェック	<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
医療法人徳洲会 生見ヘルパーステーション	身体介護・生活援助	<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
医療法人徳洲会 生見クリニック	診療、健康チェック	<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)

連携又は協力の相手方	
事業所の名称	(ふりがな) いりょうほうじんとくしゅうかい ぬくみくりにつく 医療法人徳洲会 生見クリニック
事業所の所在地	(郵便番号 891-0206 ) 鹿児島県鹿児島市喜入生見町623番地 電話番号 099-343-1133
連携又は協力の 内容	訪問、相談、アセスメント、ケアプラン作成

連携又は協力の相手方	
事業所の名称	(ふりがな) みやざきしかいじん 宮崎歯科医院
事業所の所在地	(郵便番号 891-0404 ) 鹿児島県指宿市東方18-2 電話番号 0993-22-6101
連携又は協力の内容	口腔衛生及び歯科治療

連携又は協力の相手方	
事業所の名称	(ふりがな) いりようほうじんとくしゅうかい かごしまとくしゅうかいびょういん 医療法人徳洲会 鹿児島徳洲会病院
事業所の所在地	(郵便番号 890-0056 ) 鹿児島県鹿児島市下荒田3-8-1 電話番号 099-250-1110
連携又は協力の内容	健康管理、緊急時対応、入院加療必要対応

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

基本方針及び、鹿児島市の高齢者居住安定確保計画に沿って適切に運営します。

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。

令和 年 月 日

借主(乙) 住所

氏名

印

## 役員名簿

(ふりがな) 氏 名	役名等
すずき たかお 鈴木 隆夫	理事長
ふくしま やすよし 福島 安義	副理事長
あふそ ひさあき 安富祖 久明	副理事長
ヒガシウエ シンイチ 東上 震一	副理事長
しのざき のぶあき 篠崎 伸明	専務理事
フクダ コウ 福田 貢	専務理事
マンモ フミユキ 門間 文行	専務理事
イハ キヨシ 伊波 潔	専務理事
ナカガワ ヒデミツ 中川 秀光	専務理事
オオハシ タケキ 大橋 壯樹	専務理事
ササガワ イソジ 笹川 五十次	専務理事
カイエダ レイジ 海江田 令次	常勤理事
マツモト ヒロシ 松本 裕史	常勤理事
マツウラ コウショウ 松浦 甲彰	常勤理事
ムナカタ タカシ 棟方 隆	常勤理事
ワタナベ カズナオ 渡部 和巨	常勤理事
サノ ケイ 佐野 憲	常勤理事



## 役員名簿

(ふりがな) 氏名	役名等
フジタ ヤスヒコ 藤田 安彦	常勤理事
テラダ ヤスシ 寺田 康	常勤理事
ユサ ツヅル 遊佐 千鶴	常勤理事
タケヤマ マナブ 竹中 学	常勤理事
ヨシダ タケシ 吉田 毅	理事
タチカワ タカミツ 立川 隆光	理事
ハラダ ヒロマサ 原田 博雅	理事
スエヨシ アツシ 末吉 敦	理事
カワモト タツナリ 川本 龍成	理事
オオタ トモユキ 太田 智之	理事
オクヤマ アツシ 奥山 淳	理事
マエダ トオル 前田 徹	理事
マエノ ヒロシ 前野 博	理事
イケダ ヨシヒロ 池田 佳広	理事
オニヅカ マサナリ 鬼塚 正成	理事
トケシ ヨシヒロ 渡慶次 賀博	理事

法第6条第1項第4号の役員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。

## 役員名簿

(ふりがな) 氏名	役名等
ウラモト サトシ	理事
浦元 智司	
ヤマモト コウジ	理事
山本 晃司	
クロイワ チュウシ	理事
黒岩 宙司	
ササカベ ヒロシ	理事
笹壁 弘嗣	
イシカワ マコト	理事
石川 真	
カジハラ マサアキ	理事
梶原 正章	
マセ タカヒロ	理事
間瀬 隆弘	
ハシヅメ ケイト	理事
橋爪 慶人	
イマジマ タツロウ	理事
今嶋 達郎	
コウサキ アキヒロ	理事
幸崎 晃浩	
オギノ ヒデミツ	理事
荻野 秀光	
トヨダ クニヒコ	理事
豊田 國彦	
ムナカタ ヒロミ	理事
宗像 博美	
キノ ヒロフミ	理事
木野 博文	
シジユウボウ カツヤ	理事
四十坊 克也	
フクエ マサタカ	理事
福江 眞隆	

法第6条第1項第4号の役員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。

## 役員名簿

(ふりがな) 氏名	役名等
イノウエ カズト 井上 和人	理事
イサイ ヒデヤ 井齋 偉矢	理事
シミズ マサリ 清水 正法	理事
オガタ イッコウ 小縣 一興	理事
ナカヤマ ヨシヒロ 中山 義博	理事
ノグチ シュウジ 野口 修二	理事
オカ ススム 岡 進	理事
アンドウ カオル 安藤 郁	理事
キクチ ジロウ 菊池 次郎	理事
ムラヤマ セイコ 村山 城子	理事
エンドウ キヨシ 遠藤 清	理事
テラクラ ヒロツグ 寺倉 宏嗣	理事
マルモノ マサナオ 丸物 正直	理事
ノザキ ショウジロウ 野崎 清二郎	理事
マツモト ショウゾウ 松本 正三	監事
ホリウチ トシカズ 堀内 俊一	監事

法第6条第1項第4号の役員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。



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	18.00	×	○	○	×	×	○	2	222,227	31,000
1	18.00	×	○	○	×	×	○	8	202~209	32,000
1	18.20	×	○	○	×	×	○	5	201,223~226	30,000
1	18.20	×	○	○	×	×	○	1	212	34,000
1	20.00	×	○	○	×	×	○	2	210,221	40,000
1	21.30	×	○	○	×	×	○	1	211	35,000
1	21.38	×	○	○	×	×	○	8	213~220	33,000

鹿児島市喜入生見町623番地

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	2	7.49	2	27	
台所	1	9.47	1	27	
食堂	1	102.28	1	27	
収納設備	2	13	2	27	
便所	2	7.37	2	27	
洗面洗濯	1	8.10	1	27	
脱衣所	1	7.37	2	27	
談話室	1	34.90	1	27	



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 <span style="float: right;"><input type="checkbox"/> 委託する</span>			
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 checked="" type="checkbox"/> 医療法人 <span style="float: right;"><input type="checkbox"/> 指定居宅介護支援事業者</span> <input type="checkbox"/> 社会福祉法人 <span style="float: right;"><input type="checkbox"/> 指定介護予防サービス事業者</span> <input type="checkbox"/> 指定居宅サービス事業者 <span style="float: right;"><input type="checkbox"/> 指定介護予防支援事業者</span> <input type="checkbox"/> 指定地域密着型サービス事業者 <span style="float: right;"><input type="checkbox"/> 上記以外の法人等</span>			
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 checked="" type="checkbox"/> 養成研修修了者	人員 2人
	<input checked="" type="checkbox"/> 介護福祉士	人員 1人	<input type="checkbox"/> 上記以外の職員	人員 人
			合 計	人員 人
常駐する場所	<input checked="" type="checkbox"/> 同一の敷地内 <span style="float: right;"><input type="checkbox"/> 隣接する土地</span> <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 <span style="float: right;"><input type="checkbox"/> 次の期間を除く( )</span>			
常駐する時間	日中	8 時 30分 ~ 17 時 00分	人員 1人	
	上記以外の時間	時 分 ~ 時 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	安否確認		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 8 時 30分 ~ 17 時 00分		
		上記以外の日 <input type="checkbox"/> 24時間		
	通報方法	随時職員による対応		
	通報先	生見クリニック	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 0 円	前払金の算定方法	
	前払金	約 0 円		
備考	・基本サービス費15,000円に含まれます。			

※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。

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) ふじさんぎょう かぶしがいいしゃ かごしまぎょうしよ 富士産業 株式会社 鹿児島営業所			
	住所 (法人にあっては主たる事務所の所在地)	(郵便番号 890-0046 ) 鹿児島県鹿児島市西田1-5-1		電話番号 099-813-1575	
	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 890-0046 ) 鹿児島県鹿児島市西田1-5-1		電話番号 099-813-1575	
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 33,000 円	内訳	朝食 320 円	昼食 350 円 夕食 430 円
	前払金	約 0 円	前払金の 算定方法		
備考	朝食:320円/昼食:350円/夕食:430円				

※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 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 0 円	前払金の 算定方法		
	前払金	約 0 円			
備考	・食事介助、排泄介助、入浴介助、身辺介助:500円/30分など個別料金でのサービスを提供できます。詳細は、重要事項説明書別表で説明します。				

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 checked="" type="checkbox"/> 調理 <input checked="" type="checkbox"/> 洗濯 <input checked="" 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 0 円	前払金の 算定方法		
	前払金	約 0 円			
備考	・リネン交換、居室配膳等は、基本サービス費15,000円に含まれます。居室清掃:500円/30分など、個別料金でのサービスも提供できます。詳細は、重要事項説明書別表で説明します。				

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 checked="" 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 0 円	前払金の算定方法		
	前払金	約 0 円			
備考	・健康相談は、基本サービス費15,000円に含まれます。 服薬支援は、100円/日です。				

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 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( )		
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					