

## 重要事項説明書

記入年月日	令和元年 月 日
記入者名	[REDACTED]
所属・職名	総務

※ 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】

<del>           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         </del>				
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 所有関係	m <sup>2</sup>		
		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																		
<table border="1"> <tr> <td>抵当権の設定</td> <td>1 あり</td> <td>2 なし</td> <td colspan="2"></td> </tr> <tr> <td>契約期間</td> <td colspan="2">1 あり</td> <td colspan="2">( 年 月 日 ~ 年 月 日 )</td> </tr> <tr> <td></td> <td>2 なし</td> <td colspan="3"></td> </tr> <tr> <td>契約の自動更新</td> <td>1 あり</td> <td>2 なし</td> <td colspan="2"></td> </tr> </table>		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	
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
消防用設備等	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	
	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	基本方針及び鹿児島県高齢者居住安定確保計画にそって適切に運営する		
サービスの提供内容に関する特色	高齢者の方がもっと楽しく安心して暮らせるように住まい・介護・医療と連携を図りサポートします		
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

(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) : 1			
	2	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	
		住所	
		診療科目	
		協力内容	
	2	名称	
		住所	
		診療科目	
		協力内容	
協力歯科医療機関	名称		
	住所		
	協力内容		

(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	一時介護室へ移る場合
	2	介護居室へ移る場合

		③ その他（賃貸物件の為）	
判断基準の内容	利用者からの申し出により、弊社の承諾があった場合		
手続きの内容	解約手続後、再度賃貸借契約書の締結		
追加的費用の有無	1	あり	② なし
居室利用権の取扱い	居室利用権方式ではなく、賃貸借方式となる		
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	サービス付き高齢者向け住宅入居基準に適合している場合				
契約の解除の内容	入居契約時の遵守事項に違反した場合				
事業主体から解約を求める場合	解約条項	賃貸借契約書第12条			
	解約予告期間	ヶ月 1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+α（2人入居可能の為）				
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	非常勤	
管理者	1	1		
生活相談（支援）員	8	1	7	
直接処遇職員				
介護職員				
看護職員				
機能訓練指導員				
計画作成担当者				
栄養士	2	2		
調理員・配膳員	6	2	4	
事務員	2	2		
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）※生活支援員を記載

	合計		
	常勤	非常勤	
社会福祉士			
介護福祉士	3	1	2
実務者研修の修了者			
初任者研修の修了者	5		5
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			

(夜勤を行う看護・介護職員の人数)

夜勤帯の設定時間 (17 時 ~ 9 時)			
	平均人数		最少時人数 (休憩者等を除く)
看護職員	2人		2人
介護職員	人		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	ヘルパー2級								
	2 なし									
前年度1年間の採用者数	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
						6				



前年度1年間の退職者数								3					
業務に従事した職員の経験年数に応じた人数	1年未満												
	1年以上												
	3年未満							1					
	3年以上												
	5年未満							4					
	5年以上												
	10年未満						1	1					
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	
	※該当する方式を全て選択	3	月払い方式	
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	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振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	12人
	女性	18人
年齢別	65歳未満	1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	19人
要介護度別	自立	3人
	要支援1	1人
	要支援2	1人
	要介護1	4人
	要介護2	5人
	要介護3	4人
	要介護4	7人
	要介護5	5人
入居期間別	6ヶ月未満	5人
	6ヶ月以上1年未満	2人
	1年以上5年未満	23人

	5年以上10年未満	0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	85.93歳
入居者数の合計	30人
入居率	74.19%
※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	0人
	社会福祉施設	0人
	医療機関	0人
	死亡者	8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	コンフォート武岡苦情相談受付	
電話番号	099-230-7610 もしくは 099-296-9852	
対応している時間	平日	8:30~17:30
	土曜	
	日曜・祝日	
定休日	土日祝 ※職員が後日苦情相談係に取り次ぎます	

(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) 住宅内での事故・怪我等
	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)
	② なし	(介護事業所の賠償保険にて対応)
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	意見箱にて随時	
		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	

添付書類：別添1 (別の実施する介護サービス一覧表)  
別添2 (個別選択による介護サービス一覧表)

※ \_\_\_\_\_ 様

説明年月日 令和 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	あり	なし	訪問介護コンフォート武岡	鹿児島市武岡1-113-30
訪問入浴介護	あり	なし		
訪問看護	あり	なし	訪問看護コンフォート武岡	鹿児島市武岡1-113-30
訪問リハビリテーション	あり	なし		
居宅療養管理指導	あり	なし		
通所介護	あり	なし	通所介護コンフォート武岡	鹿児島市武岡1-121-14
通所リハビリテーション	あり	なし		
短期入所生活介護	あり	なし		
短期入所療養介護	あり	なし		
特定施設入居者生活介護	あり	なし		
福祉用具貸与	あり	なし		
特定福祉用具販売	あり	なし		
<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	あり	なし	定期巡回・随時対応型訪問介護看護コンフォート	鹿児島市武岡1-113-30
夜間対応型訪問介護	あり	なし		
認知症対応型通所介護	あり	なし		
小規模多機能型居宅介護	あり	なし		
認知症対応型共同生活介護	あり	なし		
地域密着型特定施設入居者生活介護	あり	なし		
地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護	あり	なし		
看護小規模多機能型居宅介護	あり	なし		
地域密着型通所介護	あり	なし		
居宅介護支援	あり	なし	居宅介護支援事業所コンフォート武岡	鹿児島市武岡1-113-30
<b>&lt;居宅介護予防サービス&gt;</b>				
介護予防訪問入浴介護	あり	なし		
介護予防訪問看護	あり	なし		
介護予防訪問リハビリテーション	あり	なし		
介護予防居宅療養管理指導	あり	なし		
介護予防通所リハビリテーション	あり	なし		
介護予防短期入所生活介護	あり	なし		
介護予防短期入所療養介護	あり	なし		
介護予防特定施設入居者生活介護	あり	なし		
介護予防福祉用具貸与	あり	なし		
特定介護予防福祉用具販売	あり	なし		
<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	あり	なし		
介護予防小規模多機能型居宅介護	あり	なし		
介護予防認知症対応型共同生活介護	あり	なし		
介護予防支援	あり	なし		
<b>&lt;介護保険施設&gt;</b>				
介護老人福祉施設	あり	なし		
介護老人保健施設	あり	なし		
介護療養型医療施設	あり	なし		



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

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）	包含※2		都度※2	料金※3	備考
	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）	なし			
介護サービス					
食事介助	あり	なし			
排泄介助・おむつ交換	あり	なし			
おむつ代					
入浴（一般浴）介助・清拭	あり	なし			
特浴介助	あり	なし			
身辺介助（移動・着替え等）	あり	なし			
機能訓練	あり	なし			
通院介助	あり	なし	○	1,500/時間	※近隣（アクラス・福村・スマート）借料はサービス料に包含）
生活サービス					
居室清掃	あり	なし	○		
リネン交換	あり	なし	○		
日常の洗濯	あり	なし	○	※200枚：300	※法人の洗濯機・乾燥機は有料
居室配膳・下膳	あり	なし	○		
入居者の嗜好に応じた特別な食事					
おやつ					
理美容師による理美容サービス					
買い物代行	あり	なし	○		※近隣で購入できる日常生活用品のみ
夜所手続き代行	あり	なし	○		※日常生活用品の小口現金のみ
金銭・貯金管理					
健康管理サービス					
定期健康診断					
健康相談	あり	なし	○		※希望に応じて
生活指導・栄養指導	あり	なし	○		
服薬支援	あり	なし	○		
生活リズムの記録（排便・睡眠等）	あり	なし	○		※非便記録のみ
入退院時・入院中のサービス					
移送サービス	あり	なし			
入退院時の同行	あり	なし			※付添いのできる範囲を明確化すること
入院中の洗濯物交換・買い物	あり	なし			※要相談
入院中の見舞い訪問	あり	なし			

※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、サービス利用の都度払いによる場合に、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 鹿児島市武岡1丁目113番地30号  
氏名 代表取締役 假屋 宜二 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) こんふおーとたけおか コンフォート武岡
所在地	(住居表示) 890-0031 鹿児島市武岡1丁目121番13号
利用交通手段	<input checked="" type="checkbox"/> 1.電車( 鹿児島中央 駅からバスで5分 降車後/徒歩20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 あぶりしえいと 株式会社 あぶりしえいと
住 所 (法人にあつては 主たる事務所)	(郵便番号 890-0031 ) 鹿児島市武岡1丁目113番地30 電話番号 099-296-9852
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) かぶしがいいしや あぶりしえいと 株式会社 アプリシエイト
事務所の所在地	(郵便番号 890-0031 ) 鹿児島市武岡1丁目113番地30号 電話番号 099-296-9852

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)	41.36 m <sup>2</sup>
	(最大)	63.24 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 階数 5 階建
竣工の年月	2015 年 4 月 15 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	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	2015 年 5 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)	詳細については、 別添 4 のとおり
	状況把握 生活相談	■ 自ら □ 委託	約 10000 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 42000 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 0 円	
	その他	■ 自ら □ 委託 □ 提供しない	約 20000 円	
家賃の概算額	(最低) 約 75,000 円	住戸ごとの内容は別添 3 のとおり		
	(最高) 約 125,000 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 150,000 円	家賃の 2 月分		
	(最高) 約 250,000 円			
前払金※の有無	□ あり ■ 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	□ 銀行による債務の保証 □ 信託会社等による元本補てん又は信託 □ 保険事業者による保証保険 □ その他( )			
特定施設入居者生活介護事業者	□ 指定を受けている 事業所の番号 ( ) ■ 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 (		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	事業所の番号	事業所の場所
通所介護コンフォート武岡	通所介護		<input type="checkbox"/> 同一の建築物内 <input type="checkbox"/> 同一の敷地内 <input checked="" 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. 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) ほうもんかんどご こんふおーとたけおか 訪問看護 コンフォート武岡
事業所の住所	(郵便番号 890-0031 ) 鹿児島県鹿児島市武岡1丁目113番地30 電話番号 099-230-7640
連携又は協力の内容	訪問看護

連携又は協力の相手方	
事業所の名称	(ふりがな) ほうもんかいご こんふおーとたけおか 訪問介護 コンフォート武岡
事業所の住所	(郵便番号 890-0031 ) 鹿児島県鹿児島市武岡1丁目113番地30 電話番号 099-230-7639
連携又は協力の内容	訪問看護

連携又は協力の相手方	
事業所の名称	(ふりがな) ていきじゅんかい・ずいじたいおうがたほうもんかいごかんごこんふおーと 定期巡回・随時対応型訪問介護看護コンフォート
事業所の住所	(郵便番号 890-0031 ) 鹿児島県鹿児島市武岡1丁目113番地30 電話番号 099-296-7771
連携又は協力の内容	定期巡回随時対応型訪問介護看護

連携又は協力の相手方	
事業所の名称	(ふりがな) きよたくかいごしえんじぎょうしょ こんふおーとたけおか 居宅介護支援事業所 コンフォート武岡
事業所の住所	(郵便番号 890-0031 ) 鹿児島県鹿児島市武岡1丁目113番地30 電話番号 099-230-7638
連携又は協力の内容	居宅介護支援

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県高齢者居住安定確保計画にそって適切に運営する

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	役名等
かりや のりつぐ 假屋 宜二	代表取締役
かりや かずのり 假屋 一宣	取締役
かりや たかし 假屋 崇	取締役
かわばた しのぶ 川畑 忍	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。



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	41.36	○	○	○	○	○	○	23	102.103.105.106.107.202.203.204.205.206.207.302.303.304.305.306.307.402.403.404.405.406.407	75,000
1	63.24	○	○	○	○	○	○	8	101.108.201.208.301.308.401.408	125,000

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
食堂・多目的室・ロビ-	3	129	1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。

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 )			
常駐する場所		電話番号			
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		訪問介護員	介護福祉士・ホームヘルパー	1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		看護師	看護師	1人
	<input checked="" type="checkbox"/> 居宅介護サービス事業者の職員				人
	<input checked="" type="checkbox"/> ホームヘルパー2級以上の資格を有する者				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	8時30分～17時30分	人員	1人	夜間 2人
緊急通報サービスの内容	通報方法				
	通報先				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 10000 円	前払金の		
	前払金	約 0 円	算定方法		
備考					

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 )			
食事提供を行う場所		<input checked="" type="checkbox"/> 食堂 <input checked="" 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 42,000 円	内訳	朝食 400 円	昼食 500 円 夕食 500 円
	前払金	約 0 円	前払金の算定方法		
備考		朝400円(+消費税) 昼500円(+消費税) 夕500円(+消費税)			

※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。

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"/> 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 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	円	前払金の算定方法	
	前払金	約	0 円		
備考					

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 type="checkbox"/> 365日対応 <input type="checkbox"/> 次の期間を除く( )		
		内容	介護保険・医療保険の対象外となる日常生活に必要な短時間サービス		
サービス提供の対価(概算額)	月額	約	20000 円	前払金の算定方法	
	前払金	約	円		
備考					