

登記事項等についての説明書（重要事項説明書）

（説明する者）

貸主（甲） 住所 西宮市津門大塚町2-11 セレーノ西宮 1 階
商号、名称又は氏名 株式会社やさしい手西宮
代表取締役 玉井 良憲

代理人 所属
職名及び氏名

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

地域における高齢者向け住まいとしての役割を果たしていく、安否確認・生活相談などを行うことにより、入居者の安定した居住生活をサポートする

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）やさしいてらいぶがーでんたからづか やさしい手ライブガーデン宝塚
所在地	（住居表示※）〒665-0864 兵庫県宝塚市泉町1-22
利用交通手段	☒ 1. 電車（ JR宝塚線 中山寺駅から 徒歩で 16分 ） ☐ 2. その他（ ）
住宅に関する 権原	☐ 1. 所有権 ☒ 2. 貸借権 ☐ 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
施設に関する 権原	☐ 1. 所有権 ☐ 2. 貸借権 ☐ 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. 貸借権 ☐ 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

※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 やさしいてにしのみや 株式会社やさしい手西宮						
住所 （法人にあっては主 たる事務所の所在 地）	（〒663-8241 ） 兵庫県西宮市津門大塚町2-11 セレーノ西宮 1 階 電話番号 0797-38-2741						
法人の役員	別添1のとおり						
法定代理人 （未成年の個人 ある場合）	<table><tr><td>商号、名称 又は氏名</td><td>（ふりがな）</td></tr><tr><td>住所（法人に あっては主たる 事務所の所在 地）</td><td>（郵便番号 ） 電話番号</td></tr><tr><td>法人の役員</td><td>別添2のとおり</td></tr></table>	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	法人の役員	別添2のとおり
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						
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

事業所の名称	(ふりがな) かぶしきがいしゃやさしいてにのみや 株式会社やさしい手西宮
事務所の所在地	(郵便番号 663-8241) 兵庫県西宮市津門大塚町2-11 セレーノ西宮 1 階 電話番号 0798-38-2741

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	登録申請対象個数	32戸	入居定員	32人
居住部分の規模	(最小)	18.52㎡	詳細については、別添3のとおり	
	(最大)	20.21㎡		
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 3階建
施工の年月	2014 年 2 月 16 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。）		
入居対象者	☒ 自立している者 ☒ 要支援の者 ☒ 要介護の者		
	留意事項		
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	解約事項	別添入居契約書のとおり
		解約予告期間	別添入居契約書のとおり
	入居者からの解約予告期間		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※	2024年 11 月 22 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						
	状況把握・生活相談	☒ 自ら	☐ 委託	約 25,000円							
	食事の提供	☐ 自ら	☒ 委託	約 47,000円							
	入浴等の介護	☐ 自ら	☐ 委託	☒ 提供しない							
	調理等の家事	☐ 自ら	☐ 委託	☒ 提供しない							
	健康の維持増進	☐ 自ら	☐ 委託	☒ 提供しない							
	その他	☐ 自ら	☐ 委託	☒ 提供しない	約 円						
家賃の概算額	(最低) 約	60,000円		住戸ごとの内容は、別添3のとおり							
	(最高) 約	64,000円									
共益費の概算額	(最低) 約	20,000円									
	(最高) 約	20,000円									
敷金の概算額	(最低) 約	100,000円		家賃の 1.7 月分							
	(最高) 約	100,000円									
水道光熱費の支払方法	電気代は電気会社へ直払い、水道代は共益費に含みます										
入院等による不在時における家賃等の費用の取り扱い	家賃、共益費、支援サービス費は入院などによる不在時においても、受領するものとする。食費については、欠食分は翌々月の請求に相殺返金するものとする。										
家賃等の費用の改定	条件	別添入居契約書のとおり									
	手続	別添入居契約書のとおり									
前払金※有無	☐ あり（ ☐ 前払方式のみ ☐ 前払方式と月払方式を選択可）				☒ なし						
家賃等の前払金の積算額	(最低) 約	円	(最高) 約	円							
前払金を支払った場合の月々の家賃積算額	(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										
返還額の算出方法	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	☐ 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所	☐ 指定を受けている	介護保険事業所番号（ ）									
	☒ 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	☐ 指定を受けている	介護保険事業所番号（ ）									
	☒ 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	☐ 指定を受けている	介護保険事業所番号（ ）									
	☒ 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（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、別紙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			
特定施設入居者生活介護等の加減算の対象となるサービスの体制の有無	身体拘束廃止未実施減算	☐ あり ☐ なし		入居者継続支援加算	☐ あり ☐ なし	
	生活機能向上連携加算	☐ あり ☐ なし		個別機能訓練加算	☐ あり ☐ なし	
	夜間看護体制加算	☐ あり ☐ なし		若年性認知症入居者受入加算	☐ あり ☐ なし	
	医療機関連携加算	☐ あり ☐ なし		口腔衛生管理体制加算	☐ あり ☐ なし	
	栄養スクリーニング加算	☐ あり ☐ なし		退院・退所時連携加算	☐ あり ☐ なし	
	看取り介護加算	☐ あり ☐ なし				
	認知症専門ケア加算	☐ あり ☐ （Ⅰ） ☐ （Ⅱ） ☐ なし				
	サービス提供体制強化加算	☐ あり ☐ （Ⅰ）イ ☐ （Ⅰ）ロ ☐ （Ⅱ） ☐ （Ⅲ） ☐ なし				
	介護職員処遇改善加算	☐ あり ☐ （Ⅰ） ☐ （Ⅱ） ☐ （Ⅲ） ☐ （Ⅳ） ☐ （Ⅴ） ☐ なし				
人員配置が手厚い介護サービスの実施の有無		☐ あり 介護・看護職員の配置率： ☐ なし 上乗せ介護費（月額）円				
利用者の個別選択によるサービスの費用		別紙4のとおり				

※身体拘束廃止未実施減算、入居継続支援加算、生活機能向上連携加算、個別機能訓練加算、夜間看護体制加算、医療機関連携加算、口腔衛生管理体制加算、認知症専門ケア加算、サービス提供体制強化加算及び介護職員処遇改善加算を含めて記入すること。

7. サービス付き高齢者向け住宅の管理の方法等

管理の方法	☒ 自ら管理 ☐ 管理業務を委託	
委託する業務の内容（契約事項）	①フロント業務 ②取次・手配。貸出業務 ③共用部の見回り ④住環境の維持（ごみ回収他）	
管理業務の委託先		
商号、名称 又は氏名		
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	☒ あり ☐ なし	
大規模修繕の実施予定	2024年～2044年 頃実施予定	
その他計画的な修繕予定		
登録の更新の申請の日前一年間における入居者の数及び退去者の数	入居者の数	6人
	退去者の数	8人

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
		☐ 同一の建築物内 ☐ 同一の敷地内 ☐ 隣接する土地
		☐ 同一の建築物内 ☐ 同一の敷地内 ☐ 隣接する土地
		☐ 同一の建築物内 ☐ 同一の敷地内 ☐ 隣接する土地
		☐ 同一の建築物内 ☐ 同一の敷地内 ☐ 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） 医療法人星晶会
医療機関 の所在地	（郵便番号664-0897） 兵庫県伊丹市桜ヶ丘1丁目3番23号 電話番号 0120-55-3006
診療科目	
連携又は協力 の内容	内科医の訪問診療
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) 岡本歯科ロコクリニック
歯科医療機関 の所在地	(郵便番号 658-0072) 兵庫県神戸市東灘区岡本 1 丁目8-2 アーベイン岡本3F西 電話番号 078-224-5372
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)
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. 保健医療サービスを提供する体制に関する事項

保険医療サービスを提供する体制に関する事項	
-----------------------	--

※保健医療サービスを提供する場合に限り記入すること。

11.

別添5-2のとおり

12. 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

高齢者の居住の安定確保に関する基本的な方針及び高齢者居住安定確保計画に照らして適切に事業を行います。
--

13. 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	☐ あり 内容 () ☒ 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	☐ 一時介護室へ移る場合 ☐ 介護居室へ移る場合 ☐ 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	☐ あり ☐ なし				
	前払金償却の調整の有無	☐ あり ☐ 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	☐ あり ☐ なし	台所の変更	☐ あり ☐ なし	
		便所の変更	☐ あり ☐ なし	収納の変更	☐ あり ☐ なし	
洗面の変更		☐ あり ☐ なし	その他の変更	☐ あり ☐ なし		
浴室の変更		☐ あり ☐ なし	内容 ()			

職員体制	別紙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		やさしい手ライブガーデン宝塚内務室					
	電話番号		0797-86-5495					
	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								
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、浴室に設置してあるナースコールを押して頂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なう場合、入居者の身体状況に応じて、その方法、期間（最長で1か月）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、同意書を頂きます。継続して行う場合は経過を記録し、概ね1か月ごとに同意書を頂きます。					
	事故発生時の対応		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		☒ あり ☐ なし					
緊急時等における対応方法	損害賠償責任保険の加入状況		☒ あり 内容（三井住友海上保険会社の福祉事業者の賠償責任保） ☐ なし					
	耐火構造		☒ 耐火建築物 ☐ 準耐火建築物 ☐ その他（ ）					
防火体制	消火器		☒ あり ☐ なし		防火管理者		☒ あり ☐ なし	
	自動火災報知設備		☒ あり ☐ なし		消防計画		☒ あり ☐ なし	
	火災通報設備		☒ あり ☐ なし		避難訓練		☒ あり ☐ なし	
	スプリンクラー		☒ あり ☐ 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			☒ あり 実施日（随時 ） 結果の開示 ☐ あり ☒ なし ☐ なし					
運営懇談会			☒ あり 開催頻度（ 年2回 ） 構成員（ 入居者、家族、職員、関連業者 ） ☐ なし					
第三者による評価の実施状況			☐ あり 実施日（ ） 結果の開示 ☐ あり ☐ なし 評価機関名（ ） ☒ なし					
入居希望者への事前の情報開示	入居契約書の雛形		☒ 希望者に公開 ☐ 希望者に配布 ☐ 非公開 ☐ 未作成					
	管理規程		☒ 希望者に公開 ☐ 希望者に配布 ☐ 非公開 ☐ 未作成					
	事業収支計画書		☒ 希望者に公開 ☐ 希望者に配布 ☐ 非公開 ☐ 未作成					
	財務諸表の要旨		☒ 希望者に公開 ☐ 希望者に配布 ☐ 非公開 ☐ 未作成					
	財務諸表の原本		☒ 希望者に公開 ☐ 希望者に配布 ☐ 非公開 ☐ 未作成					
兵庫県有料老人ホーム設置運営指導指針の不適合事項			なし					
入居者の状況	(記入日：令和5年3月 1日現在)		登録戸数(a)	32戸	入居戸数(b)	27戸	入居率(b/a)	84.4%
			入居定員(c)	32人	入居者数(d)	27人	充足率(d/c)	84.4%
	入居者の内訳	性別	男性	8人	女性	19人		
		年齢別	～59歳	人	60～64歳	人	65～74歳	2人
			75～84歳	4人	85歳～	21人	平均年齢	88.8歳
		要介護等状態	自立	人	要支援1	人	要支援2	人
			要介護1	4人	要介護2	3人	要介護3	6人
		区分別	要介護4	5人	要介護5	9人		
入居			6箇月未満	1人	6箇月以上1年未満	3人	1年以上5年未満	14人

		期間別	5年以上10年未満	9人	10年以上15年未満	人	15年以上	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	3人	医療機関	3人
			死亡	2人	その他	人	合計	人
	生前解約 の状況	事業者側 からの 申し出	人	解約 事由 の例				
		入居者側 からの 申し出	7人	解約 事由 の例	在宅復帰、特養や他施設への転居、長期入院			

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。

（説明を受けた者）

年 月 日

借主（乙） 住所

氏名

代理人 住所

氏名

乙との続柄

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	X	○	○	X	X	○	1	215	60,000
1	18.60	X	○	○	X	X	○	2	211,315,	62,000
1	18.60	X	○	○	X	X	○	5	101,102,103,105,311	63,000
1	18.60	X	○	○	X	X	○	14	201,202,203,205,206,207, 210,301,302,303,305, 306,307,310	64,000
1	18.52	X	○	○	X	X	○	4	208,209,308,309	64,000
1	18.55	X	○	○	X	X	○	1	212	60,000
1	18.55	X	○	○	X	X	○	1	213	60,000
1	18.55	X	○	○	X	X	○	2	312,313	62,000
1	20.21	X	○	○	X	X	○	1	216	62,000
1	20.21	X	○	○	X	X	○	1	316	63,000

※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、台所及び収納のすべてを備えるものを表す。

有りの場合は、○、無しの場合はXを記載すること。完備の場合は、完備を含めて全ての欄に○を記載すること。

2. 共同利用設備等

設備等	整備箇所数	合計床面積 (㎡)	整備箇所※	想定利用戸数 (戸)	備考
浴室	4	22.40	1階に2箇所、2階に1箇所、 3階に1箇所	32	1～3階浴室、 1階 機械浴
台所	5	7.50	1階に1箇所、2階に2箇所、 3階に2箇所	32	1階食堂、 2、3階談話コーナー
食堂	1	96.34	1階に1箇所	32	1階食堂

※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

--

1. 状況把握及び生活相談サービスの内容

提供形態		☒ 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 ☐ 委託する						
委託する場合の委託先	商号、名称 又は氏名							
	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		☐ 医療法人 ☐ 社会福祉法人 ☒ 指定居宅サービス事業者 ☐ 指定地域密着型サービス事業者 ☐ 指定居宅介護支援事業者 ☐ 指定介護予防サービス事業者 ☐ 指定介護予防支援事業者 ☐ 上記以外の法人等						
サービスを提供する者の人数	☐ 医師	人員	人	☐ 社会福祉士	人員	人		
	☐ 看護師	人員	人	☐ 介護支援専門員	人員	人		
	☐ 准看護師	人員	人	☒ 養成研修修了者	人員	2 人		
	☒ 介護福祉士	人員	4人	☒ 上記以外の職員	人員	4 人		
			合計	人員	10 人			
常駐する場所		☒ 同一の敷地内 ☐ 隣接する土地) ☐ 近接する土地 (所在地)						
常駐する日		☒ 365日対応 ☐ 次の期間を除く ()						
常駐する時間	日中	9時	0分	～	18時	分	人員	1人
	上記以外の時間	18時	0分	～	9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	1日2回以上巡回を行い、食事提供時に安否確認を行う ☐ 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)						毎日	2回
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	☐ 24時間					
	通報方法	居室内に設置の緊急通報装置						
	通報先	住宅内の事務室				通報先から住宅までの到着時間	1分	
緊急時における 対応の内容	各居室に設置されている緊急通報装置のコールが押された場合や、安否確認の際に異常を感じた場合等は、住宅内の事務室待機職員が24時間対応致します。							
生活相談サービスの内容	日常生活を送る中で、お困りごと、介護度が重くなった場合のご不安等について職員が随時ご相談をお受け致します。							
	提供日	☒ 365日対応 ☐ その他 ()						
	提供時間	9時	0分	～	18時	0分		
サービス提供の 対価(概算額)	月額※	約	25,000円	前払金の				
	前払金	約	0円	算定方法				
備考	夜間帯(18時から9時)については、住宅内の事務室待機職員で対応します。							

※：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		☐ 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 ☒ 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) おのまるたまふーずかぶしがいいしゃ 小野マルタマフーズ株式会社			
	住所 (法人にあっては 主たる事務所の 所在地)	(郵便番号 675-1367) 兵庫県小野市敷地町1412番地の1 電話番号 0794-63-1110			
	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 675-1367) 兵庫県小野市敷地町1412番地の1 電話番号 0794-63-1110			
	食事提供を行う場所	☒ 食堂 ☒ 各居住部分 ☐ その他 ()			
提供方法	提供日	☒ 365日対応 ☐ その他 ()			
	内容	☒ 3食 ☐ 入居者が選択 ☐ 次の食事は提供しない ()			
	調理等	☒ 厨房で調理 ☐ 配食サービスを利用 ☐ その他 ()			
サービス提供の 対価（概算額）	月額※	約 47,000 円	内訳	朝食 400円 昼食 550円 夕食 617円	
	前払金	約 0 円	前払金の 算定方法		
備考		原則、食堂での食事提供だが、体調不良等の理由により食堂での食事提供ができない場合、各居住部分での食事提供とする。			

※：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		☐ 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 ☐ 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	☐ 365日対応 ☐ その他 ()		
		内容	☐ 入浴介護 ☐ 排せつ介護 ☐ 食事介護 ☐ その他 ()		
サービスを提供の対価（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
食事介助	☐ なし ☐ あり	☐ なし ☐ あり ☐ 包含 ☐ 都度			円／
排泄介助・おむつ交換	☐ なし ☐ あり	☐ なし ☐ あり ☐ 包含 ☐ 都度			円／
おむつ代		☐ なし ☐ あり ☐ 包含 ☐ 都度			円／
入浴（一般浴） 解除・清拭	☐ なし ☐ あり	☐ なし ☐ あり ☐ 包含 ☐ 都度			円／
特浴介助	☐ なし ☐ あり	☐ なし ☐ あり ☐ 包含 ☐ 都度			円／
身辺介助（移動・着替え等）	☐ なし ☐ あり	☐ なし ☐ あり ☐ 包含 ☐ 都度			円／
機能訓練	☐ なし ☐ あり	☐ なし ☐ あり ☐ 包含 ☐ 都度			円／
	☐ なし ☐ あり	☐ なし ☐ あり ☐ 包含 ☐ 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、2割又は3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		☐ 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 ☐ 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	☐ 365日対応 ☐ その他 ()		
		内容	☐ 調理 ☐ 洗濯 ☐ 掃除		
			☐ その他 ()		
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
調理	☐ なし ☐ あり	☐ なし ☐ あり ☐ 包含 ☐ 都度			円／
日常の洗濯	☐ なし ☐ あり	☐ なし ☐ あり ☐ 包含 ☐ 都度			円／
居室清掃	☐ なし ☐ あり	☐ なし ☐ あり ☐ 包含 ☐ 都度			円／
リネン交換	☐ なし ☐ あり	☐ なし ☐ あり ☐ 包含 ☐ 都度			円／
居室配膳・下膳	☐ なし ☐ あり	☐ なし ☐ あり ☐ 包含 ☐ 都度			円／
買物代行※4	☐ なし ☐ あり	☐ なし ☐ あり ☐ 包含 ☐ 都度			円／
役所手続き代行	☐ なし ☐ あり	☐ なし ☐ あり ☐ 包含 ☐ 都度			円／
	☐ なし ☐ あり	☐ なし ☐ あり ☐ 包含 ☐ 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、2割又は3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、サービスの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に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		☐ 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 ☐ 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	☐ 365日対応 ☐ その他 ()		
		内容	☐ 健康相談 ☐ 血圧等の測定 ☐ 定期検診 ☐ 通院等の付き添い ☐ その他 ()		
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
健康相談	☐ なし ☐ あり	☐ なし ☐ あり ☐ 包含 ☐ 都度			円／
血圧等の測定	☐ なし ☐ あり	☐ なし ☐ あり ☐ 包含 ☐ 都度			円／
定期検診	☐ なし ☐ あり	☐ なし ☐ あり ☐ 包含 ☐ 都度			円／
通院の付き添い※4	☐ なし ☐ あり	☐ なし ☐ あり ☐ 包含 ☐ 都度			円／
入退院の付き添い※4	☐ なし ☐ あり	☐ なし ☐ あり ☐ 包含 ☐ 都度			円／
服薬支援	☐ なし ☐ あり	☐ なし ☐ あり ☐ 包含 ☐ 都度			円／
生活指導・栄養指導	☐ なし ☐ あり	☐ なし ☐ あり ☐ 包含 ☐ 都度			円／
定期健康診断		☐ なし ☐ あり ☐ 包含 ☐ 都度			円／
	☐ なし ☐ あり	☐ なし ☐ あり ☐ 包含 ☐ 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、2割又は3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に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		☐ 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 ☐ 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	☐ 365日対応 ☐ 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
	☐ なし ☐ あり	☐ なし ☐ あり ☐ 包含 ☐ 都度	円／		
	☐ なし ☐ あり	☐ なし ☐ あり ☐ 包含 ☐ 都度	円／		
	☐ なし ☐ あり	☐ なし ☐ あり ☐ 包含 ☐ 都度	円／		
	☐ なし ☐ あり	☐ なし ☐ あり ☐ 包含 ☐ 都度	円／		
	☐ なし ☐ あり	☐ なし ☐ あり ☐ 包含 ☐ 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、2割又は3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に明確にして記入する。