重要事項説明書

住宅型有料老人ホーム　「紬葵」

運営会社：有限会社　BLOOM

別記様式1(第4章1関係)　　年　月　日

登録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　兵庫県たつの市龍野町北龍野26-1
商号、名称又は氏名 有限会社BLOOM　印
取締役　北村 博
代理人　所属　有限会社BLOOM
職名及び氏名　管理責任者　北村 博　印

住宅型有料老人ホームへの入居に係る契約を締結するに当たり、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。 協力医療機関や介護施設とも連携し、医療介護専門職による自立支援のサポートを行います。

1. 住宅型有料老人ホームの名称及び所在地

住宅の名称	(ふりがな) つむぎ 紬葵
所在地	(住居表示※) 兵庫県たつの市揖保川町山津屋字長田67番、67番1
利用交通手段	■ 1. 電車　(　JR山陽本線 線　竜野 駅から　徒歩 で　8 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　年　月　日から　年　月　日まで
施設に関する権限	■ 1. 所有権　□ 2. 賃借権　□ 3. 使用貸借による権利 期間　年　月　日から　年　月　日まで
敷地に関する権限	■ 1. 所有権　□ 2. 地上権　□ 3. 賃借権　□ 4. 使用貸借による権利 期間　年　月　日から　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. 住宅型有料老人ホーム事業を行う者

法人・個人の別	■ 法人　□ 個人	
商号、名称又は氏名	(ふりがな) ゆうげんがいしゃ　ぶるーむ 有限会社BLOOM	
住所(法人にあっては主たる事務所の所在地)	(郵便番号　679-4171　) 兵庫県たつの市龍野町北龍野26-1 電話番号　0791-62-0220	
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. 住宅型有料老人ホーム事業を行う者の事務所

事務所の名称	(ふりがな) ゆうげんがいしゃ ぶるーむ 有限会社BLOOM
事務所の所在地	(郵便番号　679-4171　　) 兵庫県たつの市龍野町北龍野26-1 電話番号　0791-62-0220

4. 住宅型有料老人ホームの戸数、規模並びに構造及び設備

住宅戸数	登録申請対象戸数　19 戸		入居定員　19 人
居住部分の規模	(最小)　18.30 ㎡		詳細については、別添3のとおり
	(最大)　18.30 ㎡		
構造及び設備	共同利用設備　■ あり　□ なし		
	構造　木　造		階数　2 階建
竣工の年月	2024 年　4 月　1 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. 住宅型有料老人ホームの入居契約、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	□ 高齢者の居住の安定確保に関する法律法第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	解約条項	入居者の行動が他の入居者・職員の生命に危害を及ぼすかその恐れがあり、通常の介護方法・接遇方法では防止できない場合、6か月間の家賃等の滞納など
		解約予告期間	6箇月
	入居者からの解約予告期間		1箇月

※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※	2024 年　4 月　1 日 から

6. 住宅型有料老人ホーム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
	状況把握・生活相談	■ 自ら　□ 委託	約 16,000 円	
	食事の提供	□ 自ら　■ 委託　□ 提供しない	約 44,000 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 50,000 円	住戸ごとの内容は、別添3のとおり	
	(最高) 約 50,000 円		
共益費の概算額	(最低) 約 25,000 円		
	(最高) 約 25,000 円		
敷金の概算額	(最低) 約 100,000 円	家賃の 2.0 月分	
	(最高) 約 100,000 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。サービス費、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2年に1回改定する家賃等の費用 場合があります。	
	手続	運営懇談会の意見を聴きます。	
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		
支払い委託方式	収納会社名	NSS日本システム収納(株)	
引き落としについて	毎月、NSSが指定の口座より料金を口座振替で代行させていただきます。		
支払いについて	締め日 毎月末　引き落とし日 毎月26日	＊日曜・祝日の場合は翌日となります	
家賃等の前払金の算定の基礎	家賃	月額家賃の一部(20,000円又は30,000円)×想定居住期間61月	
返還額の算定方法	入居後3箇月以内の契約解除等	前払金－(月額家賃の一部÷30日×入居日から契約解除日までの日数)	
	入居後3箇月を超えた契約解除等	(月額家賃の一部÷30日)×契約解除日から想定居住期間満了までの日数	
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 : 上乗せ介護費(月額) 円		□ 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		

※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. 住宅型有料老人ホームの管理の方法等

管理の方式	■ 自ら管理 □ 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	□ あり ■ 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. 住宅型有料老人ホーム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) うえだはーとくりにっく うえだハートクリニック
医療機関の所在地	(郵便番号　671-1611　　) 兵庫県たつの市揖保川町新在家15−121 電話番号　0791-76-7006
診療科目	内科、循環器内科、小児科
連携又は協力の内容	内科医の訪問診療、年1回の健康診断実施(医療費その他の費用は入居者の自己負担。以下同様。)。
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) いなだしかくりにっく いなだ歯科クリニック
歯科医療機関の所在地	(郵便番号　671-1611　　) たつの市揖保川町新在家207-16 電話番号　0791-72-7222
連携又は協力の内容	
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

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。

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)

<table>
<tr><td>体験入居</td><td colspan="5">■ あり　内容(入居を前提とした慣らし入居を目的とし、入居者と同等の生活を行う。)
□ なし</td></tr>
<tr><td rowspan="11">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</td><td colspan="2">入居後に居住部分の変更をお願いする場合</td><td colspan="3">□ 一時介護室へ移る場合
□ 介護居室へ移る場合
□ その他　内容( )</td></tr>
<tr><td colspan="2">変更をお願いする判断基準の内容</td><td colspan="3">常時介護が必要になった場合に、一般居室から介護居室への住み替えを求める場合があります。</td></tr>
<tr><td colspan="2">変更をお願いする手続の内容</td><td colspan="3">①弊社が指定する医師の意見を聴く
②概ね3箇月間の観察期間を置く
③本人・身元引受人の同意を得る</td></tr>
<tr><td colspan="2">居住部分を利用する権利の取扱い</td><td colspan="3">住み替え後の居室に移行</td></tr>
<tr><td colspan="2">追加的費用の有無</td><td colspan="3">□ あり　□ なし</td></tr>
<tr><td colspan="2">前払金償却の調整の有無</td><td colspan="3">□ あり　□ なし</td></tr>
<tr><td rowspan="5">従前の居住部分から面積又は仕様が変更になる場合</td><td>面積の変更</td><td>□ あり　□ なし</td><td>台所の変更</td><td>□ あり　□ なし</td></tr>
<tr><td>便所の変更</td><td>□ あり　□ なし</td><td>収納の変更</td><td>□ あり　□ なし</td></tr>
<tr><td>洗面の変更</td><td>□ あり　□ なし</td><td>その他の変更</td><td>□ あり　□ なし</td></tr>
<tr><td>浴室の変更</td><td>□ あり　□ なし</td><td colspan="2">内容( )</td></tr>
<tr><td colspan="5"></td></tr>
<tr><td>職員体制</td><td colspan="5">別添6のとおり</td></tr>
<tr><td rowspan="5">入居者からの苦情に対する窓口等の状況</td><td colspan="2">窓口の名称</td><td colspan="3">有限会社BLOOM　苦情・相談窓口</td></tr>
<tr><td colspan="2">電話番号</td><td colspan="3">0791－62－0220</td></tr>
<tr><td rowspan="3">対応している時間</td><td>平日</td><td colspan="3">9:00～17:00</td></tr>
<tr><td>土曜日</td><td colspan="3">対応していない</td></tr>
<tr><td>日曜・祝日</td><td colspan="3">対応していない</td></tr>
<tr><td colspan="2">定休日</td><td colspan="3">土・日・祝　長期休暇(GW・お盆休み・年末年始)</td></tr>
<tr><td rowspan="5">緊急時等における対応方法</td><td colspan="2">体調の急変等医療が必要になったときの対応</td><td colspan="3">24時間各住戸及び共用設備に設置する緊急呼び出しを押していただければ詰め所及び職員が携帯しているPHSにて通報を受信の上、職員が駆けつけ、必要に応じて救急車の手配、家族の連絡を行います。</td></tr>
<tr><td colspan="2">緊急やむを得ず身体的拘束を行う際の手続</td><td colspan="3">身体拘束は原則として禁止しており、三原則(切迫性・非代替性・一時性)に照らし、緊急時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。継続して行う場合には経過を記録し、おおむねか月ごとに同意書を頂きます。</td></tr>
<tr><td colspan="2">事故発生時の対応</td><td colspan="3">本契約に基づき、介護サービスなどを利用者様に提供した場合に、万が一事故が発生し、利用者の生命、身体などに障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、家族への連絡など)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り組みを実施いたします。</td></tr>
<tr><td colspan="2">事故に関する緊急時対応マニュアルの有無</td><td colspan="3">■ あり
□ なし</td></tr>
<tr><td colspan="2">損害賠償責任保険の加入状況</td><td colspan="3">■ あり　内容(あいおいニッセイ同和損害保険株式会社)
□ なし</td></tr>
<tr><td></td><td colspan="2">耐火構造</td><td colspan="3">□ 耐火建築物　■ 準耐火建築物　□ その他( )</td></tr>
</table>

防火体制	消化器	■ 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　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		☐ あり　実施日（　　）　結果の開示 ☐ あり ☐ なし ■ なし						
運営懇談会		■ あり　開催頻度（2回/年　　） 構成員（管理者、職員、入居者代表　　） ☐ 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								

入居者の状況	（記入日：2026 年 7 月 1 日現在）		登録戸数(a)	19 戸	入居戸数(b)	19 戸	入居率(b/a)	100.0 %
			入居定員(c)	19 人	入居者数(d)	19 人	充足率(d/c)	100.0 %
	入居者の内訳	性別	男性	2 人	女性	17 人		
		年齢別	～59歳	0 人	60～64歳	0 人	65～74歳	0 人
			75～84歳	6 人	85歳～	13 人	平均年齢	87.5 歳
		要介護等状態区分別	自立	0 人	要支援1	0 人	要支援2	1 人
			要介護1	6 人	要介護2	5 人	要介護3	3 人
			要介護4	1 人	要介護5	3 人		
		入居期間別	6箇月未満	0 人	6箇月以上1年未満	3 人	1年以上5年未満	16 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	1 人	医療機関	2 人
			死亡	1 人	その他	人	合計	5 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	5 人	解約事由の例	入院または介護施設への入所			

上記につきまして、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　　印

代理人（連帯保証人）

住所

氏名　　印

乙との続柄

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
きたむら　ひろし 北村　博	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。

別添2

役　員　名　簿

（登録申請者が未成年者で、その法定代理人が法人である場合に作成）

（ふりがな） 氏　　名	役名等

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。

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	18.30	×	○	○	×	×	○	14	101～104、201～205、210～214	45,000
1	21.35	×	○	○	×	×	○	4	206～209	45,000
1	18.60	×	○	○	×	×	○	7	106～112	45,000
1	19.20	×	○	○	×	×	○	1	105	45,000

※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
浴室	3	62.10	1階事務室斜前、2階EV前	26	
台所	4	24.50	1階食堂隣、2階廊下南端	26	
食堂・居間	1	60.40	1階事務室隣	26	
洗濯室	2	19.50	1階事務室前、2階EV前	26	

※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		■ 住宅型有料老人ホーム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）　ゆうげんかいしゃ　ぶるーむ 有限会社BLOOM			
	住　所（法人にあっては主たる事務所の所在地）	（ 郵便番号 679-4170 ） 兵庫県たつの市龍野町中霞城149 電話番号 0791-63-3033			
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　3 人
		■ 介護福祉士	人員　3 人	□ 上記以外の職員	人員　人
				合　計	人員　6 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	0 時　0 分　～　24 時　0 分			人員　1 人
	上記以外の時間	時　分　～　時　分			人員　人
毎日1回以上の状況把握サービスの提供方法		居室内の入居者の動態把握と、居室への訪問の併用			毎日　1 回
		□ 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	□ 24時間		
	通報方法	ナースコール			
	通報先	1階事務室、常駐職員のPHS		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　15,000 円	前払金の算定方法		
	前払金	約　0 円			
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)

<table>
<tr><td colspan="2">提供形態</td><td colspan="4">☐ 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</td></tr>
<tr><td rowspan="3">委託する場合の委託先</td><td>商号、名称又は氏名</td><td colspan="4">(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 colspan="4">(郵便番号　　)
電話番号</td></tr>
<tr><td>住　所
(法人にあっては本業務に係る事業所の所在地)</td><td colspan="4">(郵便番号　　)
電話番号</td></tr>
<tr><td colspan="2">食事提供を行う場所</td><td colspan="4">☐ 食堂　☐ 各居住部分　☐ その他　(　　)</td></tr>
<tr><td colspan="2" rowspan="3">提供方法</td><td>提供日</td><td colspan="3">☐ 365日対応　☐ その他　(　　)</td></tr>
<tr><td>内容</td><td colspan="3">☐ 3食　☐ 入居者が選択　☐ 次の食事は提供しない　(　　)</td></tr>
<tr><td>調理等</td><td colspan="3">☐ 厨房で調理　☐ 配食サービスを利用　☐ その他　(　　)</td></tr>
<tr><td colspan="2" rowspan="2">サービス提供の対価(概算額)</td><td>月額※</td><td>約　　円</td><td>内訳</td><td>朝食　　円　昼食　　円　夕食　　円</td></tr>
<tr><td>前払金</td><td>約　　円</td><td>前払金の算定方法</td><td></td></tr>
<tr><td colspan="2">備考</td><td colspan="4"></td></tr>
</table>

※: 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		☐ 住宅型有料老人ホーム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）介助・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		□ 住宅型有料老人ホーム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	□ 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		□ 住宅型有料老人ホーム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
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		☐ 住宅型有料老人ホーム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
	☐ 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を明確にして記入する。

別添5

特定施設入居者生活介護等の月額費用算定表（介護保険給付対象分）

（特定施設入居者生活介護事業所（外部サービス利用型を除く）、地域密着型特定施設入居者生活介護事業所
又は介護予防特定施設入居者生活介護事業所（外部サービス利用型を除く）の指定を受けている場合に作成）

：入力セル

※1箇月　　日の場合

住宅所在市町	
地域区分	
1単位の単価	

地域区分	兵庫県内対象市町	単価
3級地	西宮市、芦屋市、宝塚市	10.68円
4級地	神戸市	10.54円
5級地	尼崎市、伊丹市、川西市、三田市	10.45円
6級地	明石市、猪名川町	10.27円
7級地	姫路市、加古川市、三木市、高砂市、稲美町、播磨町	10.14円
その他	上記以外の市町	10.00円

1. 月額費用

要介護状態区分	基本単位数	A	加減算単位数の計 (注) B	介護職員処遇改善加算単位数 C=(A+B)*加算率	総単位数 D=A+B+C	総費用額 E=D*1単位の単価	利用者負担額(1割) F=E-E*90/100	利用者負担額(2割) G=E-E*80/100	利用者負担額(3割) H=E-E*70/100
要支援1	(180単位/日)	0単位	0単位	0単位	0単位	0円	0円	0円	0円
要支援2	(309単位/日)	0単位	0単位	0単位	0単位	0円	0円	0円	0円
要介護1	(534単位/日)	0単位	0単位	0単位	0単位	0円	0円	0円	0円
要介護2	(599単位/日)	0単位	0単位	0単位	0単位	0円	0円	0円	0円
要介護3	(668単位/日)	0単位	0単位	0単位	0単位	0円	0円	0円	0円
要介護4	(732単位/日)	0単位	0単位	0単位	0単位	0円	0円	0円	0円
要介護5	(800単位/日)	0単位	0単位	0単位	0単位	0円	0円	0円	0円

(注)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、看取り介護加算及び介護職員処遇改善加算を除く。

（加減算の算定状況）

加減算種別		算定	加減算単位数		
身体拘束廃止未実施減算	要支援1		(-18単位/日)		
	要支援2		(-31単位/日)		
	要介護1		(-53単位/日)		
	要介護2		(-60単位/日)		
	要介護3		(-67単位/日)		
	要介護4		(-73単位/日)		
	要介護5		(-80単位/日)		
入居継続支援加算			(36単位/日)		※要介護者のみ
生活機能向上連携加算			(200単位/月) または (100単位/月)		※個別機能訓練加算なしの場合は200単位/月、同加算ありの場合は100単位/月
個別機能訓練加算			(12単位/日)		
夜間看護体制加算			(10単位/日)		※要介護者のみ
医療機関連携加算			(80単位/月)		
口腔衛生管理体制加算			(30単位/月)		
認知症専門ケア加算	(Ⅰ)		(3単位/日)		
	(Ⅱ)		(4単位/日)		
サービス提供体制強化加算	(Ⅰ)イ		(18単位/日)		
	(Ⅰ)ロ		(12単位/日)		
	(Ⅱ)		(6単位/日)		
	(Ⅲ)		(6単位/日)		

加算種別		算定	加算単位数
介護職員処遇改善加算	(Ⅰ)		(基本単位数＋加減算単位数の計)×8.2%
	(Ⅱ)		(基本単位数＋加減算単位数の計)×6.0%
	(Ⅲ)		(基本単位数＋加減算単位数の計)×3.3%
	(Ⅳ)		(基本単位数＋加減算単位数の計)×3.3%×90/100
	(Ⅴ)		(基本単位数＋加減算単位数の計)×3.3%×80/100

2. 若年性認知症入居者受入加算を算定する場合の追加費用

加算種別	算定	加算単位数 I	介護職員処遇改善加算単位数 J=I*加算率	合計単位数 K=I+J	費用額 L=K*1単位の単価	利用者負担額(1割) M=L-L*90/100	利用者負担額(2割) N=L-L*80/100	利用者負担額(3割) O=L-L*70/100
若年性認知症入居者受入加算		(120単位/日)	0単位	0単位	0円	0円	0円	0円

3. 栄養スクリーニング加算を算定する場合の追加費用（実施月のみ・6月に1回を限度）

加算種別	算定	加算単位数 P	介護職員処遇改善加算単位数 Q=P*加算率	合計単位数 R=P+Q	費用額 S=R*1単位の単価	利用者負担額(1割) T=S-S*90/100	利用者負担額(2割) U=S-S*80/100	利用者負担額(3割) V=S-S*70/100
栄養スクリーニング加算		(5単位/回)	0単位	0単位	0円	0円	0円	0円

4. 退院・退所時連携加算を算定する場合の追加費用(要介護者・入居から30日以内のみ)

加算種別	算定	加算単位数		介護職員処遇改善加算単位数	合計単位数	費用額	利用者負担額(1割)	利用者負担額(2割)	利用者負担額(3割)
			W	X=W*加算率	Y=W+X	Z=Y*1単位の単価	A'=Z-Z*90/100	B'=Z-Z*80/100	C'=Z-Z*70/100
退院・退所時連携加算		(30単位/日)		0単位	0単位	0円	0円	0円	0円

5. 看取り介護加算を算定する場合の追加費用(要介護者・死亡月のみ)

加算種別	算定	加算単位数		介護職員処遇改善加算単位数	合計単位数	費用額	利用者負担額(1割)	利用者負担額(2割)	利用者負担額(3割)
			D'	E'=D'*加算率	F'=D'+E'	G'=F'*1単位の単価	H'=G'-G'*90/100	I'=G'-G'*80/100	J'=G'-G'*70/100
看取り介護加算		死亡日以前4日以上30日以下 (144単位/日)							
		死亡日の前日及び前々日 (680単位/日)							
		死亡日 (1280単位/日)							
		最大	0単位	0単位	0単位	0円	0円	0円	0円

別添6

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					
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）					
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					
調理員					
事務員					
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※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			
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			
はり師			
きゅう師			

4. 夜勤を行う職員の人数

夜勤帯の設定時間	時　分 ～ 時　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)			
看護職員			
介護職員			

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※	□ 1.5:1以上 □ 2:1以上 □ 2.5:1以上 □ 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	職名・氏名			
	他の職務との兼務	□ あり	□ なし	
	業務に係る資格	□ あり	資格の名称	
		□ 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	□ あり	□ なし		