

利用者コード 101

利用者名 更新提出用 様

重説説明日 2025年7月14日

重要事項説明書

敷金の有無

敷金あり

敷金なし

敷金受領日

敷金受領金額 0

生活保護受給者の確認

受給対象者

SS Life Communications株式会社

兵庫県伊丹市荻野1丁目85番-1

利用者コード 101

利用者名 更新提出用 様

別記様式1(第4章1関係)

重説契約年月

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 兵庫県伊丹市荻野1丁目85番一1

商号、名称又は氏名 SS Life Communications(株) 印

代表取締役 白樫 芳和

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

私たちは、地域社会・地域福祉の充実を使命とし、きわめて公共性・公益性を重視した事業の運営をしています。地域住民の皆様と協力し、福祉サービスを必要とする全ての人々が、地域社会を構成する一員として、自立した日常生活(社会・経済・文化その他の社会活動に参加できる機会が与えられるように。)がおくれるよう地域福祉の推進に努めています。

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) サービスツキコウレイシヤムケジュウタク ワイワイノモリ サービス付き高齢者向け住宅 ワイワイの森
所在地	(住居表示※) 兵庫県伊丹市荻野1丁目85番一1
利用交通手段	<input checked="" type="checkbox"/> 1. 電車 (JR福知山 線 伊丹 駅から 車で 15 分) <input type="checkbox"/> 2. その他 ()
住宅に関する 権原	<input type="checkbox"/> 1. 所有権 <input type="checkbox"/> 2. 賃借権 <input checked="" type="checkbox"/> 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 権原	<input type="checkbox"/> 1. 所有権 <input type="checkbox"/> 2. 賃借権 <input checked="" type="checkbox"/> 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 権原	<input type="checkbox"/> 1. 所有権 <input type="checkbox"/> 2. 地上権 <input type="checkbox"/> 3. 賃借権 <input checked="" type="checkbox"/> 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. 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) エスエスライフコミュニケーションズカブシキカイシャ SS Life Communications株式会社
住所 (法人にあつては主 たる事務所の所在 地)	(郵便番号 664-0002) 兵庫県伊丹市荻野1丁目85番一1 電話番号 (代)072-773-5751
法人の役員	別添1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) エスエスライフコミュニケーションズカブシキカイシャ SS Life Communications株式会社
事務所の所在地	(郵便番号 664-0002) 兵庫県伊丹市荻野1丁目85番一1 電話番号 (代)072-773-5751

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	18 戸	入居定員	22 人
居住部分の規模	(最小)	25.67 m ²	詳細については、別添3のとおり	
	(最大)	38.09 m ²		
構造及び設備	共同利用設備	<input type="checkbox"/> あり <input checked="" type="checkbox"/> なし		
	構造	木造モルタル 造	階数	2 階建
竣工の年月	2009 年 1 月 5 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		
入居者の資格	次の①又は②に該当する者である。 <input checked="" type="checkbox"/> 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		
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	入居契約第11条
		解約予告期間	即日～6か月
	入居者からの解約予告期間	30日前	

※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

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	<input checked="" type="checkbox"/> 自ら <input type="checkbox"/> 委託	約 25,000 円	
食事の提供	<input checked="" type="checkbox"/> 自ら <input type="checkbox"/> 委託 <input type="checkbox"/> 提供しない	約 45,000 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 15,000 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 20,000 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 20,000 円		
	その他	<input type="checkbox"/> 自ら <input type="checkbox"/> 委託 <input type="checkbox"/> 提供しない	約 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	140,000 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	150,000 円	家賃の	2.0 月分
	(最高) 約	280,000 円		

入居者に対するサービス提供の有無	<input type="checkbox"/> あり <input checked="" type="checkbox"/> なし
利用者の利用形態によるサービスの提供	個別利用(あり)

※申請内容が変更された場合は、入居者生活支援課(072-777-1351)へお問い合わせください。変更内容が変更された場合は、入居者生活支援課(072-777-1351)へお問い合わせください。また、サービス提供内容の変更については、入居者生活支援課(072-777-1351)へお問い合わせください。

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 (管理業務委託)	
管理業務の委託先	
番地、名称 又は氏名	(入居者用)
住所 (法人にあっては主たる事務所の所在地)	〒100-0001 東京都千代田区千代田1-1-1
修繕計画	
計画策定の有無	<input type="checkbox"/> あり <input checked="" type="checkbox"/> なし
大規模修繕の計画 年度	2024年度
その後の修繕の計画 年度	

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
デイサービスグッデスマイル	入浴・機能訓練・食事・健康管理・レクリエーション等	<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
訪問介護 ポカボカスマイル	身体介護(排泄・食事介助等)、生活支援(室内清掃・洗濯等)	<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)

協力医療機関	
医療機関の名称	(ふりがな) ミヤソウビョウイン タナカセウイン みやそう病院 田中病院
医療機関の所在地	(郵便番号 664-0007) 660-0084 兵庫県伊丹市北野2丁目113番地3 尼崎市武庫川町2丁目2番地 電話番号 072-777-1351 06-6416-6931
診療科目	内科、外科総合病院 内科、外科、整形外科、皮膚科、放射線科
連携又は協力の内容	施設内訪問診療及び入院(入居者の要請) リハビリテーション科
医療機関の名称	(ふりがな) ドウファミリークリニック とうまいるいっく どうファミリークリニック 幸多クリニック
医療機関の所在地	(郵便番号 664-0858) 664-0898 兵庫県伊丹市西台3-7-7 伊丹市千僧3丁目143 エイブイビル301 電話番号 072-777-8118 072-783-3600
診療科目	内科 内科、形成外科 必要相談
連携又は協力の内容	施設内訪問診療(入居者の要請)

協力歯科医療機関	
医療機関の名称	(ふりがな) キョウシンリョウシヨ 清田診療所
医療機関の所在地	(郵便番号 663-8006) 兵庫県西宮市段上町2丁目1-10 電話番号 0798-54-2250
連携又は協力の内容	施設内訪問診療(入居者の要請)
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) ケイデンタルクリニック Kデンタルクリニック
事業所の所在地	(郵便番号) 大阪府吹田市南吹田5-1-30 電話番号 06-6192-7799
連携又は協力の内容	施設内訪問歯科診療(入居者の要請)

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

基本方針及び兵庫県の「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)

体験入居	<input checked="" type="checkbox"/> あり 内容() <input type="checkbox"/> なし		
入居者に居住部分の竣工検査を行う場合 竣工検査を実施する場合 入居者に居住部分の竣工検査を行う場合 竣工検査を実施する場合 入居者に居住部分の竣工検査を行う場合 竣工検査を実施する場合 入居者に居住部分の竣工検査を行う場合 竣工検査を実施する場合 入居者に居住部分の竣工検査を行う場合 竣工検査を実施する場合 入居者に居住部分の竣工検査を行う場合 竣工検査を実施する場合	<input type="checkbox"/> 一時介護施設へ移る場合 <input type="checkbox"/> 介護施設へ移る場合 <input type="checkbox"/> その他 内容()		
	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし		
	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし		
	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし		
	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし		
	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし		
	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし		
	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし		
	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし		
	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし		
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	①サービス付き高齢者向け住宅 ワイワイの森相談窓口 ② 阪神北県民局宝塚健康福祉事務所監査課	
	電話番号	①072-773-5751 ②0797-61-5174	
	対応している時間	平日	①9:00~18:00 ②9:00~17:15
		土曜日	①9:00~18:00
		日曜・祝日	①9:00~18:00
定休日	①無し ②土日祝日・12/29~1/3		
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 2 回実施)			
アンケート調査、意見箱等入居者の意見を把握する取組の状況	<input checked="" type="checkbox"/> あり 実施日() 結果の開示 <input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 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時間各居室に設置してあるコールボタンを押していただければ、職員が駆けつけます。必要に応じて救急車の手配やご家族への連絡など緊急対応します。	
	緊急やむを得ず身体的拘束を行う際の手続	身体拘束原則致しません。ただし、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、家族等への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か月ごとに同意書をいただきます。	
	事故発生時の対応	本契約に基づき、介護サービス等を利用者に提供した場合に、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、家族等への連絡)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(東京海上火災 超ビジネス保険) <input type="checkbox"/> なし

運営懇談会	<input checked="" type="checkbox"/> あり 開催頻度(年2回) 構成員(地域代表者、包括センター、) <input type="checkbox"/> なし
-------	---

第三者による評価の実施状況	<input checked="" type="checkbox"/> あり 実施日(年2回) 結果の開示 <input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし 評価機関名(ワイワイの森評議委員会) <input 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 type="checkbox"/> 希望者に公開	<input checked="" 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 type="checkbox"/> 希望者に公開	<input checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> 希望者に配布	<input type="checkbox"/> 非公開	<input type="checkbox"/> 未作成
	財務諸表の要旨	<input type="checkbox"/> 希望者に公開	<input checked="" type="checkbox"/> 希望者に配布	<input type="checkbox"/> 非公開	<input type="checkbox"/> 未作成
	財務諸表の原本	<input type="checkbox"/> 希望者に公開	<input checked="" type="checkbox"/> 希望者に配布	<input type="checkbox"/> 非公開	<input type="checkbox"/> 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	無し
--------------------------	----

入居者の状況	(記入日: 年 月 日現在)		登録戸数(a)	18 戸	入居戸数(b)	戸	入居率(b/a)	0.0 %
			入居定員(c)	22 人	入居者数(d)	人	充足率(d/c)	0.0 %
	入居者の内訳	性別	男性	人	女性	人		
		年齢別	～59歳	人	60～64歳	人	65～74歳	人
			75～84歳	人	85歳～	人	平均年齢	歳
		要介護等状態区分別	自立	人	要支援1	人	要支援2	人
	要介護1		人	要介護2	人	要介護3	人	
	要介護4		人	要介護5	人			
	入居期間別	6箇月未満	人	6箇月以上1年未満	人	1年以上5年未満	人	
		5年以上10年未満	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	人	社会福祉施設等	人	医療機関	人
			死亡	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		人	解約事由の例					

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)に基づき書面による説明を受けました。

2025年7月14日	(説明を受けた者)		
	借主(乙)	住所 氏名	更新提出用 印
	代理人	住所 氏名 乙との続柄	印

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	1	8.45	1階EV横	18	
台所	1	8.28	1階食堂横(厨房)		
食堂	2	49.68	1階フロント横		
居間	1	13.24	2階食堂横		
収納設備	0				

※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					
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 checked="" type="checkbox"/> 社会福祉士	人員	1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	2人		
				合計	人員	3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	8時	00分	～	17時	30分	人員	1人
	上記以外の時間	17時	30分	～	8時	00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	時 分 ～ 時 分					
		上記以外の日	<input checked="" type="checkbox"/> 24時間					
	通報方法	緊急コール(緊急通報装置:居室3か所設置)						
	通報先	1階受付		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 25,000(定額) 円	前払金の算定方法	当施設では、前払いは受け取っていません。
	前払金	約 円		
備考	※本編第6項「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」より「物価の変動・人件費の上昇により改訂する場合があります。」			

※： 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 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	
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"/> 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 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 45,000 円	内訳	朝食 300 円 昼食 550 円 夕食 650 円
	前払金	約 円	前払金の算定方法	当施設では、前払いは受け取っていません。
備考	※本編第6項「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」より「物価の変動・人件費の上昇により改訂する場合があります。」			

※： 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。

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	
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"/> 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 (居室の清掃)		
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	当施設では、前払いは受け取っていません。
	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)		個別の利用料で実施するサービス(利用者が全額負担※3)		
サービスの別	特定施設入居者生活介護費で実施するサービス(利用者全額負担※3)	個別の利用料で実施するサービス(利用者が全額負担※3)		単位/回数
食事介護	<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"/> 単独	円 /
入浴介護	<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"/> 単独	円 /
排せつ介護	<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"/> 単独	円 /
入浴(一般)	<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"/> 単独	円 /
排せつ(一般)	<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"/> 単独	円 /
食事介護(移動・排泄等)	<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"/> 単独	円 /

提供形態	<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 /
提供形態	<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	※本編第6項「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」より「物価の変動・人件費の上昇により改訂する場合があります。」			

- ※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含まれる場合と、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 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	
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"/> 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※1	約	円	当施設では、前払い金は受け取っていません。
	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)		個別の利用料で実施するサービス(利用者が全額負担※3)		
サービス提供の対価(概算額)	月額※1	約	円	当施設では、前払い金は受け取っていません。
サービス提供の対価(概算額)	月額※1	約	円	当施設では、前払い金は受け取っていません。
サービス提供の対価(概算額)	月額※1	約	円	当施設では、前払い金は受け取っていません。
サービス提供の対価(概算額)	月額※1	約	円	当施設では、前払い金は受け取っていません。
サービス提供の対価(概算額)	月額※1	約	円	当施設では、前払い金は受け取っていません。
サービス提供の対価(概算額)	月額※1	約	円	当施設では、前払い金は受け取っていません。
サービス提供の対価(概算額)	月額※1	約	円	当施設では、前払い金は受け取っていません。
サービス提供の対価(概算額)	月額※1	約	円	当施設では、前払い金は受け取っていません。
サービス提供の対価(概算額)	月額※1	約	円	当施設では、前払い金は受け取っていません。
備考	※本編第6項「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」より「物価の変動・人件費の上昇により改訂する場合があります。」			

- ※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含まれる場合と、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 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	
サービス番号	番号、名称 又は名称	()				
	住所 (法人にあっては 代表者の住所)	()				
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 type="checkbox"/> 定期検診 <input checked="" type="checkbox"/> 通院等の付き添い <input type="checkbox"/> その他 (服薬支援)				
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	当施設では、前払いは受け取っていません。	
	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)		個別の利用料で実施するサービス(利用者が全額負担※3)				
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(利用者負担※3)	個別の利用料で実施するサービス(利用者負担※3)			徴収回数等	
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"/> 別取	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"/> 別取	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"/> 別取	円 /		
通院の付き添い	<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"/> 別取	円 /		
入居時の付添い	<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"/> 別取	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"/> 別取	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"/> 別取	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"/> 別取	円 /		
備考	※本編第6項「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」より「物価の変動・人件費の上昇により改訂する場合があります。」					

※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含まれる場合と、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 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	
サービス番号	番号、名称 又は名称	()				
	住所 (法人にあっては 代表者の住所)	()				
提供方法	提供日	<input type="checkbox"/> 365日対応		<input type="checkbox"/> その他 ()		
	内容	申出の内容に対応できる場合は、サービス提供させていただきます。				

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	当施設では、前払い金は受け取っていません。
	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)		個別の利用料で実施するサービス(利用者が全額負担※3)			
	特定施設入居者生活介護費で実施するサービス(利用者負担※3)	個別の利用料で実施するサービス(利用者が全額負担※3)			負担割合等
	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> 都度 <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"/> 都度 <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"/> 都度 <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"/> 都度 <input type="checkbox"/> 都度	円 /	
備考	※本編第6項「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」より「物価の変動・人件費の上昇により改訂する場合があります。」				

※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含まれる場合と、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		
管理者		1		デイサービス相談員
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)		1	1	サ高住管理者
直接処遇職員		1		
介護職員		1	2	デイサービス・訪問介護ヘルパ
看護職員			1	デイサービス・訪問介護看護
機能訓練指導員				
計画作成担当者			2	デイサービス・訪問介護ヘルパ
栄養士			5	デイサービス・訪問介護給仕
調理員			1	デイサービス・訪問介護事務
事務員			1	
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		2
初任者研修修了者		5
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		1
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	18時 00分 ~ 9時 00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)	1	1	1
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生活相談業務の体制	契約上の職員数(1名/1単位)	<input type="checkbox"/> 1.5以上 <input type="checkbox"/> 2以上 <input type="checkbox"/> 2.5以上 <input type="checkbox"/> 3以上
	実際の提供体制 (記入目的点での利用台数: 常勤換算職員数)	
ホームの職員数		
訪問介護事業所の名称		
訪問看護ステーションの名称		
訪問介護事業所の名称		

※: 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	代表取締役 白樫 芳和					
	他の職務との兼務	<input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし					
	業務に係る資格	<input checked="" type="checkbox"/> あり	資格の名称	社会福祉主事			
		<input type="checkbox"/> 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		<input type="checkbox"/> あり		<input checked="" type="checkbox"/> なし			