サービス付き高齢者向け住宅
グリーンヒルズアカシア

重要事項説明書

ポリーライフケアサービス有限会社

別記様式1（第5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）

貸主（甲）　住所　　兵庫県三木市志染町東自由が丘1丁目130-18
商号、名称又は氏名　ポリーライフケアサービス有限会社印
代表取締役　川邉久美子

代理人　住所
商号、名称又は氏名　　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（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

高齢者の安全を守りながら介護・医療サービスとの連携を図り、安心して毎日をすぐしていただけるように支援をいたします。

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）ぐりーんひるず　あかしあ グリーンヒルズ　アカシア
所在地	（住居表示※）兵庫県三木市緑が丘町中1丁目6－18
利用交通手段	■ 1．電車　（　神戸電鉄 線　緑が丘 駅から　バス で　2 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　平成 30 年 4 月 1 日から　平成 45 年 3 月 31 日まで
施設に関する権原	□ 1．所有権　■ 2．賃借権　□ 3．使用貸借による権利 期間　平成 30 年 4 月 1 日から　平成 30 年 3 月 31 日まで
敷地に関する権原	□ 1．所有権　□ 2．地上権　■ 3．賃借権　□ 4．使用貸借による権利 期間　平成 30 年 4 月 1 日から　平成 28 年 3 月 31 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） ポリーライフケアサービス有限会社	
住所（法人にあっては主たる事務所の所在地）	（郵便番号　673－0553　） 兵庫県三木市志染町東自由が丘1丁目130－18 電話番号　0794－87－2277	
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. 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) ポリーライフケアサービス有限会社
事務所の所在地	(郵便番号　673－0553　　) 兵庫県三木市志染町東自由が丘1丁目130－18 電話番号　090－2066－3835

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　23 戸		入居定員　23 人
居住部分の規模	(最小)　18.00 ㎡		詳細については、別添3のとおり
	(最大)　18.00 ㎡		
構造及び設備	共同利用設備　■ あり　□ なし		
	構造　鉄骨造　造		階数　3 階建
竣工の年月	2019 年　4 月　30 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	施設内は禁煙、集団生活で迷惑行為等が確認された場合は退去の場合があります。	
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	
		解約予告期間	
	入居者からの解約予告期間		

※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	□ 自ら　□ 委託	約　円	
	食事の提供	□ 自ら　□ 委託　■ 提供しない	約　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　55,000 円 （最高）　約　55,000 円	住戸ごとの内容は、別添3のとおり
共益費の概算額	（最低）　約　30,000 円 （最高）　約　30,000 円	
敷金の概算額	（最低）　約　330,000 円 （最高）　約　330,000 円	家賃の　6.0 月分
入院等による不在時における家賃等の費用の取扱い	入院時でも家賃は発生いたします。	
家賃等の費用の改定	条件	
	手続	
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	
家賃等の前払金の概算額	（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	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)		詳細については、別添5のとおり
	要支援1	円	円		
	要支援2	円	円		
	要介護1	円	円		
	要介護2	円	円		
	要介護3	円	円		
	要介護4	円	円		
	要介護5	円	円		

特定施設入居者生活介護等の加算の対象となるサービスの体制の有無	個別機能訓練加算	□ あり □ なし	夜間看護体制加算	□ あり □ なし
	医療機関連携加算	□ 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3のとおり		

※個別機能訓練加算、夜間看護体制加算、医療機関連携加算、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	年に一度の定期点検、随時修繕

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
ポリーライフケアサービス(有)	訪問介護、安否確認	□ 同一の建築物内 □ 同一の敷地内 ■ 隣接する土地
小規模多機能ホームいぶき	小規模多機能型居宅介護	□ 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) くろだひがしじゆうがおかしんりょうしょ 黒田東自由が丘診療所
医療機関の所在地	(郵便番号　673-0553　) 三木市志染町東自由が丘2丁目391 電話番号　0794－85－6213
診療科目	内科・小児科・循環器内科・呼吸器内科・消化器内科
連携又は協力の内容	往診、訪問看護
医療機関の名称	(ふりがな) 山本医院
医療機関の所在地	(郵便番号　) 兵庫県三木市緑が丘町本町1丁目2番2号 電話番号　0794－84－1775
診療科目	内科・循環器内・糖尿病内科・心療内科・漢方内科・女性内科
連携又は協力の内容	往診、訪問看護
協力歯科医療機関	
歯科医療機関の名称	(ふりがな) フジオカデンタルクリニック
歯科医療機関の所在地	(郵便番号　673-0532　) 三木市緑が丘町中1丁目7－2 電話番号　0794-85-1114
連携又は協力の内容	受診、衛生指導
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) 三木山陽病院
事業所の所在地	(郵便番号　) 三木市志染町吉田1213-1 電話番号　0794-85-3061
連携又は協力の内容	緊急時入院

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

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（　　）
☐ 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"></td></tr>
<tr><td colspan="2">変更をお願いする手続の内容</td><td colspan="3"></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"></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></td><td></td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td>職員体制</td><td colspan="5">別添3のとおり</td></tr>
<tr><td rowspan="6">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"></td></tr>
<tr><td colspan="2">電話番号</td><td colspan="3"></td></tr>
<tr><td rowspan="3">対応している時間</td><td>平日</td><td colspan="3"></td></tr>
<tr><td>土曜日</td><td colspan="3"></td></tr>
<tr><td>日曜・祝日</td><td colspan="3"></td></tr>
<tr><td colspan="2">定休日</td><td colspan="3"></td></tr>
<tr><td rowspan="4">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"></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"></td></tr>
<tr><td colspan="2">事故発生時の対応</td><td colspan="3"></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 rowspan="2"></td><td colspan="2">損害賠償責任保険の加入状況</td><td colspan="3">☐ あり　内容（　　）
☐ なし</td></tr>
<tr><td colspan="5"></td></tr>
<tr><td rowspan="5">防火体制</td><td>耐火構造</td><td colspan="4">☐ 耐火建築物　☐ 準耐火建築物　☐ その他（　　）</td></tr>
<tr><td>消化器</td><td>☐ あり　☐ なし</td><td>防火管理者</td><td>☐ あり　☐ なし</td></tr>
<tr><td>自動火災報知設備</td><td>☐ あり　☐ なし</td><td>消防計画</td><td>☐ あり　☐ なし</td></tr>
<tr><td>火災通報設備</td><td>☐ あり　☐ なし</td><td rowspan="2">避難訓練</td><td rowspan="2">☐ あり　☐ なし
（年　回実施）</td></tr>
<tr><td>スプリンクラー</td><td>☐ あり　☐ なし</td></tr>
</table>

<table>
<tr><td colspan="2">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</td><td colspan="8">☐ あり　実施日（　　）　結果の開示　☐ あり　☐ なし
☐ なし</td></tr>
<tr><td colspan="2">運営懇談会</td><td colspan="8">☐ あり　開催頻度（　　）
構成員（　　）
☐ なし</td></tr>
<tr><td colspan="2">第三者による評価の実施状況</td><td colspan="8">☐ あり　実施日（　　）　結果の開示　☐ あり　☐ なし
評価機関名（　　）
☐ なし</td></tr>
<tr><td rowspan="5">入居希望者への事前の情報開示</td><td colspan="2">入居契約書の雛形</td><td colspan="8">☐ 希望者に公開　☐ 希望者に配布　☐ 非公開　☐ 未作成</td></tr>
<tr><td colspan="2">管理規程</td><td colspan="8">☐ 希望者に公開　☐ 希望者に配布　☐ 非公開　☐ 未作成</td></tr>
<tr><td colspan="2">事業収支計画書</td><td colspan="8">☐ 希望者に公開　☐ 希望者に配布　☐ 非公開　☐ 未作成</td></tr>
<tr><td colspan="2">財務諸表の要旨</td><td colspan="8">☐ 希望者に公開　☐ 希望者に配布　☐ 非公開　☐ 未作成</td></tr>
<tr><td colspan="2">財務諸表の原本</td><td colspan="8">☐ 希望者に公開　☐ 希望者に配布　☐ 非公開　☐ 未作成</td></tr>
<tr><td rowspan="8">入居者の状況</td><td colspan="2" rowspan="2">（記入日：平成　年　月　日現在）</td><td>登録戸数(a)</td><td>戸</td><td>入居戸数(b)</td><td>戸</td><td>入居率(b/a)</td><td>%</td></tr>
<tr><td>入居定員(c)</td><td>人</td><td>入居者数(d)</td><td>人</td><td>充足率(d/c)</td><td>%</td></tr>
<tr><td rowspan="6">入居者の内訳</td><td>性別</td><td>男性</td><td>人</td><td>女性</td><td>人</td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td rowspan="2">年齢別</td><td>～59歳</td><td>人</td><td>60～64歳</td><td>人</td><td>65～74歳</td><td>人</td></tr>
<tr><td>75～84歳</td><td>人</td><td>85歳～</td><td>人</td><td>平均年齢</td><td>歳</td></tr>
<tr><td rowspan="2">要介護等状態区分別</td><td>自立</td><td>人</td><td>要支援1</td><td>人</td><td>要支援2</td><td>人</td></tr>
<tr><td>要介護1</td><td>人</td><td>要介護2</td><td>人</td><td>要介護3</td><td>人</td></tr>
<tr><td rowspan="2">入居期間別</td><td>要介護4</td><td>人</td><td>要介護5</td><td>人</td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td>6箇月未満</td><td>人</td><td>6箇月以上1年未満</td><td>人</td><td>1年以上5年未満</td><td>人</td></tr>
<tr><td rowspan="3">前年度における退去者の状況</td><td colspan="2" rowspan="2">退去先別の人数</td><td>5年以上10年未満</td><td>人</td><td>10年以上15年未満</td><td>人</td><td>15年以上</td><td>人</td></tr>
<tr><td>自宅</td><td>人</td><td>社会福祉施設等</td><td>人</td><td>医療機関</td><td>人</td></tr>
<tr><td rowspan="2">生前解約の状況</td><td>死亡</td><td>人</td><td>その他</td><td>人</td><td>合計</td><td>人</td></tr>
<tr><td>事業者側からの申し出</td><td>人</td><td>解約事由の例</td><td colspan="4"></td></tr>
<tr><td></td><td>入居者側からの申し出</td><td>人</td><td>解約事由の例</td><td colspan="4"></td></tr>
</table>

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。

年　月　日　　借主（乙）　住所

氏名　　印

別添2

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	住戸番号	月額家賃
		完備	便所	洗面	浴室	台所	収納	(戸)	するものを全て	(概算額) (円)
1	18.14	×	○	○	×	×	○	12	201～206号室 301～306号室	55,000
1	18.23	×	○	○	×	×	○	11	207～212号室 307～311号室	55,000

※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
台所、食堂、居間	2	65.82	2階1か所、3階1か所	23	台所設備は2階台所に2台、3階台所に2台設置
便所	2	5.06	2階、3階に各1か所	23	
脱衣室	3	11.36	2階1か所、3階2か所	23	
浴室	3	13.44	2階1か所、3階2か所	23	

※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3

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	（ふりがな）　ぽりーらいふけあさーびすゆうげんがいしゃ ポリーライフケアサービス有限会社				
	住　所 （法人にあっては主たる事務所の所在地）	（ 郵便番号 673-0532 ） 三木市緑が丘町本町1丁目271 電話番号 0794－87－2277				
サービスを提供する法人等の別		□ 医療法人　□ 指定居宅介護支援事業者 □ 社会福祉法人　■ 指定介護予防サービス事業者 ■ 指定居宅サービス事業者　□ 指定介護予防支援事業者 □ 指定地域密着型サービス事業者　□ 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　1 人	
		■ 看護師	人員　1 人	■ 介護支援専門員	人員　4 人	
		■ 准看護師	人員　1 人	■ 養成研修修了者	人員　10 人	
		■ 介護福祉士	人員　6 人	■ 上記以外の職員	人員　6 人	
				合　計	人員　29 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　三木市緑が丘町東1丁目1－23 ）				
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　0 分			人員　1 人	
	上記以外の時間	18 時　分　～　9 時　0 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		食事提供時間各3回			毎日　3 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　～　23 時　59 分			
		上記以外の日	■ 24時間			
	通報方法	緊急通報ベルでの対応				
	通報先	同建物内宿直室		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						

※：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)			
	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			
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　62,400 円	内訳	朝食　460 円　昼食　820 円　夕食　800 円	
	前払金	約　　円	前払金の算定方法		
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。

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割または2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割または2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		☐ 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・栄誉指導	☐ 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割または2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		☐ 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
通院介助	☐ なし　■ あり	☐ なし　☐ あり　☐ 包含　☐ 都度　3,000 円 ／ 時間	
	☐ 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割または2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。