

重要事項説明書

記入年月日	2025年4月1日
記入者名	早田 利博
所属・職名	済生会なでしこの杜 施設長

※ 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」の一部改正について（令和4年8月18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3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3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
代表者	氏名 職名
設立年月日	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	〒	
	最寄駅	駅
主な利用交通手段	交通手段と所要時間	例：①バス利用の場合 ・○○バスで乗車○分、△△停留所で下車、徒歩○分 ②自動車利用の場合 ・乗車○分
連絡先	電話番号	
	FAX番号	
	メールアドレス	
	ホームページアドレス	http://
管理者	氏名	
	職名	
建物の竣工日		年 月 日
有料老人ホーム事業の開始日		年 月 日

(類型) 【表示事項】

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		
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	年 月 日
	指定の更新日（直近）	年 月 日

3. 建物概要

土地	敷地面積		m^2
所有関係	1 事業者が自ら所有する土地		
	2 事業者が賃借する土地（普通賃借・定期賃借）		
	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	
建物	延床面積	全体	m^2
		うち、老人ホーム部分	m^2

構造	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 (普通賃借 ・ 定期賃借)						
		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					
	居室の状況	契約の自動更新	1 あり 2 なし					
		1 全室個室 (縁故者居室を含む)						
		2 相部屋あり						
【表示事項】		最少	人部屋					
		最大	人部屋					
		トイレ	浴室	面積	戸数・室数			
		タイプ1	有/無	有/無	m ²			
		タイプ2	有/無	有/無	m ²			
		タイプ3	有/無	有/無	m ²			
		タイプ4	有/無	有/無	m ²			
		タイプ5	有/無	有/無	m ²			
		タイプ6	有/無	有/無	m ²			
		タイプ7	有/無	有/無	m ²			
		タイプ8	有/無	有/無	m ²			
		タイプ9	有/無	有/無	m ²			
		タイプ10	有/無	有/無	m ²			

※ 「一般居室個室」「一般居室相部屋」「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
	共用浴室における介護浴槽	ヶ所	チェアーベッド	ヶ所
			リフト浴	ヶ所

			ストレッチャー浴	ヶ所
			その他()	
	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		
	消防用設備等	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		
	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		
	緊急通報装置等	便所 1 あり 2 一部あり 3 なし	浴室 1 あり 2 一部あり 3 なし	その他() 1 あり 2 一部あり 3 なし
その他				

4. サービス等の内容

(全体の方針)

運営に関する方針			
サービスの提供内容に関する特色			
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 <input checked="" type="checkbox"/> 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 <input checked="" type="checkbox"/> 自ら実施	2 委託	3 なし
生活相談サービス	1 <input checked="" type="checkbox"/> 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加算 の対象となるサービスの体制の 有無	入居継続支援加算	(I)	1 あり 2 なし
		(II)	1 あり 2 なし
	生活機能向上連携加算	(I)	1 あり 2 なし
		(II)	1 あり 2 なし

※1 「協力医療機関連携加算（Ⅰ）」は、「相談・診療を行う体制を常時確保し、緊急時に入院を受け入れる体制を確保している協力医療機関と連携している場合」に該当する場合を指し、「協力医療機関連携加算（Ⅱ）」は、「協力医療機関連携加算（Ⅰ）」以外に該当する場合を指す。	ADL維持等加算	(I)	1あり	2なし
		(II)	1あり	2なし
個別機能訓練加算	(I)	1あり	2なし	
		(II)	1あり	2なし
夜間看護体制加算	(I)	1あり	2なし	
		(II)	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	
協力医療機関連携加算 ※1	(I)	1あり	2なし	
		(II)	1あり	2なし
口腔衛生管理体制加算 ※2		1あり	2なし	
口腔・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	
退去時情報提供加算		1あり	2なし	
看取り介護加算	(I)	1あり	2なし	
		(II)	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
高齢者施設等感染対策向上加算	(I)	1あり	2なし	
		(II)	1あり	2なし
新興感染症等施設療養費		1あり	2なし	
生産性向上推進体制加算	(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)	1あり	2なし	
		(II)	2あり	3なし
		(III)	1あり	2なし
介護職員等処遇改善加算	(I)	1あり	2なし	
		(II)	1あり	2なし
		(III)	1あり	2なし
		(IV)	1あり	2なし
		(V) (1)	1あり	2なし
		(V) (2)	1あり	2なし
		(V) (3)	1あり	2なし
(V) (4)		1あり	2なし	
(V) (5)		1あり	2なし	
(V) (6)		1あり	2なし	
(V) (7)		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	(V) (8)	1 あり	2 なし
	(V) (9)	1 あり	2 なし
	(V) (10)	1 あり	2 なし
	(V) (11)	1 あり	2 なし
	(V) (12)	1 あり	2 なし
	(V) (13)	1 あり	2 なし
	(V) (14)	1 あり	2 なし
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	1 救急車の手配		
		2 入退院の付き添い		
協力医療機関	1	3 通院介助		
		4 その他 (関係者への連絡)		
		名称	済生会鹿児島病院	
		住所	鹿児島市南林寺町1-11	
		診療科目	一般内科・腎臓内科・循環器内科・消化器内科	
		協力科目		
		協力内容	入所者の病状の急変時等において 相談対応を行う体制を常時確保	1 あり 2 なし
協力医療機関	2	診療の求めがあった場合において 診療を行う体制を常時確保	1 あり 2 なし	
		名称		
		住所		
		診療科目		
		協力科目		
		協力内容	入所者の病状の急変時等において 相談対応を行う体制を常時確保	1 あり 2 なし
		診療の求めがあった場合において 診療を行う体制を常時確保	1 あり 2 なし	
協力医療機関	3	名称		
		住所		
		診療科目		
		協力科目		
		協力内容	入所者の病状の急変時等において 相談対応を行う体制を常時確保	1 あり 2 なし
		診療の求めがあった場合において 診療を行う体制を常時確保	1 あり 2 なし	

新興感染症発生時に連携する医療機関	1 あり	医療機関の名称 済生会鹿児島病院
		医療機関の住所 鹿児島市南林寺町1-11
2 なし		
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 ()
判断基準の内容	
手続きの内容	
追加的費用の有無	1 あり 2 なし
居室利用権の取扱い	
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 (変更内容) 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	60歳以上の方が対象となります				
契約の解除の内容	解除条項 第11条及び第12条による				
事業主体から解約を求める場合	解約条項	11条 (契約の解除)			
	解約予告期間	協議の上決定			
入居者からの解約予告期間	30日				
体験入居の内容	1 あり (内容: 空室がある場合に限る) 2 なし				
入居定員	最大42人				
その他	なし				

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
		常勤	非常勤	
施設長	1	1		
生活相談員				
直接処遇職員	6	3	3	
介護職員	6	3	3	
看護職員				
機能訓練指導員				
計画作成担当者				
栄養士	1	1		
調理員				
事務員	1		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	※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）

	合計		
		常勤	非常勤
社会福祉士			
介護福祉士	4	3	1
実務者研修の修了者			
初任者研修の修了者	2		2
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			
柔道整復師			

あん摩マッサージ指圧師			
はり師			
きゅう師			

(夜勤を行う看護・介護職員の人数)

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)
看護職員	人	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】 ※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	a 1.5 : 1 以上 b 2 : 1 以上 c 2.5 : 1 以上 d 3 : 1 以上 : 1
	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（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	人
	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							
		2 なし								
		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	
前年度1年間の採用者数										
前年度1年間の退職者数										
数業に務応に従事した事職したの経人験年	1年未満			1						
	1年以上3年未満									
	3年以上5年未満									
	5年以上10年未満			1	2					
	10年以上			1	1					
従業者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
年齢に応じた金額設定	4 選択方式 ※該当する方式を全て選択
	1 全額前払い方式
	2 一部前払い・一部月払い方式
要介護状態に応じた金額設定	3 月払い方式
	1 あり 2 なし
	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 ²	m ²
	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
	前払金	円	円
入居時点で必要な 費用	敷金	円	円
	月額費用の合計	円	円
サービス費用	家賃	円	円
	特定施設入居者生活介護※1の費用	円	円
	介護食費	円	円
	管理費	円	円
	介護費用	円	円
	光熱水費	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 ケ月分
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択によるサービス利用料	別添2
その他のサービス利用料	

(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（上乗せサービス）	
※ 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	10人
	女性	32人
年齢別	65歳未満	0人
	65歳以上75歳未満	0人
	75歳以上85歳未満	2人
	85歳以上	40人
要介護度別	自立	0人
	要支援1	1人
	要支援2	2人
	要介護1	17人
	要介護2	8人
	要介護3	5人
	要介護4	5人
	要介護5	4人
入居期間別	6ヶ月未満	7人
	6ヶ月以上1年未満	5人
	1年以上5年未満	20人
	5年以上10年未満	8人
	10年以上15年未満	2人
	15年以上	0人

(入所者の属性)

平均年齢	91.7歳
入所者数の合計	42人
入居率※	100%

※ 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	1人
	社会福祉施設	4人
	医療機関	0人
	死亡	10人
	その他	0人
生前解約の状況	施設側の申出	2人
	(解約事由の例) 精神行動障害を伴う認知症の進行の為	
	入居者側の申出	2人
	(解約事由の例) 入院。経済的理由での退居	

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	「済生会なでしこの杜」苦情相談窓口		
電話番号	099-202-0710		
対応している 時間	平日	8時30分～17時15分	
	土曜	8時30分～17時15分	
	日曜・祝日	8時30分～16時15分	
定休日	なし		

(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	<input checked="" type="checkbox"/> あり	(その内容)	社会福祉施設総合損害補償 「しせつの損害補償」
	<input type="checkbox"/> 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	<input checked="" type="checkbox"/> あり	(その内容)	
	<input type="checkbox"/> なし		
事故対応及びその予防のための指針	<input checked="" type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> 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	<input checked="" type="checkbox"/> あり	実施日	毎年7月～8月実施
		結果の開示	<input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
	<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	
		評価機関名称	
		結果の開示	<input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
	<input type="checkbox"/> なし		

9. 入居希望者への事前情報開示

入居契約書の雛形	<input checked="" type="checkbox"/> 1 入居希望者に公開 <input checked="" type="checkbox"/> 2 入居希望者に交付 <input type="checkbox"/> 3 公開していない
管理規程	<input checked="" type="checkbox"/> 1 入居希望者に公開 <input checked="" type="checkbox"/> 2 入居希望者に交付 <input type="checkbox"/> 3 公開していない
事業収支計画書	<input checked="" type="checkbox"/> 1 入居希望者に公開 <input checked="" type="checkbox"/> 2 入居希望者に交付 <input type="checkbox"/> 3 公開していない
財務諸表の要旨	<input checked="" type="checkbox"/> 1 入居希望者に公開 <input checked="" type="checkbox"/> 2 入居希望者に交付 <input type="checkbox"/> 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（法人の財務諸表についてホームページに掲載）
---------	---

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)	
高齢者虐待防止のための取組の状況	虐待防止対策検討委員会の定期的な開催	1 あり 2 なし
	指針の整備	1 あり 2 なし
	定期的な研修の実施	1 あり 2 なし
	担当者の配置	1 あり 2 なし
身体的拘束等の適正化のための取組の状況	身体的拘束等適正化検討委員会の開催	1 あり 2 なし
	指針の整備	1 あり 2 なし
	定期的な研修の実施	1 あり 2 なし
	緊急やむを得ない場合に行う身体的拘束その他の入居者の行動を制限する行為（身体的拘束等）を行うこと	
	1 あり 身体的拘束等を行う場合の態様及び時間、入居者の状況並びに緊急やむを得ない場合の理由の記録	1 あり 2 なし
業務継続計画の策定状況等	2 なし	
	感染症に関する業務継続計画	1 あり 2 なし
	災害に関する業務継続計画	1 あり 2 なし
	職員に対する周知の実施	1 あり 2 なし
	定期的な研修の実施	1 あり 2 なし
	定期的な訓練の実施	1 あり 2 なし
提携ホームへの移行 【表示事項】	定期的な業務継続計画の見直し	1 あり 2 なし
	1 あり (提携ホーム名 : 特別養護老人ホーム高喜苑) 2 なし グループホーム武岡ハイランド	
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、高齢者の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 <input checked="" type="checkbox"/> 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） 1 適合している（将来の改造計画） 1 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	なし
不適合事項がある場合の内容	

添付書類：別添1（別に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等

介護サービス等の種類	併設・隣接の状況	事業所の名称	所在地
<居宅サービス>			
訪問介護	あり	なし	併設・隣接 ホームヘルプステーション高喜苑
	あり	なし	併設・隣接 訪問介護ステーションせんだい
訪問入浴介護	あり	なし	併設・隣接
訪問看護	あり	なし	併設・隣接 なでしこ訪問看護ステーション
			併設・隣接 訪問看護ステーションせんだい
訪問リハビリテーション	あり	なし	併設・隣接 済生会鹿児島病院
居宅療養管理指導	あり	なし	併設・隣接 済生会鹿児島病院
通所介護	あり	なし	併設・隣接 武岡台デイサービスセンター
通所リハビリテーション	あり	なし	併設・隣接
短期入所生活介護	あり	なし	併設・隣接 特別養護老人ホーム高喜苑
短期入所療養介護	あり	なし	併設・隣接
特定施設入居者生活介護	あり	なし	併設・隣接
福祉用具貸与	あり	なし	併設・隣接
特定福祉用具販売	あり	なし	併設・隣接
<地域密着型サービス>			
定期巡回・随時対応型訪問介護看護	あり	なし	併設・隣接 済生会サポートセンターなでしこ
夜間対応型訪問介護	あり	なし	併設・隣接
地域密着型通所介護	あり	なし	併設・隣接
認知症対応型通所介護	あり	なし	併設・隣接
小規模多機能型居宅介護	あり	なし	併設・隣接
認知症対応型共同生活介護	あり	なし	併設・隣接 グループホーム武岡ハイランド
地域密着型特定施設入居者生活介護	あり	なし	併設・隣接
地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護	あり	なし	併設・隣接
看護小規模多機能型居宅介護	あり	なし	併設・隣接
居宅介護支援	あり	なし	併設・隣接 居宅介護支援センター高喜苑
			併設・隣接 済生会居宅介護支援事業所せんだい
<居宅介護予防サービス>			
介護予防訪問入浴介護	あり	なし	併設・隣接
介護予防訪問看護	あり	なし	併設・隣接 なでしこ訪問看護ステーション
			薩摩川内市原田町2-46
介護予防訪問リハビリテーション	あり	なし	併設・隣接 済生会鹿児島病院
介護予防居宅療養管理指導	あり	なし	併設・隣接 済生会鹿児島病院
介護予防通所リハビリテーション	あり	なし	併設・隣接
介護予防短期入所生活介護	あり	なし	併設・隣接 特別養護老人ホーム高喜苑
介護予防短期入所療養介護	あり	なし	併設・隣接
介護予防特定施設入居者生活介護	あり	なし	併設・隣接
介護予防福祉用具貸与	あり	なし	併設・隣接
特定介護予防福祉用具販売	あり	なし	併設・隣接
<地域密着型介護予防サービス>			
介護予防認知症対応型通所介護	あり	なし	併設・隣接
介護予防小規模多機能型居宅介護	あり	なし	併設・隣接
介護予防認知症対応型共同生活介護	あり	なし	併設・隣接 グループホーム武岡ハイランド
介護予防支援	あり	なし	併設・隣接 済生会居宅介護支援事業所せんだい
<介護保険施設>			
介護老人福祉施設	あり	なし	併設・隣接 特別養護老人ホーム高喜苑
介護老人保健施設	あり	なし	併設・隣接
介護医療院	あり	なし	併設・隣接 済生会かごしま介護医療院
<介護予防・日常生活支援総合事業>			
訪問型サービス	あり	なし	併設・隣接 ホームヘルプステーション高喜苑
通所型サービス	あり	なし	併設・隣接 済生会ヘルスサポートセンター武岡台
その他の生活支援サービス	あり	なし	併設・隣接

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表

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					なし	あり
	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）	個別の利用料で、実施するサービス（利用者が全額負担）			備 考	
		包含※2	都度※2	料金※3		
介護サービス						
食事介助	なし	あり	（なし）	あり		
排泄介助・おむつ交換	なし	あり	（なし）	あり		
おむつ代			なし	（あり）	○	実費
入浴（一般浴）介助・清拭	なし	あり	（なし）	あり		
特浴介助	なし	あり	（なし）	あり		
身辺介助（移動・着替え等）	なし	あり	（なし）	あり		
機能訓練	なし	あり	（なし）	あり		
通院介助	なし	あり	（なし）	あり		併設のヘルパー事業所の有償サービスあり
口腔衛生管理	なし	あり	（なし）	あり		
生活サービス						
居室清掃	なし	あり	（なし）	あり		※住宅基本サービスあり
おむつ等ケア用品廃棄	なし	あり	なし	（あり）	○	実費
リネン交換	なし	あり	なし	（あり）	○	135円/日（税込み） 寝具の提供を含む。（選択サービス）
防水シーツ	なし	あり	なし	（あり）	○	110円/枚（税込み）
洗濯（私物）業者委託	なし	あり	なし	（あり）	○	700円/kg 外部委託業者委託
居室配膳・下膳	なし	あり	なし	（あり）	○	200円/回 健康的な理由の場合はこれに限らず
入居者の嗜好に応じた特別な食事			なし	（あり）	○	治療食等の提供（選択サービス）
おやつ			なし	（あり）	○	実費 喫茶や外出時（自由参加）
理美容師による理美容サービス			なし	（あり）	○	外部理美容業者委託
買い物代行	なし	あり	（なし）	あり		無料 ※移動販売車での買い物代行あり
役所手続き代行	なし	あり	（なし）	あり		
金銭・貯金管理			（なし）	あり		
健康管理サービス						
定期健康診断			（なし）	あり		入所時健診あり。ワクチン等の予防接種支援あり
健康相談	なし	あり	（なし）	あり		
生活指導・栄養指導	なし	あり	（なし）	あり		
服薬支援	なし	あり	なし	（あり）	○	50円/日 薬の管理、服薬確認（選択サービス）
生活リズムの記録（排便・睡眠等）	なし	あり	（なし）	あり		
入退院時・入院中のサービス						
入退院時の同行	なし	あり	（なし）	あり		
入院中の洗濯物交換・買い物	なし	あり	（なし）	あり		
入院中の見舞い訪問	なし	あり	（なし）	あり		状況把握を含む訪問あり

※1：利用者の所得等に応じて負担割合が変わる（1割～3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、月額のサービス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応じて、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)

令和 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5丁目51番10号
 氏名 社会福祉法人恩賜財団済生会支部
 鹿児島県済生会
 済生会鹿児島地域福祉センター
 所長 吉田 紀子 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) さいせいかい なでしこのもり 済生会 なでしこの杜						
所在地	(住居表示) 鹿児島市小野町2427番2						
利用交通手段	<input checked="" type="checkbox"/> 1.電車(線 鹿児島中央 駅から バスで20分降車後、徒歩で 10分) <input checked="" type="checkbox"/> 2.その他(鹿児島中央駅より車で10分)						
住宅に関する権原	<input checked="" type="checkbox"/> 1.所有権 <input type="checkbox"/> 2. 貸借権 <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. 貸借権 <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. 貸借権 <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) しゃかいふくしほうじんおんしづいだんさいせいかいしぶかごしまけんさいせいかい 社会福祉法人恩賜財団済生会支部鹿児島県済生会
住所 (法人にあっては 主たる事務所の所 在地)	(郵便番号 895-0074) 鹿児島県薩摩川内市原田町2番46号 電話番号 0996-23-5221
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) さいせいいかいこしまちいきふくせんたー 済生会鹿児島地域福祉センター	
事務所の所在地	(郵便番号 890-0031) 鹿児島県鹿児島市武岡5丁目51番10号	電話番号 099-284-8250

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 40 戸		
居住部分の規模	(最小)	18.09	m ²
	(最大)	27.14	m ²
構造及び設備	共同利用設備	<input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	詳細については、別添 3 のとおり
	構 造	鉄骨 造	
竣工の年月	2014 年 10 月 25 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	<input type="checkbox"/> 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	2014 年 11 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

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	<input checked="" type="checkbox"/> 自ら <input type="checkbox"/> 委託	約 28,000 円						
	食事の提供	<input type="checkbox"/> 自ら <input checked="" type="checkbox"/> 委託 <input type="checkbox"/> 提供しない	約 57,000 円						
	入浴等の介護	<input type="checkbox"/> 自ら <input type="checkbox"/> 委託 <input checked="" type="checkbox"/> 提供しない	約 円						
	調理等の家事	<input type="checkbox"/> 自ら <input type="checkbox"/> 委託 <input checked="" type="checkbox"/> 提供しない	約 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 0 円						
その他		<input checked="" type="checkbox"/> 自ら <input type="checkbox"/> 委託 <input type="checkbox"/> 提供しない	約 0 円						
家賃の概算額	(最低)	約 40,000 円	住戸ごとの内容は別添 3 のとおり						
	(最高)	約 60,000 円							
共益費の概算額	(最低)	約 16,000 円							
	(最高)	約 20,000 円							
敷金の概算額	(最低)	約 40,000 円	家賃の 1 月分						
	(最高)	約 60,000 円							
前払金※の有無	<input type="checkbox"/> あり <input checked="" type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 銀行による債務の保証 <input type="checkbox"/> 保険事業者による保証保険	<input type="checkbox"/> 信託会社等による元本補てん又は信託 <input type="checkbox"/> その他()							
特定施設入居者生活介護事業所	<input type="checkbox"/> 指定を受けている	介護保険事業所番号 ()							
	<input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 指定を受けている	介護保険事業所番号 ()							
	<input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 指定を受けている	介護保険事業所番号 ()							
	<input type="checkbox"/> 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者、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。

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 (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	<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	事業所の場所
ホームヘルプステーション高喜苑	身体介護、生活援助等に関するサービス全般	<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
なでしこ訪問看護ステーション	居宅で療養生活を送る方への療養上の世話・診療の補助	<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
指定居宅介護支援センター高喜苑	介護保険申請の代行、居宅サービス計画作成、介護に関する相談	<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
武岡台デイサービスセンター	入浴、排泄、食事の提供及び介助、機能訓練、レクリエーション等	<input type="checkbox"/> 同一の建築物内 <input checked="" type="checkbox"/> 同一の敷地内 <input type="checkbox"/> 隣接する土地
済生会サポートセンターなでしこ	24時間定期巡回・随時対応サービスの提供	<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)

連携又は協力の相手方	
事業所の名称	(ふりがな) とくべつようごろうじんほーむこうきえん 特別養護老人ホーム高喜苑
事業所の所在地	(郵便番号 890-0031) 鹿児島県鹿児島市武岡5丁目51番10号 電話番号 099-284-8253
連携又は協力の内容	ショートステイの利用

連携又は協力の相手方	
事業所の名称	(ふりがな) さいせいかいかごしまびょういん 済生会鹿児島病院
事業所の所在地	(郵便番号 892-0834) 鹿児島県鹿児島市南林寺町1-11 電話番号 099-223-0101
連携又は協力の内容	一般診療・健康診断・緊急時対応

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

高齢者の居住の安全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基づき適切に事業を実施します。入居者の尊厳と人権を最大限に尊重しながら、各々のライフスタイルにあわせて安全・安心・快適な生活が継続できるように支援します。また、法人の特性を活かして介護・医療との連携を図りながら心身の状態に応じた迅速かつきめ細やかなサービスを提供します。
--

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

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いたしました。

説明者
 氏 名: 印

役 員 名 簿

氏名	役名等
あげまつ りゅうじ 揚松 龍治	支部長・理事
よしだ のりこ 吉田 紀子	理事
くぼぞの たかあき 久保園 高明	理事
さきやま としお 寄山 敏男	理事
あおざき しんいちろう 青崎 真一郎	理事
むかい やすこ 向井 康子	理事
そめかわ しゅうろう 染川 周郎	理事
しもたびら こういち 下田平 幸一	理事
みやがわ ひでき 宮川 秀樹	理事
よねやま あきのり 米山 昭規	理事
やつだ れいこ 八田 冷子	理事
つる すみひろ 水流 純大	理事
くぼ いくこ 久保 郁子	理事
いわさき まさひろ 岩崎 昌弘	理事
おばら まさひこ 小原 雅彦	理事
よしみ あきふみ 吉見 昭文	理事

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。

役員名簿

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。

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

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○、無い場合は×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 (m ²)	整備箇所	想定利用戸数 (戸)	備考
浴室	4	42.40	1階	40	1箇所は特殊浴槽
台所	3	26.78	1階/1箇所・2階/2箇所	40	
食堂	1	112.35	1階	40	
居間	3	77.73	2階	40	談話ホール
収納設備					

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。

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) _____				
サービスを提供する法人等の別	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 _____				
	<input type="checkbox"/> 医療法人		<input type="checkbox"/> 指定居宅介護支援事業者		
	<input checked="" type="checkbox"/> 社会福祉法人		<input type="checkbox"/> 指定介護予防サービス事業者		
	<input type="checkbox"/> 指定居宅サービス事業者		<input type="checkbox"/> 指定介護予防支援事業者		
	<input type="checkbox"/> 指定地域密着型サービス事業者		<input type="checkbox"/> 上記以外の法人等		
サービスを提供する者的人数	□ 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 人	
	<input checked="" type="checkbox"/> 介護福祉士	人員 4人	<input checked="" type="checkbox"/> 上記以外の職員	人員 2人	
	*再掲あり		合 計	人員 6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 (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	7 時 00分	～	19 時 30分	人員 3人
	上記以外の時間	17 時 30分	～	8 時 30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					毎日 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	8 時 30分 ～ 17 時 15分		
		上記以外の日	<input type="checkbox"/> 24時間		
	通報方法	電話			
	通報先	管理者			通報先から住宅までの到着予定時間
サービス提供の対価(概算額)	月額	約 28,000 円	前払金の算定方法		
	前払金	約 円			
備考	夜間の定期巡回の他、緊急通報時は24時間常駐スタッフが対応し、必要に応じて医療機関やご家族、契約している訪問看護ステーションへ連絡します。				

※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	<input 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 checked="" 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) いちふじふーどさーびすかぶしきがいしゃ 一富士フードサービス株式会社				
	住所 (法人にあっては主たる事務所の所在地)	(郵便番号 530-0001) 大阪市北区梅田三丁目3番20号 電話番号 03-5767-2370				
	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	<input checked="" type="checkbox"/> 食堂 <input checked="" type="checkbox"/> 各居住部分 <input checked="" type="checkbox"/> その他() 談話室)					
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"/> 3食 <input 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 type="checkbox"/> 廉房で調理 <input type="checkbox"/> 配食サービスを利用 <input checked="" type="checkbox"/> その他(同一敷地内のケアハウス厨房で調理し提供)				
サービス提供の対価(概算額)	月額※	約 57,000 円	内訳	朝食 500 円	昼食 700 円	夕食 700 円
	前払金	約 0 円	前払金の算定方法			
備考	管理栄養士が献立を作成し食事の提供を行います。疾患に応じた治療食や嚥下状態に合わせた食形態等に対応します。					

※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。

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 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"/> その他()		
	内容	<input type="checkbox"/> 入浴介護 <input type="checkbox"/> 排せつ介護 <input type="checkbox"/> 食事介護		
		<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	円	
備考				

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 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"/> その他()		
	内容	<input type="checkbox"/> 調理 <input type="checkbox"/> 洗濯 <input type="checkbox"/> 掃除		
		<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	円	
備考				

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			
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"/> その他()		
	内容	<input checked="" type="checkbox"/> 健康相談 <input 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 0 円	前払金の算定方法	
	前払金	約 0 円		
備考	医師の指示により訪問看護サービスを利用することもできます。(医療保険・介護保険利用)			

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 checked="" type="checkbox"/> 365日対応 <input type="checkbox"/> その他()		
		買い物代行、居室フローリングの軽微な清掃、ゴミの回収、郵便物・宅配の取次、季節毎のイベントの実施		
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				