

重要事項説明書

記入年月日 2019年8月1日

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条及び埼玉県有料老人ホーム設置運営指導指針12(4)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等

住宅の名称	(ふりがな)みなけあにいざ みなけあ新座		
所在地※1	(郵便番号 352-0011 ) 埼玉県新座市野火止6丁目6-12		
連絡先	電話番号	048-485-1203	
	FAX番号	048-485-1238	
	メールアドレス	kenichi-matsumoto@idatechnos.co.jp	
	ホームページアドレス	http://minacare-n.com/index.html	
利用交通手段	<input checked="" type="checkbox"/> 1. 電車 ( 武蔵野 線 新座 駅から 徒歩 で 9分 ) <input type="checkbox"/> 2. その他 ( )		
住宅に関する権原	<input type="checkbox"/> 1. 所有権 <input checked="" type="checkbox"/> 2. 賃借権 <input type="checkbox"/> 3. 使用貸借による権利		
	期間	平成 27年 11月	1日から 平成 57年 10月 31日まで
	契約の自動更新	<input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	
施設に関する権原※2	<input type="checkbox"/> 1. 所有権 <input checked="" type="checkbox"/> 2. 賃借権 <input type="checkbox"/> 3. 使用貸借による権利		
	期間	平成 27年 11月	1日から 平成 57年 10月 31日まで
	契約の自動更新	<input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	
敷地に関する権原	<input type="checkbox"/> 1. 所有権 <input checked="" type="checkbox"/> 2. 賃借権 <input type="checkbox"/> 3. 使用貸借による権利		
	期間	平成 27年 11月	1日から 平成 57年 10月 31日まで
	契約の自動更新	<input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	

(※1)住居表示が決定している場合は住居表示を記載すること。

建築前で、建物の所在、住居表示が決定していない場合は、土地の地番を記載すること。

(※2)施設とは、「9 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」を指す。

施設の運営者の権原を記載すること。運営者が複数いる場合、規模が最も大きい施設の運営者の権原を記載し、その他の運営者の権限について、入居者へ説明すること。

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) かぶしきがいしゃ みなけあにいざ 株式会社 みなけあ新座	
住所 (法人にあっては 主たる事務所)	(郵便番号 352-0011 ) 埼玉県新座市野火止6丁目6-12 電話番号 048-485-1203	
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	(郵便番号 )
	住所 (法人にあっては 主たる事務所の所在地)	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) かぶしきがいしゃ みなけあにいざ 株式会社 みなけあ新座	
事務所の所在地	(郵便番号) 352-0011 埼玉県新座市野火止6丁目6-12 電話番号 048-485-1203	

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	48	戸
居住部分の規模	(最小)	18.87	m <sup>2</sup>
	(最大)	37.85	m <sup>2</sup>
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	
	■耐火建築物 □準耐火建築物 □その他 ( )		
竣工の年月	28年	10月	31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 □終身建物賃貸借契約 □利用権契約 □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。)
入居契約の内容	別添入居契約書のとおり

事業開始時期	平成28年 12月 1日から
--------	----------------

6 利用料金

サービスの種類	提供形態	提供の対価(概算・月額)	
高齢者生活支援サービス	状況把握・生活相談	■自ら □委託	約 37,800 円
	食事の提供	□自ら ■委託 □提供しない	約 51,840 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	65,000 円	住戸ごとの内容は別添3のとおり
	(最高) 約	130,000 円	
共益費の概算額	(最低) 約	20,000 円	
	(最高) 約	40,000 円	
敷金の概算額	(最低) 約	円	家賃の 月分
	(最高) 約	円	
前払金※の有無	□あり ■なし		
家賃等の前払金の概算額	(最低) 約	円	(最高) 約 円
特定施設入居者生活介護事業所	□指定を受けている ■指定を受けていない	介護保険事業所番号 ( )	
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 ■指定を受けていない	介護保険事業所番号 ( )	
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 ■指定を受けていない	介護保険事業所番号 ( )	

利用料金の支払方式	<input type="checkbox"/> 全額前払い方式	
	<input type="checkbox"/> 一部前払い・一部月払い方式	
	<input checked="" type="checkbox"/> 月払い方式	
	<input type="checkbox"/> 選択方式 (該当する方式全て選択)	<input type="checkbox"/> 全額前払い方式 <input type="checkbox"/> 一部前払い・一部月払い方式 <input type="checkbox"/> 月払い方式
年齢に応じた金額設定	<input type="checkbox"/> あり	<input checked="" type="checkbox"/> なし
要介護状態に応じた金額設定	<input type="checkbox"/> あり	<input checked="" type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 減額なし	
	<input checked="" type="checkbox"/> 日割り計算で減額 生活支援サービスのみ <input type="checkbox"/> 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	賃貸借契約書第5条
	手続き	協議の上利用料金の改定を行う

前払金の算定根拠		
想定居住期間（償却年数）		
償却開始日		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	
前払い金の保全先	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	

※前払い金を受領していない場合は省略可

※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	事業所番号	事業所の場所
みなけあ新座 訪問介護事業所	(介護予防) 訪問介護、身体介護 生活支援等	1175101938	<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
みなけあ新座 デイサービスセンター	(介護予防) 通所介護、機能訓 練、入浴介助等	1175101946	<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
みなけあ新座 訪問看護ステーション	(健康管理) 訪問看護	1165190152	<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
			<input 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)
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

基本方針及び埼玉県の高齢者安定居住確保計画に沿って適切に運営いたします。
--------------------------------------

11 サービスの内容

(全体の方針)

運営に関する方針	自立支援を基本とした個別かつ適切な介護サービスを提供致します。 余暇活動の為に諸行事による豊かな意義のある日々をサポート致します。
サービスの提供内容に関する特色	サービス付き高齢者向け住宅として、状況把握・生活相談以外の食事・身体介護・生活援助等のケアを自由にお選び頂くことができます。 認知症の方が安心してお住まいできる体制を整えています。

(介護サービスの内容) ※特定施設入居者生活介護の指定を受けていない場合は省略。

特定施設入居者生活介護の初年度の家賃と入居一時金等の負担の軽減	個別機能訓練加算	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし	
	夜間看護加算	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし	
	医療機関連携加算	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし	
	看護介助加算	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし	
	認知症専門ケア加算	(Ⅰ)	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし
		(Ⅱ)	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし
		(Ⅲ)イ	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし
(Ⅲ)ロ		<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし	
(Ⅲ)ハ		<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし	
サービス提供体制強化加算	(Ⅰ)	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし	
	(Ⅱ)	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし	
	(Ⅲ)	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし	
	(Ⅳ)	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし	
	(Ⅴ)	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし	
人員配置が特別に介護サービスの集約の有無	<input type="checkbox"/> あり (介護) (看護) (食) (その他)			
	<input type="checkbox"/> なし			

(医療連携の内容)

医療支援		<input type="checkbox"/> 救急車の手配 <input type="checkbox"/> 入退院の付き添い (有料) <input type="checkbox"/> 通院介助 (有料) <input type="checkbox"/> その他 ( )	
協力医療機関	1	名称	
		住所	
	診療科目		
	協力内容		
	2	名称	
		住所	
診療科目			
協力内容			
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)

入居後に居室を住み替える場合	<input type="checkbox"/> 一時介護室へ移る場合 <input type="checkbox"/> 介護居室へ移る場合 <input type="checkbox"/> その他 ( )		
判断基準の内容			
申請書の内容	<input type="checkbox"/> 医師の意見を聞く <input type="checkbox"/> ほか期間の特定期間を置く <input type="checkbox"/> 本人及び身元保証人の同意を得る		
追加的費用の有無	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし	
居室異動 (利用料) の取扱い	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし	
前払金償還の取扱いの有無	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし	
従前の居室との住居の変更	面談の有無	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし
	面談の回数	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし
	浴室の変更	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし
	浴室の設置	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし
	洗面所の変更	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし
	洗面所の設置	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし
水回り設備の変更	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし	
その他の変更	<input type="checkbox"/> あり (変更内容) <input type="checkbox"/> 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	■ あり	□ なし
	要支援の者	■ あり	□ なし
	要介護の者	■ あり	□ なし
留意事項	入居時 満60歳以上		
事業主体から契約解除を求める場合	解約条項	みなけあ新座建物賃貸借契約書 第17条	
	解約予告期間	6ヶ月	
入居者から契約解除を求める場合	解約条項	みなけあ新座建物賃貸借契約書 第17条	
	解約予告期間	30日	
体験入居の内容	<input type="checkbox"/> あり		
	<input checked="" type="checkbox"/> なし		
入居定員	50人		
その他			

## 1-2 職員体制

## (職種別の職員数) ※サービス付き高齢者向け住宅事業(以下「住宅事業」という。)の職員数

職種	職員数(実人数) 27 人					常勤換算人数※1
	合計	常勤		非常勤		
		専従	非専従	専従	非専従	
管理者	1	1				1
生活相談員						
直接処遇職員						
介護職員	18		8		10	10
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	2	1				2
その他職員	6			6		
1週間に常勤の従業者が勤務すべき時間数※1						40 時間
※1 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						
(注1)併設の介護保険事業所の勤務時間は表に含めない。 (特定施設入居者生活介護等の勤務時間は含む。)						
(注2)常勤・非常勤、専従・非専従について						
<ul style="list-style-type: none"> <li>┌ 常勤                   …住宅事業にのみ従事し、法人の就業規則等で定める常勤の者。</li> <li>└ 非常勤               …常勤以外の者。併設の介護保険事業所と兼務する職員は必ず非常勤に該当。</li> <li>┌ 専従                   …住宅事業で1つの職種のみで勤務する者。</li> <li>└ 非専従               …専従以外の者。</li> </ul>						
(注3)業務委託により配置される職員がいる場合は、人数の後ろに(委託)と記載すること。						
(注4)常勤換算人数とは、従業者の住宅事業の勤務延時間数を、法人の就業規則等で定める常勤の従業者が勤務すべき時間数で除することにより、常勤の従業者の人数に換算した人数。						

## (資格を有している介護職員の人数)

職種	職員数(実人数) 19 人			
	合計	常勤		非常勤
		専従	非専従	非専従
社会福祉士				
介護福祉士	8	1	4	3
実務研修の修了者				
初任者研修の修了者	10		3	7
介護支援専門員				
(注1)(職種別の職員数)の介護職員が保有する資格について記入。				
(注2)1人の職員が複数の資格を有している場合、いずれか1つの資格にのみ計上。				

(資格を有している機能訓練指導員の人数)

職種	職員数 (実人数) 人				
	合計	常勤		非常勤	
		専従	非専従	専従	非専従
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					

(注1) (職種別の職員数)の機能訓練指導員が保有する資格について記入。  
(注2) 1人の職員が複数の資格を有している場合、いずれか1つの資格にのみ計上。

(夜勤を行う職員の数)

夜勤帯の設定時間 ( 17時00分～ 9時00分 )		
職種	平均人数	最小時人数※
介護職員	2 人	2 人
看護職員	人	人

※最少時人数は、休憩中の職員も勤務している人数として計上。

(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、省略可能)	契約上の職員配置比率 【表示事項】	<input type="checkbox"/> 1.5 : 1 以上
		<input type="checkbox"/> 2.0 : 1 以上
		<input type="checkbox"/> 2.5 : 1 以上
		<input type="checkbox"/> 3.0 : 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)	: 1
外部サービス利用型特定施設の介護サービス提供体制 (該当しない場合、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	管理者の氏名	松本健一									
	職名	施設長									
	他の職務との兼務	<input type="checkbox"/> あり		<input checked="" type="checkbox"/> なし							
	業務に係る資格等	<input type="checkbox"/> あり									
				資格等の名称							
	<input checked="" type="checkbox"/> なし										
	生活相談員		介護職員		看護職員		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	常勤	非常勤	
前年度1年間の採用者数			5	5							
前年度1年間の退職者数			2	4							
経験年数	1年未満		1								
	1年以上 3年未満		1								
	3年以上 5年未満		1	1							
	5年以上 10年未満		3	5							
	10年以上		2	5							
	従業者の健康診断の実施			<input checked="" type="checkbox"/> あり		<input type="checkbox"/> なし					

### 1 3 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	15人	入居期間	6ヶ月未満	11人
	女性	29人		6ヶ月以上1年未満	13人
年齢別	65歳未満	0人		1年以上5年未満	20人
	65歳以上75歳未満	7人		5年以上10年未満	0人
	75歳以上85歳未満	20人		10年以上15年未満	0人
	85歳以上	17人		15年以上	0人
要介護度別	自立	7人			
	要支援1	3人			
	要支援2	0人			
	要介護1	12人			
	要介護2	8人			
	要介護3	9人			
	要介護4	5人			
	要介護5	0人			

(入居者の属性)

平均年齢	82.7 歳
入居者数の合計	44 人
入居率※	88 %
※ 入居者数の合計を入居定員数で除した割合。 一時不在の者も入居者に含む。	

(前年度における退去者の状況)

退去先別の人数	自宅等	3 人	
	社会福祉施設	1 人	
	医療機関	0 人	
	死亡者	1 人	
	その他	0 人	
生前解約の状況	施設側の申し出	0 人	(解約事由の例)
	入居者側の申し出	4 人	(解約事由の例) 自宅や施設入所の為

### 1 4 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)

1	窓口の名称	株式会社 みなけあ新座
	電話番号	048-485-1203
	対応している時間	9:00~17:00
	定休日	なし
2	窓口の名称	埼玉県消費生活支援センター
	電話番号	048-261-0999
	対応している時間	9:00~16:00
	定休日	日、祝日
3	窓口の名称	埼玉県福祉部高齢者福祉課
	電話番号	048-830-3254
	対応している時間	8:30~17:15
	定休日	土、日、祝日
4	窓口の名称	埼玉県都市整備住宅課
	電話番号	048-830-5563
	対応している時間	8:30~17:15
	定休日	土、日、祝日
5	窓口の名称	新座市消費生活センター
	電話番号	048-424-9162
	対応している時間	9:00~16:30
	定休日	土、日、祝日





説明年月日 : 令和 年 月 日

---

様に対して、建物賃貸借契約書及び重要事項説明書に基づいて重要な事項を説明しました。

登録事業者名 : 株式会社 みなけあ新座

---

所在地 : 埼玉県新座市野火止6丁目6番12号

---

代表者名 : 松本 健一 (印)

---

説明者氏名 : (印)

---

私は、上記事業者から建物賃貸借契約書及び重要事項説明書に基づいて、重要な事項の説明を受けました。

入居者 : (印)

---

連帯保証人 : (印)

---



## 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

住棟番号	専用部分 の床面積 (㎡)	構造及び設備※						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	18.93	×	○	○	×	×	○	32	101,103,105,107,202,203,205,207,208,211,213,215,217,218,220,222,223 226,302,303,305,307,308,311,313,315,317,318,320,322,323,326	65,000
1	18.92	×	○	○	×	×	○	12	102,106,202,206,212,216 221,225,306,312,316,325	65,000
1	18.87	×	○	○	×	×	○	2	210,310	65,000
1	37.85	×	○	○	×	×	○	2	201,301	130,000

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

## (1) 共同利用設備

設備等	整備箇所数	合計床面積 (㎡)	整備箇所	想定 利用戸数 (戸)	利用方法
浴室	5	27.6	1階、2階、3階	48	
食堂	3	164.2	1階、2階、3階	48	
洗濯室	3	32.61	1階、2階、3階	48	
トイレ	6	28.32	1階、2階、3階	48	
台所	2	17.8	2階、3階	48	
脱衣室	5	29.54	1階、2階、3階	48	

注1)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。

## (2) 消防用設備・その他設備

消火器	■ あり	□ なし
自動火災報知設備	■ あり	□ なし
火災通報設備	■ あり	□ なし
スプリンクラー	■ あり	□ なし
防火管理者	■ あり	□ なし
防災計画	■ あり	□ なし
エレベーター	■ あり	(■車椅子対応 □ストレッチャー対応)
	□ なし	

別添4

サービス付き高齢者向け住宅で提供するサービスの概要

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)				
	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	<input type="checkbox"/> 医療法人 <input checked="" type="checkbox"/> 指定居宅介護支援事業者 <input type="checkbox"/> 社会福祉法人 <input checked="" type="checkbox"/> 指定介護予防サービス事業者 <input checked="" 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の人数	<input type="checkbox"/> 医師	人員	0人	<input type="checkbox"/> 社会福祉士	人員	0人
	<input type="checkbox"/> 看護師	人員	0人	<input checked="" type="checkbox"/> 介護支援専門員	人員	1人
	<input type="checkbox"/> 准看護師	人員	0人	<input checked="" type="checkbox"/> 養成研修修了者	人員	5人
	<input checked="" type="checkbox"/> 介護福祉士	人員	3人	<input checked="" type="checkbox"/> 上記以外の職員	人員	1人
			合 計		人員	10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	0 時 0分	~	24 時 00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	8時、12時、18時、21時、0時、3時、5時の定時に巡回				毎日	7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	0時 分 ~ 24 時 00分			
		上記以外の日	<input type="checkbox"/> 24時間			
	通報方法	各居室内設置の緊急通報装置ボタンを押す。				
	通報先	1階事務室または担当職員のPHS。		通報先から住宅までの到着予定時間	5分	
サービス提供の対価(概算額)	月額	約 38,500 円	前払金の算定方法			
	前払金	約 円				
備考	状況把握及び生活相談サービスの料金は、基本サービス38,500円(税込)に含まれます。					

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 <span style="float: right;"><input checked="" type="checkbox"/> 委託する</span>					
委託する場合の委託先	商号、名称 又は氏名	(ふりがな) はなまるきッチン かぶしがいしゃ はなまるキッチン株式会社				
	住所 (法人にあっては主たる事務所の所在地)	(郵便番号 355-0021 ) 埼玉県東松山市神明町2-19-17 電話番号 0493-25-2323				
	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 355-0021 ) 埼玉県東松山市神明町2-19-17 電話番号 0493-25-2323				
食事提供を行う場所	<input checked="" type="checkbox"/> 食堂 <input 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 51,840 円 <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"> <tr> <td>内訳</td> <td>朝食 486 円</td> <td>昼食 648 円</td> <td>夕食 594 円</td> </tr> </table>	内訳	朝食 486 円	昼食 648 円	夕食 594 円
	内訳	朝食 486 円	昼食 648 円	夕食 594 円		
前払金	約 0 円 <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"> <tr> <td>前払金の算定方法</td> <td></td> </tr> </table>	前払金の算定方法				
前払金の算定方法						
備考	食費は、消費税(軽減税率適用8%)込みの金額です。食費は、1ヶ月30日で計算した場合です。食費形態の対応・治療食は、別途費用がかかる場合がございます。キャンセルについては、当日より3日前までに連絡いただければ費用はかかりません。(普通食以外については、当日の4日前まで)					

※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	
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"/> 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 ( )		
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		介護保険を利用される方は、訪問介護事業所と個別に契約していただくことになります。介護保険を利用されない方は、オプションサービスをお選びいただくことができます。 入浴介護15分495円(税込) 排せつ介護15分495円(税込) 食事介護15分495円(税込)			

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	
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 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	約 0 円	前払金の算定方法	
		前払金	約 0 円		
備考		介護保険を利用される方は、訪問介護事業所と個別に契約していただくことになります。 介護保険を利用されない方は、オプションサービスをお選びいただくことができます。 洗濯15分305円(税込) 掃除15分305円(税込)			

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 checked="" 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	状況把握及び生活相談サービスの基本料金(38,500円)に相談・血圧測定は、含まれます。定期検診の機会を提供します。費用は自己負担。				

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( )		
		内容	通院介助、外出同行介助等の身体介助(15分 495円)		
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	サービス料金は、消費税込の金額です。				



別添5

サービス付き高齢者向け住宅が提供するサービス一覧表

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		■ あり □ なし		
サービス内容	特定施設入居者生活介護費で実施するサービス	個別の利用料で実施するサービス		備考
		包含 ※1	都度 ※2	
介護サービス			料金(税込)	
食事介助	□ あり ■ なし	■ あり □ なし	月額 15分495円	
排泄介助・おむつ交換	□ あり ■ なし	■ あり □ なし	月額 15分495円	
おむつ代	□ あり ■ なし	■ あり □ なし	実費	
入浴(一般浴)介護・清拭	□ あり ■ なし	■ あり □ なし	495円	15分
特浴介助	□ あり ■ なし	■ あり □ なし	495円	15分
身辺介助(移動・着替え等)	□ あり ■ なし	■ あり □ なし	495円	15分
機能訓練	□ あり ■ なし	■ あり □ なし		
通院介助	□ あり ■ なし	■ あり □ なし	495円	15分毎。交通費は職員分についても別途ご負担頂きます。宿泊を伴わない範囲で付き添い致します。
生活サービス				
居室清掃	□ あり ■ なし	■ あり □ なし	305円	15分
リネン交換	□ あり ■ なし	■ あり □ なし		15分
日常の洗濯	□ あり ■ なし	■ あり □ なし	305円	15分
居室配膳・下膳	□ あり ■ なし	■ あり □ なし	152円	回
嗜好に応じた特別食	□ あり ■ なし	■ あり □ なし		制限(カロリー・タンパク)食や刻み・ムース食等の対応によります。
おやつ	□ あり ■ なし	■ あり □ なし		
理美容サービス	□ あり ■ なし	■ あり □ なし		
買物代行	□ あり ■ なし	■ あり □ なし	305円	15分 所定の曜日、所定のスーパーまで
役所手続き代行	□ あり ■ なし	■ あり □ なし	305円	15分
金銭・貯金管理	□ あり ■ なし	■ あり □ なし	1,018円	月額
健康管理サービス				
定期健康診断	□ あり ■ なし	■ あり □ なし	実費	年1回医療機関での検診の機会提供。費用は自己負担
健康相談	□ あり ■ なし	■ あり □ なし		
生活指導・栄養指導	□ あり ■ なし	■ あり □ なし		
服薬支援	□ あり ■ なし	■ あり □ なし	3,300円	月額
生活リズムの記録(排便・睡眠等)	□ あり ■ なし	■ あり □ なし		
入退院時・入院中のサービス				
移送サービス	□ あり ■ なし	■ あり □ なし		
入退院時の同行	□ あり ■ なし	■ あり □ なし	495円	15分毎。職員分についても別途ご負担頂きます。宿泊を伴わない範囲で付き添い致します。
入院中の洗濯物交換・買い物	□ あり ■ なし	■ あり □ なし		
入院中の見舞い訪問	□ あり ■ なし	■ あり □ なし		

※1 「包含」は、複数のサービスをまとめて月額で提供する場合に該当。

※2 「都度」は、サービスごとの利用料が定まっている場合に該当。料金を記載すること。

## 事業主体が埼玉県内で実施する事業所一覧

介護サービスの種類	箇所数	主な事業所の名称	主な事業所の所在地
<b>&lt;居宅サービス&gt;</b>			
訪問介護	1	みなけあ新座訪問介護事業所	埼玉県新座市野火止6丁目6番12
訪問入浴介護			
訪問看護	1	みなけあ新座訪問看護ステーション	埼玉県新座市野火止6丁目6番12
訪問リハビリテーション			
居宅療養管理指導			
通所介護	1	みなけあ新座デイサービスセンター	埼玉県新座市野火止6丁目6番12
通所リハビリテーション			
短期入所生活介護			
短期入所療養介護			
特定施設入居者生活介護			
福祉用具貸与			
特定福祉用具販売			
<b>&lt;地域密着型サービス&gt;</b>			
定期巡回・随時対応型訪問介護看護			
夜間対応型訪問介護			
認知症対応型通所介護			
小規模多機能型居宅介護			
認知症対応型共同生活介護			
地域密着型特定施設入居者生活介護			
地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護			
看護小規模多機能型居宅介護			
居宅介護支援			
<b>&lt;介護予防サービス&gt;</b>			
介護予防訪問介護	1	みなけあ新座訪問介護事業所	埼玉県新座市野火止6丁目6番12
介護予防訪問入浴介護			
介護予防訪問看護	1	みなけあ新座訪問看護ステーション	埼玉県新座市野火止6丁目6番12
介護予防訪問リハビリテーション			
介護予防居宅療養管理指導			
介護予防通所介護	1	みなけあ新座デイサービスセンター	埼玉県新座市野火止6丁目6番12
介護予防通所リハビリテーション			
介護予防短期入所生活介護			
介護予防短期入所療養介護			
介護予防特定施設入居者生活介護			
介護予防福祉用具貸与			
特定介護予防福祉用具販売			
<b>&lt;地域密着型介護予防サービス&gt;</b>			
介護予防認知症対応型通所介護			
介護予防小規模多機能型居宅介護			
介護予防認知症対応型共同生活介護			
介護予防支援			
<b>&lt;介護保険施設&gt;</b>			
介護老人福祉施設			
介護老人保健施設			
介護療養型医療施設			