

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 兵庫県明石市大久保町大窪2520番地
 商号、名称又は氏名 医療法人社団 せいゆう会
 理事長 原田 益盛

代理人 所属
 職名及び氏名

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

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。
 協力医療介護機関とも連携し、医療介護専門職により自立支援のサポートを行います。

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) さーびすつきこうれいしゃむけじゅうたくなのはな サービス付き高齢者向け住宅 菜の花
所在地	(住居表示※) 兵庫県明石市大久保町大窪1619番1
利用交通手段	☒ 1. 電車 (JR神戸 線 大久保 駅から 徒歩 で 25 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
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 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	☒ 法人 ☐ 個人	
商号、名称 又は氏名	(ふりがな) いりょうほうじんしゃだんせいゆうかい 医療法人社団 せいゆう会	
住所 (法人にあっては主 たる事務所の所在 地)	(郵便番号 674-0051) 兵庫県明石市大久保町大窪字山田2520番地 電話番号 078-935-9000	
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 あつては主たる事 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) いりようほうじんしゃだんせいゆうかい 医療法人社団 せいゆう会
事務所の所在地	(郵便番号 674-0051) 兵庫県明石市大久保町大窪字山田2520番地 電話番号 078-935-9000

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 28 戸	入居定員 28 人
居住部分の規模	(最小) 18.18 m ²	詳細については、別添3のとおり
	(最大) 18.18 m ²	
構造及び設備	共同利用設備 ☒ あり ☐ なし	
	構造 鉄骨造 造	階数 地上3 階建
竣工の年月	2019 年 12 月 15 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	全て個室ですので、ご夫婦で入居されましても、お部屋は別々になります。	
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	別添入居契約書のとおり
		解約予告期間	別添入居契約書のとおり
	入居者からの解約予告期間		少なくとも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	☒ 自ら	☐ 委託	約 15,000 円	
	食事の提供	☒ 自ら	☐ 委託 ☐ 提供しない	約 39,000 円	
	入浴等の介護	☐ 自ら	☐ 委託 ☒ 提供しない	約 45,000 円	
	調理等の家事	☐ 自ら	☐ 委託 ☒ 提供しない	約 15,000 円	
	健康の維持増進	☐ 自ら	☐ 委託 ☒ 提供しない	約 30,000 円	
	その他	☒ 自ら	☐ 委託 ☐ 提供しない	約 10,000 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			
水道光熱費の支払方法	共益費に含まれる				
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、家賃をお支払いいただきます。共益費・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	消費者物価指数、雇用情勢その他の経済事情の変動等			
	手続	協議の上			
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	返還なし			
	入居後3箇月を超えた契約解除等	返還なし			
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。

7. サービス付き高齢者向け住宅の管理の方法等

管理の方法	☒ 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 (法人にあつ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	一般的な修繕積立を実施	

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
		☐ 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) しんめいびょういん 神明病院
医療機関 の所在地	(郵便番号 674-0051) 兵庫県明石市大久保町大窪字山田2520番地 電話番号 078-935-9000
診療科目	内科
連携又は協力 の内容	内科医の訪問診療、緊急時の対応、健康診断の実施
医療機関 の名称	(ふりがな) あかしいりょうせんたー 明石医療センター
医療機関 の所在地	(郵便番号 674-0063) 兵庫県明石市大久保町八木743-33 電話番号 078-936-1101
診療科目	医療全般
連携又は協力 の内容	入院加療
医療機関 の名称	(ふりがな) こうくりにつく こうクリニック
医療機関 の所在地	(郵便番号 673-0001) 兵庫県明石市明南町1丁目4-13-101 電話番号 078-940-8603
診療科目	全般
連携又は協力 の内容	在宅医療(往診)

協力歯科医療機関	
歯科医療機関 の名称	(ふりがな) つがわしかしんりょうしょ 津川歯科診療所
歯科医療機関 の所在地	(郵便番号 674-0051) 兵庫県明石市大久保町大窪945番地の1 電話番号 078-938-1023
連携又は協力 の内容	訪問歯科診療

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) しんめいびょういんほーむへるぷすてーしょん
	神明病院ホームヘルプステーション
事業所の所在地	(郵便番号 674-0051)
	兵庫県明石市大久保町大窪字山田2520番地 電話番号 078-935-9000
連携又は協力の内容	訪問介護
事業所の名称	(ふりがな) ほうもんかんどかもみーる
	訪問看護かもみーる
事業所の所在地	(郵便番号 673-0848)
	兵庫県明石市鷹匠町5-18 電話番号 078-939-6122
連携又は協力の内容	訪問看護
事業所の名称	(ふりがな) しんめいびょういんかいごしえんせんたー
	神明病院介護支援センター
事業所の所在地	(郵便番号 674-0051)
	兵庫県明石市大久保町大窪字山田2520番地 電話番号 078-935-9000
連携又は協力の内容	生活支援、介護支援相談

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

高齢者の住居の安定の確保に関する基本的な方針に沿い、適切な事業運営を行う。

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。

(説明を受けた者)

年 月 日

借主(乙) 住所

氏名

代理人 住所

氏名

乙との続柄

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
はらだ ますもり 原田 益盛	理事長
はらだ ますよし 原田 益善	理事
はらだ たかし 原田 孝	理事
よしだ まさとし 吉田 匡敏	理事
にしはら としお 西原 利男	理事
きど ひでのり 城戸 秀典	理事
ながお まさみち 長尾 正道	監事
ながお まさひこ 長尾 正彦	理事
ふくい たかゆき 福井 崇之	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

(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)

[illegible]

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※1

[illegible]

※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	2	49.35	1階南側及び北側	28	
台所	5	3.00	1階に1か所、2・3階に各2か所	28	1階は食堂兼居間の北側に配置
食堂兼居間	1	56.55	1階南側	28	ミニキッチンスペース(0.6㎡)除く
共用トイレ	2	8.27	1階に2か所	28	

※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。

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		☒ 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			
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 人
	☒ 看護師	人員	6 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
	☒ 介護福祉士	人員	10 人	☐ 上記以外の職員	人員 人
			合 計		人員 16 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	7 時	0 分	～	19 時 0 分 人員 6 人
	上記以外の時間	19 時	0 分	～	7 時 0 分 人員 2 人
毎日1回以上の状況把握サービスの提供方法	各住戸に訪問、及び入居者の申出により随時				毎日 1 回
緊急通報サービスの内容	☐ 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)				
	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階事務所及び施設職員のPHSに連動	通報先から住宅までの到着予定時間	1 分	
緊急時における対応の内容	各居室に設置されているナースコールが押された場合は、施設職員が居室に駆け付け対応します。				
生活相談サービスの内容	随時の生活相談受付サービス 家族との連絡の取次、軽微な介助				
	提供日	☒ 365日対応 ☐ その他 ()			
	提供時間	8 時 30 分 ～ 17 時 30 分			
サービス提供の対価(概算額)	月額※	約	15,000 円	前払金の	
	前払金	約	0 円	算定方法	
備考	緊急時の対応や健康管理、随時相談援助、家族等への電話の取次なども行います。				

※：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		☒ 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 39,000 円	内訳	朝食 300 円 昼食 500 円 夕食 500 円	
	前払金	約 0 円	前払金の 算定方法		
備考		栄養士が栄養バランスを管理し、旬の食材を取り入れた普通食・ソフト食・ミキサー食・ゼリー食などご入居者様の身体機能に応じた食事形態でお席までセッティング提供させていただきます。ソフト・ミキサー・ゼリー各食事の見た目も十分に配慮しております。喫食数に合わせて請求させていただきます。			

※：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		☒ 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 45,000 円	前払金の算定方法
	前払金	約 0 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 /	備考参照
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 500 円 /	1回10分以後10分毎500円加算
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	月額料金はオムツ交換パック30,000円と入浴介助を30回利用した場合の料金です。 オムツ交換パック(トイレ誘導) 1日 5回以内 月額15,000円 1日 8回以内 月額20,000円 1日 13回以内 月額25,000円 1日 18回以内 月額30,000円 オムツ交換単品(トイレ誘導) 1回10分 500円 以後10分毎に 500円加算		

※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		☒ 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 (買物代行、買物付添)					
サービス提供の対価(概算額)	月額※1	約	15,000 円	前払金の算定方法				
	前払金	約	0 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	500 円 /	1回10分 以後10分毎500円加算				
居室清掃	☒ なし ☐ あり	☐ なし ☒ あり ☒ 包含 ☐ 都度	500 円 /	1回10分 以後10分毎500円加算				
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	500 円 /	1回10分 以後10分毎500円加算				
役所手続き代行	☐ なし ☐ あり	☐ なし ☐ あり ☐ 包含 ☐ 都度	円 /					
買物付添	☒ なし ☐ あり	☐ なし ☒ あり ☐ 包含 ☒ 都度	1,000 円 /	1回15分 以後15分毎1000円加算				
備考	月額料金は居室清掃を30回利用した料金です。 タクシー・バス等をご利用された場合は別途実費をいただきます。 買物代行・買物付添については、時間にて料金設定の為、範囲の指定はなし。							

※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		☒ 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 (散歩の付添)
サービス提供の対価(概算額)	月額※1	約 30,000 円	前払金の算定方法
	前払金	約 0 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)	
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 1,000 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 /	
散歩の付添	☒ なし ☐ あり	☐ なし ☒ あり ☐ 包含 ☒ 都度 1,000 円 /	
備考	月額料金は散歩の付添を30回利用した場合の金額。 タクシー・バス等をご利用された場合は別途実費をいただきます。 通院の付添・散歩の付添については、時間にて料金設定の為、範囲の指定はなし。		

※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		☒ 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	コール対応・配茶・ゴミ捨て(1か月パック)																					
サービス提供の 対価(概算額)	月額※1	約 10,000 円	前払金の 算定方法																					
	前払金	約 0 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																					
コール対応	☒ なし ☐ あり	☐ なし ☒ あり ☒ 包含 ☐ 都度 円 /	備考参照																					
配茶	☒ なし ☐ あり	☐ なし ☒ あり ☒ 包含 ☐ 都度 円 /	備考参照																					
ゴミ捨て	☒ なし ☐ あり	☐ なし ☒ あり ☒ 包含 ☐ 都度 円 /	備考参照																					
	☐ 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	《单品》 コール対応 <table border="0" style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 40%;"></td> <td style="width: 20%;">上限</td> <td style="width: 40%;">8,000円</td> </tr> <tr> <td>1日 1～9回</td> <td>1回につき</td> <td>100円</td> </tr> <tr> <td>1日 10回以上</td> <td>1律</td> <td>1,000円</td> </tr> </table> 配茶 <table border="0" style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 40%;">1日 3回</td> <td style="width: 20%;">月額</td> <td style="width: 40%;">5,000円</td> </tr> <tr> <td colspan="3">(10時・15時・19時)</td> </tr> </table> ゴミ捨て <table border="0" style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 40%;">1日 2回</td> <td style="width: 20%;">月額</td> <td style="width: 40%;">2,000円</td> </tr> <tr> <td colspan="3">(朝 ・ 夕)</td> </tr> </table>				上限	8,000円	1日 1～9回	1回につき	100円	1日 10回以上	1律	1,000円	1日 3回	月額	5,000円	(10時・15時・19時)			1日 2回	月額	2,000円	(朝 ・ 夕)		
	上限	8,000円																						
1日 1～9回	1回につき	100円																						
1日 10回以上	1律	1,000円																						
1日 3回	月額	5,000円																						
(10時・15時・19時)																								
1日 2回	月額	2,000円																						
(朝 ・ 夕)																								

※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。