

サービス付き高齢者向け住宅 重要事項説明書

貸主(甲) 住所 東京都新宿区西新宿7丁目9番18号
 氏名 株式会社 社会福祉総合研究所
 代表取締役 秋元 孝則
 代理人 住所 さいたま市西区三橋6-1372-2
 氏名 ロイヤルレジデンス三橋 吉野 隆一

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条及びさいたま市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

| | | | | | | |
|----------|---|--|--|---|--|--|
| 住宅の名称 | ふりがな ろいやるれじでんすみはし ロイヤルレジデンス三橋 | | | | | |
| 所在地※ | 〒 331-0052 | | | | | |
| | さいたま市西区三橋6丁目1372-2 | | | | | |
| | 電話番号 | 048-622-0371 | FAX番号 | 048-622-0372 | | |
| | メールアドレス | mihashi@syasouken.com | HPアドレス | http://www.syasouken.com | | |
| 利用交通手段 | <input checked="" type="checkbox"/> 1.電車 JR川越線 西大宮 駅から 徒歩 で 20分) <input checked="" type="checkbox"/> 2.その他 (東武バス 大宮駅西口～シティハイツ三橋行き終下車徒歩3分) | | | | | |
| 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 令和1年 9月 1日 ~ 令和36年 8月 31日 まで 契約の自動更新 <input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし 抵当権の有無 <input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし | | | | | |
| | 施設に関する権原 | <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 令和1年 9月 1日 ~ 令和36年 8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 type="checkbox"/> 2.地上権 <input checked="" type="checkbox"/> 3.賃借権 <input type="checkbox"/> 4.使用貸借による権利 期間 令和1年 9月 1日 ~ 令和36年 8月 31日 まで 契約の自動更新 <input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし 抵当権の有無 <input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし | | | |
| | | | | | | |

(※)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 かぶしきがいしや しゃかいふくしそごうけんきゅうじよ 株式会社 社会福祉総合研究所 | |
| 住所 (法人にあっては 主たる事務所の所在地) | 〒 160-0023 | |
| | 東京都新宿区西新宿7丁目9番18号 第三雨宮ビル7階 | |
| | 電話番号 | 03-3367-2910 FAX番号 03-6908-7841 |
| 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) | 〒 |
| | | 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 かぶしがいいしや しゃかいふくしそごうけんきゅうじよ 株式会社 社会福祉総合研究所 |
| 事務所の所在地 | 〒 160-0023 東京都新宿区西新宿7丁目9番18号 第三雨宮ビル7階 電話番号 03-3367-2910 |

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 80 戸 |
| 居住部分の規模 | (最小) 19.6 m ² |
| | (最大) 20.12 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 |
| | 構造 鉄筋コンクリート 造 階数 3 階建 |
| | <input checked="" type="checkbox"/> 耐火建築物 <input type="checkbox"/> 準耐火建築物 <input type="checkbox"/> その他() |
| | 建築物の延床面積 3041.98 m ² (うちサービス付き高齢者向け住宅部分 3041.98m ²) |
| 竣工の年月 | 2019年 8月 31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 | <input checked="" type="checkbox"/> 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(下記一部掲載) | |
| 入居対象者 | <input checked="" type="checkbox"/> 自立 <input checked="" type="checkbox"/> 要支援 <input checked="" type="checkbox"/> 要介護 | |
| 留意事項 | 入居時 | |
| | 施設利用時 | |
| 契約解除の内容 | ・入居申込書に虚偽の事項を記載するなどの不正手段により入居したとき。 ・利用料その他費用の支払いを正当な理由なく、三ヶ月以上遅滞したとき。 ・利用料その他費用の支払いを正当な理由なく、再三にわたり遅滞したとき。 ・施設の承諾を得ないで入居契約書第10条(契約当事者以外の第三者の同居)第1項に規定する行為を行ったとき。 ・建物及びその付属設備又は敷地を故意又は重大な過失により汚損、破損又は滅失したとき。 ・入居契約書第11条(管理規程)、第13条(サービス提供における入居者の義務及び約束事項等)、第24条(利用上の注意)、第31条(原状回復の義務)第1項、又は第33条(転貸、譲渡等の禁止)の規定に違反したとき。 ・入居者の行動が、他の入居者の生命に危害を及ぼす恐れがあり、入居者に対する通常の介護方法ではこれを防止することが出来ないとき。なお、この場合は一定の観察期間をおくとともに、医師の意見を聞き、対応することとする。 | |
| 事業主体から解約を求める場合 | 解約条項 | ・入居申込書に虚偽の事項を記載するなどの不正手段により入居したとき。 ・利用料その他費用の支払いを正当な理由なく、三ヶ月以上遅滞したとき。 ・利用料その他費用の支払いを正当な理由なく、再三にわたり遅滞したとき。 ・施設の承諾を得ないで入居契約書第9条第5項に規定する行為を行ったとき。 ・建物及びその付属設備又は敷地を故意又は重大な過失により汚損、破損又は滅失したとき。 ・入居契約書の規定に違反したとき。 ・入居者の行動が、他の入居者の生命に危害を及ぼす恐れがあり、入居者に対する通常の介護方法ではこれを防止することが出来ないとき。なお、この場合は一定の観察期間をおくとともに、医師の意見を聞き、対応することとする。 |
| | 解約予告期間 | 3カ月前までに |
| 入居者からの解約予告期間 | 30日前 | |
| 体験入居の内容 | <input checked="" type="checkbox"/> あり(内容:1日11,000円(税込)・最大7日まで利用可能) <input type="checkbox"/> なし | |
| 入居定員 | 80名 | |
| その他 | | |
| 事業開始時期 | 2019年 10月 1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

| 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 円 | | |
| 高齢者生活支援サービス | 食事の提供 | <input checked="" type="checkbox"/> 自ら | <input checked="" type="checkbox"/> 委託 | <input type="checkbox"/> 提供しない | | 約 51,900 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 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 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 円 |
| | その他 | <input checked="" 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 75,000 円 | | | | | |
| 共益費の概算額 | (最低) 約 62,000 円 | | | | | |
| | (最高) 約 62,000 円 | | | | | |
| 敷金の概算額 | (最低) 約 225,000 円 | 家賃の 3 月分 | | | | |
| | (最高) 約 225,000 円 | | | | | |
| 水道光熱費の支払方法 | 共益費に含む | | | | | |
| 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根拠 | 家賃 | | | | | |
| | サービス提供の対価 | | | | | |
| 想定居住期間(償還年月数) | | | | | | |
| 償却の開始日 | | | | | | |
| 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) | | | | | | |
| 初期償却率 | | | | | | |
| 返還額の算定方法 | 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 | | | | | |
| 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"/> 信託会社等による元本補てん又は信託 <input type="checkbox"/> 保険事業者による保証保険 <input type="checkbox"/> その他() | | | | | |
| 特定施設入居者生活介護事業所 | <input checked="" type="checkbox"/> 指定を受けている | | | | | |
| | <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 | | | | | |
| | <input checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> 指定を受けている | | | | | |
| | <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。

| | | |
|----------------------------|--|--|
| 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 | <input type="checkbox"/> 全額前払い方式 |
| (該当する方式全て選択) | <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 checked="" type="checkbox"/> 減額なし | |
| | <input type="checkbox"/> 日割り計算で減額 | |
| | <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 | 入居契約書 第4条第3項に基づく |
| | 手続き | 運営懇談会に諮り同意を得る。 |

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 | <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 (法人にあつては 主たる事務所の所在地) | 〒 | |
| | 電話番号 | |
| 修繕計画 | | |
| 計画策定の 有無 | <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし | |
| 大規模修繕の 実施予定 | | |
| その他計画的な 修繕予定 | | |
| 登録の更新の申請の日前一年間における入居者の数及び退去者の数 | 入居者の数 | 68 人 |
| | 退去者の数 | 56 人 |

※登録の更新の申請の日前一年間における入居者の数及び退去者の数は、法第5条第2項の登録の更新の申請をする場合に限り記入すること。

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 |
|------------------|--------------|---|
| ロイヤル三橋訪問看護ステーション | 医療保険による訪問看護 | <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 |
| | | <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 |
| | | <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）

| | | | |
|-------------------|-----------------------------|-------------------------------|-------------------------------|
| 医療支援 ※複数選択可 | | ■ 救急車の手配 | |
| | | ■ 入退院の付き添い | |
| | | ■ 通院介助 | |
| | | □ その他() | |
| 協力医療機関 | 1 | 名称 | 医療法人 朋百会 戸田本町クリニック |
| | | 住所 | 埼玉県戸田市本町3-9-16 |
| | | 診療科目 | 内科 |
| | | 協力科目 | 訪問診療・往診・他科紹介 |
| | | 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 |
| | 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 |
| | 2 | 名称 | 医療法人社団 白報会 ドクターランド大宮 |
| | | 住所 | 埼玉県さいたま市大宮区仲町2-60 仲町川鍋ビル2階 |
| | | 診療科目 | 内科 皮膚科 整形外科 |
| | | 協力科目 | 訪問診療・往診・他科紹介 |
| 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 | | |
| | 医療機関の住所 | | |
| | | 2 なし | |
| 協力歯科医療機関 | 1 | 名称 | 医療法人 美林会 志木小林歯科 |
| | | 住所 | 埼玉県志木市本町3-5-26 |
| | | 協力内容 | 訪問歯科診療・歯科検診・職員に対する研修の実施 |
| | 2 | 名称 | |
| | | 住所 | |
| | | 協力内容 | |
| その他連携協力事業所 | | 名称 | |
| | | 住所 | |
| | | 協力内容 | |

10. 保健医療サービスを提供する体制に関する事項

| | |
|-----------------------|--|
| 保健医療サービスを提供する体制に関する事項 | |
|-----------------------|--|

※保健医療サービスを提供する場合に限り記入すること。

11. 運営方針

別添5のとおり

12. 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居住安定確保計画に沿って適切に運営します。

| |
|--|
| |
|--|

13. サービスの内容
(全体の方針)

| | |
|-----------------|---|
| 事業の目的 | サービス付き高齢者向け住宅の設置を通じ、要支援・要介護状態となっても継続して入居ができるようにし、高齢者の居住の安定に努めます。 |
| 運営に関する方針 | 高齢者の自立支援の援助を行います。また、要支援・要介護の高齢者の入居も積極的に受入れます。 |
| 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適切な特定施設入居者生活介護の提供を行います。また、24時間体制の訪問看護事業所を併設しています。 |

(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加算の対象となるサービスの体制の有無 ※「地域密着型特定施設入居者生活介護」の指定を受けている場合。 | 入居継続支援加算 | (I) | <input type="checkbox"/> あり | <input checked="" type="checkbox"/> なし |
| | | (II) | <input type="checkbox"/> あり | <input checked="" type="checkbox"/> なし |
| | 生活機能向上連携加算 | (I) | <input type="checkbox"/> あり | <input checked="" type="checkbox"/> なし |
| | | (II) | <input type="checkbox"/> あり | <input checked="" type="checkbox"/> なし |
| | 個別機能訓練加算 | (I) | <input checked="" type="checkbox"/> あり | <input type="checkbox"/> なし |
| | | (II) | <input checked="" type="checkbox"/> あり | <input type="checkbox"/> なし |
| | ADL維持加算 | (I) | <input type="checkbox"/> あり | <input checked="" type="checkbox"/> なし |
| | | (II) | <input type="checkbox"/> あり | <input checked="" type="checkbox"/> なし |
| | 夜間看護体制加算 | (I) | <input type="checkbox"/> あり | <input checked="" type="checkbox"/> なし |
| | | (II) | <input checked="" type="checkbox"/> あり | <input type="checkbox"/> なし |
| | 若年性認知症入居者受入加算 | | <input checked="" type="checkbox"/> あり | <input type="checkbox"/> なし |
| | 協力医療機関連携加算 | (I) | <input checked="" type="checkbox"/> あり | <input type="checkbox"/> なし |
| | | (II) | <input checked="" type="checkbox"/> あり | <input type="checkbox"/> なし |
| | 口腔衛生管理体制加算(※) | | <input type="checkbox"/> あり | <input checked="" type="checkbox"/> なし |
| | 口腔・栄養スクリーニング加算 | | <input checked="" type="checkbox"/> あり | <input type="checkbox"/> なし |
| | 科学的介護推進体制加算 | | <input checked="" type="checkbox"/> あり | <input type="checkbox"/> なし |
| | 退院・退所時連携加算 | | <input checked="" type="checkbox"/> あり | <input type="checkbox"/> なし |
| | 退居時情報提供加算 | | <input checked="" type="checkbox"/> あり | <input type="checkbox"/> なし |
| | 看取り介護加算 | (I) | <input checked="" type="checkbox"/> あり | <input type="checkbox"/> なし |
| | | (II) | <input type="checkbox"/> あり | <input checked="" type="checkbox"/> なし |
| | 認知症専門ケア加算 | (I) | <input type="checkbox"/> あり | <input checked="" type="checkbox"/> なし |
| | | (II) | <input type="checkbox"/> あり | <input checked="" type="checkbox"/> なし |
| | 高齢者施設等感染対策向上加算 | (I) | <input type="checkbox"/> あり | <input checked="" type="checkbox"/> なし |
| | | (II) | <input type="checkbox"/> あり | <input checked="" type="checkbox"/> なし |
| | 生産性向上推進体制加算 | (I) | <input type="checkbox"/> あり | <input checked="" type="checkbox"/> なし |
| | | (II) | <input type="checkbox"/> あり | <input checked="" type="checkbox"/> なし |
| | サービス提供体制強化加算 | (I) | <input type="checkbox"/> あり | <input checked="" type="checkbox"/> なし |
| | | (II) | <input type="checkbox"/> あり | <input checked="" type="checkbox"/> なし |
| | | (III) | <input type="checkbox"/> あり | <input checked="" type="checkbox"/> なし |
| | 介護職員等処遇改善加算 | (I) | <input type="checkbox"/> あり | <input checked="" type="checkbox"/> なし |
| | | (II) | <input type="checkbox"/> あり | <input checked="" type="checkbox"/> なし |
| | | (III) | <input checked="" type="checkbox"/> あり | <input type="checkbox"/> なし |
| | | (IV) | <input type="checkbox"/> あり | <input checked="" type="checkbox"/> なし |
| | (V)(1) | <input type="checkbox"/> あり | <input checked="" type="checkbox"/> なし | |
| | (V)(2) | <input type="checkbox"/> あり | <input checked="" type="checkbox"/> なし | |
| | (V)(3) | <input type="checkbox"/> あり | <input checked="" type="checkbox"/> なし | |
| | (V)(4) | <input type="checkbox"/> あり | <input checked="" type="checkbox"/> なし | |
| | (V)(5) | <input type="checkbox"/> あり | <input checked="" type="checkbox"/> なし | |
| | (V)(6) | <input type="checkbox"/> あり | <input checked="" type="checkbox"/> なし | |
| | (V)(7) | <input type="checkbox"/> あり | <input checked="" type="checkbox"/> なし | |
| | (V)(8) | <input type="checkbox"/> あり | <input checked="" type="checkbox"/> なし | |
| | (V)(9) | <input type="checkbox"/> あり | <input checked="" type="checkbox"/> なし | |
| | (V)(10) | <input type="checkbox"/> あり | <input checked="" type="checkbox"/> なし | |
| | (V)(11) | <input type="checkbox"/> あり | <input checked="" type="checkbox"/> なし | |
| | (V)(12) | <input type="checkbox"/> あり | <input checked="" type="checkbox"/> なし | |
| | (V)(13) | <input type="checkbox"/> あり | <input checked="" type="checkbox"/> なし | |
| | (V)(14) | <input type="checkbox"/> あり | <input checked="" type="checkbox"/> なし | |
| 人員配置が手厚い介護サービスの実施の有無 | <input type="checkbox"/> あり | (介護・看護職員の配置率) 3 : 1 | | |
| | <input checked="" type="checkbox"/> なし | | | |

(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 | <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 checked="" type="checkbox"/> その他() |
| 判断基準の内容 | 心身の状態の変化により、他の介護居室に移動した方がより適切な特定施設入居者生活介護の提供が出来るかと判断した場合 |
| 手続きの内容 | <input checked="" type="checkbox"/> 医師の意見を聞く <input checked="" type="checkbox"/> 3か月間の観察期間を置く <input checked="" type="checkbox"/> 本人及び身元引受人の同意を得る |
| 追加的費用の有無 | <input type="checkbox"/> あり <input checked="" type="checkbox"/> なし |
| 居室賃借権(利用権)の取扱い | <input type="checkbox"/> あり <input checked="" type="checkbox"/> なし |
| 前払金償却の調整の有無 | <input type="checkbox"/> あり <input checked="" type="checkbox"/> なし |
| 従前の居室との 仕様の変更 | 面積の増減 <input type="checkbox"/> あり <input checked="" type="checkbox"/> なし |
| | 便所の変更 <input type="checkbox"/> あり <input checked="" type="checkbox"/> なし |
| | 浴室の変更 <input type="checkbox"/> あり <input checked="" type="checkbox"/> なし |
| | 洗面所の変更 <input type="checkbox"/> あり <input checked="" type="checkbox"/> なし |
| | 台所の変更 <input type="checkbox"/> あり <input checked="" type="checkbox"/> なし |
| | 収納設備の変更 <input type="checkbox"/> あり <input checked="" type="checkbox"/> なし |
| | その他の変更 <input type="checkbox"/> あり (変更内容) <input checked="" type="checkbox"/> なし |

14. 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 | 職務内容 | 職員数(実人数) 52人 | | | 常勤換算 人数※1 |
|-----------------------|--|--------------|----|------|--------------|
| | | 合計 | 常勤 | 非常勤 | |
| 管理者 | 事業所の従業者の管理及び業務の管理を一元的に行います。 | 1 | 1 | | 1 |
| 生活相談員 | ご入居者の各種相談に応じるとともに適切な助言を行います。 | 1 | 1 | | 1 |
| 直接処遇職員 | | | | | |
| 介護職員 | ご入居者に対し必要な介護及び世話、支援を行います。 | 30 | 16 | 14 | 24.8 |
| 看護職員 | ご入居に対し必要な看護及び世話、支援を行います。 | 3 | 3 | | 3 |
| 機能訓練指導員 | ご入居者に対して必要な機能訓練を行います。 | 2 | 2 | | 2 |
| 計画作成担当者 | ご入居者の施設サービス計画の作成、その他、介護保険制度の利用に関する支援を行います。 | 2 | 2 | | 2 |
| 栄養士 | | 1 | | 業務委託 | |
| 調理員 | | 5 | | 業務委託 | |
| 事務員 | 来客者、自費サービスの対応、取り次ぎをおこないます。 | 2 | 2 | | 2 |
| その他職員 | 館内清掃 | 5 | | 5 | 2.9 |
| 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

- ┌ 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。
- └ 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。
- ┌ 専従 …住宅事業で1つの職種のみで勤務する者。
- └ 非専従 …専従以外の者。

(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) 30 人 | | | | |
|-----------|---------------|----|-----|-----|-----|
| | 合計 | 常勤 | | 非常勤 | |
| | | 専従 | 非専従 | 専従 | 非専従 |
| 社会福祉士 | | | | | |
| 介護福祉士 | 17 | 9 | | 8 | |
| 実務研修の修了者 | 3 | 3 | | | |
| 初任者研修の修了者 | 6 | 3 | | 3 | |
| 介護支援専門員 | 2 | 2 | | | |

(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) 2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 | 2 | 2 | | | |
| 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 | | | | | |

(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。

(夜勤を行う看護・介護職員の人数)

| 夜勤帯の設定時間 (17時 15分～ 9時 15分) | | |
|----------------------------|------|--------|
| 職種 | 平均人数 | 最小時人数※ |
| 看護職員 | 0 人 | 0 人 |
| 介護職員 | 2 人 | 2 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 checked="" 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) | 3:01 |
| ※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 | | |
| 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 | 吉野隆一 | | | | | | | | | |
| | 職名 | 所長 | | | | | | | | | |
| | 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 checked="" type="checkbox"/> あり 資格等の名称 ヘルパー1級 <input type="checkbox"/> 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 | 常勤 | 非常勤 | |
| 前年度1年間の採用者数 | 3 | | 6 | 6 | 1 | | 1 | | 2 | | |
| 前年度1年間の退職者数 | | | 6 | 3 | 1 | | 1 | | 2 | | |
| 業務に 応じた 従事した 職員の 経験 人数 | 1年未満 | 3 | | 3 | 4 | 2 | | 1 | | 1 | |
| | 1年以上 3年未満 | | | 8 | 6 | | | 1 | | 1 | |
| | 3年以上 5年未満 | | | 5 | 4 | | | | | | |
| | 5年以上 10年未満 | | | 1 | 1 | | | | | | |
| | 10年以上 | | | | | | | | | | |
| | 従業者の健康診断の実施状況 | <input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし | | | | | | | | | |

15. 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 | 30人 |
| | 女性 | 42人 |
| 年齢別 | 65歳未満 | 2人 |
| | 65歳以上75歳未満 | 11人 |
| | 75歳以上85歳未満 | 20人 |
| | 85歳以上 | 39人 |
| | 要介護度別 | 自立 |
| | 要支援1 | 3人 |
| | 要支援2 | 3人 |
| | 要介護1 | 18人 |
| | 要介護2 | 9人 |
| | 要介護3 | 10人 |
| | 要介護4 | 12人 |
| | 要介護5 | 17人 |

| | | |
|-------|------------|-----|
| 入居期間別 | 6ヶ月未満 | 35人 |
| | 6ヶ月以上1年未満 | 19人 |
| | 1年以上5年未満 | 18人 |
| | 5年以上10年未満 | 0人 |
| | 10年以上15年未満 | 0人 |
| | 15年以上 | 0人 |

(入居者の属性)

| | | |
|--|----|---|
| 平均年齢 | 83 | 歳 |
| 入居者数の合計 | 72 | 人 |
| 入居率※ | 90 | % |
| ※ 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 | 4 | 人 | |
| | 社会福祉施設 | 8 | 人 | |
| | 医療機関 | 1 | 人 | |
| | 死亡者 | 34 | 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 | 12 | 人 | (解約事由の例) 入院・在宅復帰・特養入所等 |

16. 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）

※5ヶ所以上の窓口がある場合は欄を増やして記入すること。

| | | |
|---|----------|----------------------|
| 1 | 窓口の名称 | ロイヤルレジデンス三橋 |
| | 電話番号 | 048-622-0371 |
| | 対応している時間 | 9時～18時 |
| | 定休日 | なし |
| 2 | 窓口の名称 | 株式会社 社会福祉総合研究所 |
| | 電話番号 | 03-3367-2910 |
| | 対応している時間 | 9時～18時 |
| | 定休日 | 土曜日・日曜日・祝日・12/29～1/3 |
| 3 | 窓口の名称 | さいたま市建設局建築部住宅政策課 |
| | 電話番号 | 048-829-1520 |
| | 対応している時間 | 8:30～17:15 |
| | 定休日 | 土曜日・日曜日・祝日・12/29～1/3 |
| 4 | 窓口の名称 | さいたま市福祉局長寿応援部介護保険課 |
| | 電話番号 | 048-829-1265 |
| | 対応している時間 | 8:30～17:15 |
| | 定休日 | 土曜日・日曜日・祝日・12/29～1/3 |
| 5 | 窓口の名称 | 埼玉県国民健康保険団体連合会 |
| | 電話番号 | 048-824-2568 |
| | 対応している時間 | 午前8時30分～正午、午後1時～午後5時 |
| | 定休日 | 土・日・祝・12月29日～1月3日 |

(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) 訪問看護事業共済会の損害賠償保険に加入しています。 |
| | <input type="checkbox"/> なし | |
| 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) 賠償保険の利用と入居者様、ご家族様へ誠心誠意対応します。 |
| | <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 |
| 事故発生時の対応方法 | 事故対応マニュアルに沿って適切に対応します。 | |
| 利用者の体調急変時等(緊急時等)における対応方法 | かかりつけ医へ連絡をし、指示を仰ぐ、あるいは救急車を手配します。また、身元引受人の方へ連絡をします。 | |

(緊急時における対応方法)

| | | |
|----------------------------|--|----------------------------------|
| 緊急時(事故及び急病・負傷)に対応できる具体的な計画 | <input checked="" type="checkbox"/> あり | (その内容) 事故対応マニュアルに沿って適切に対応します。 |
| | <input type="checkbox"/> なし | |

(非常災害対策)

| | | |
|----------------------|--|------------------------------------|
| 非常災害に対応できる具体的な計画 | <input checked="" type="checkbox"/> あり | (その内容) 備蓄食の準備・防災訓練、避難訓練の実施(年2回) |
| | <input type="checkbox"/> なし | |
| 避難訓練の実施 | <input checked="" type="checkbox"/> あり | 年 2回 |
| | <input type="checkbox"/> なし | |
| 業務(事業)継続計画の策定の有無 | <input checked="" type="checkbox"/> あり | 職員研修の実施 年 1回 訓練の実施 年 1回 |
| | <input type="checkbox"/> なし | |
| 感染予防及びまん延防止のための対策の有無 | <input checked="" type="checkbox"/> あり | 職員研修の実施 年 1回 訓練の実施 年 1回 |
| | <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 type="checkbox"/> あり | 実施内容 | | |
| | | 結果の開示 | <input type="checkbox"/> あり | <input type="checkbox"/> なし |
| 第三者による評価の実施状況 | <input checked="" type="checkbox"/> なし | | | |
| | <input type="checkbox"/> あり | 実施日 | | |
| | | 評価機関名称 | | |
| | | 結果の開示 | <input type="checkbox"/> あり | <input type="checkbox"/> なし |
| | <input checked="" type="checkbox"/> なし | | | |

1.7. 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"/> 入居希望者に公開 | <input checked="" type="checkbox"/> 入居希望者に交付 | <input type="checkbox"/> 公開していない |
| 管理規程 | <input type="checkbox"/> 入居希望者に公開 | <input checked="" type="checkbox"/> 入居希望者に交付 | <input type="checkbox"/> 公開していない |
| 事業収支計画書 | <input checked="" type="checkbox"/> 入居希望者に公開 | <input type="checkbox"/> 入居希望者に交付 | <input type="checkbox"/> 公開していない |
| 財務諸表の要旨 | <input checked="" type="checkbox"/> 入居希望者に公開 | <input type="checkbox"/> 入居希望者に交付 | <input type="checkbox"/> 公開していない |
| 財務諸表の原本 | <input type="checkbox"/> 入居希望者に公開 | <input type="checkbox"/> 入居希望者に交付 | <input checked="" type="checkbox"/> 公開していない |

18. その他

| | | | |
|--|--|--|---|
| 運営懇談会 | <input checked="" type="checkbox"/> あり (開催頻度)年 2 回 <input type="checkbox"/> なし | | <input type="checkbox"/> 代替措置あり (内容) <input type="checkbox"/> 代替措置なし |
| | 提携ホームへの移行※ <input type="checkbox"/> あり (提携ホーム名:) <input checked="" type="checkbox"/> なし | | |
| 虐待の防止のための措置 | 虐待防止委員会を設置し、虐待ゼロ方針の下で適正な運営がなされているかどうかを毎月虐待防止委員会にて検証をしています。 | | |
| ホームにおけるハラスメントの規定 | <input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし | 担当窓口:株式会社 社会福祉総合研究所 総務部 周知方法:施設内にハラスメント防止規程を設置し周知 | |
| | 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 <input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし | | |
| さいたま市有料老人ホーム設置運営指導指針に合致しない事項 | <input checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (その内容) | | |
| | 施設の利用に当たっての留意事項 | | |
| ※提携ホームとは、(介護予防)特定施設入居者生活介護の指定を受けている提携施設を指す。 (注)居室にあるテレビ等のNHK受信契約は弊社で行っております。使用時は512円ご負担頂きます。 ※弊社での契約は、「地上契約」となります。「衛生契約」を希望される方は、別途、NHKとの受信契約が必要となりますので、NHKへお問合せをお願い致します。 また、ご入居者様のお身体の状況等により、テレビの撤去をご希望される場合は、NHKに関する費用はご負担いただく必要はありません。 | | | |

添付書類:

- 別添1(役員名簿※法人の場合)
- 別添2(役員名簿※法定代理人の場合)
- 別添3(住宅の規模並びに構造及び設備等)
- 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)
- 別添5(運営方針)
- 別添6(事業主体が埼玉県内で実施する事業所一覧)
- 別添7(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)

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条及びさいたま市有料老人ホーム設置運営指導指針12(4)に基づく書面による説明を受けました。

令和 年 月 日
借主(乙) 住所
氏名

役員名簿

| (ふりがな) 氏名 | 役名等 |
|----------------------|-------|
| あきもと たかのり 秋元 孝則 | 代表取締役 |
| やぶき きみのり 矢吹 公識 | 代表取締役 |
| あさか けんいちろう 浅香 謙一郎 | 取締役 |
| まきせ たかゆき 牧瀬 隆幸 | 取締役 |
| やぶき じんご 矢吹 甚吾 | 取締役 |
| やぶき みき 矢吹 美紀 | 取締役 |
| きたはら ひさや 北原 久也 | 取締役 |
| こいけ しゅんじ 小池 俊二 | 取締役 |
| たかみおさむ 高見 修也 | 監査役 |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |

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。

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 | 20.12 | × | ○ | ○ | × | × | ○ | 50 | 101,105,106,110 ~113, 116~ 118,121,122,201, 205,206 210~213,216~ 218, 221,222,226,227, 231,233,235,236, 238,301,305,306, 310~313,316~ 318,321,322,326, 327,331,333,335, 336,338 | 75,000 |
| 1 | 19.6 | × | ○ | ○ | × | × | ○ | 20 | 102,103,107,108, 202,203,207,208, 223,225,228,230, 302,303,307,308, 323,325,328,330 | 75,000 |
| 1 | 19.8 | × | ○ | ○ | × | × | ○ | 10 | 115,120,215,220, 232,237,315,320, 332,337 | 75,000 |

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) | 備考 |
|--------|-------|--------------|------|---------------|--------------------|
| 食堂 | 3 | 220.35 | 1~3階 | 80 | |
| 台所 | 3 | 食堂と兼ねる | 1~3階 | 80 | 食堂と兼ねる |
| 居間 | 3 | 食堂と兼ねる | 1~3階 | 80 | 食堂と兼ねる |
| 便所 | 3 | 23.15 | 1~3階 | 80 | 1階多機能便所、2,3階車椅子用便所 |
| 浴室 | 7 | 137.98 | 1~3階 | 80 | |
| 談話コーナー | 1 | 24.3 | 1階 | 80 | |
| 多目的ルーム | 1 | 39.25 | 1階 | 80 | |

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。

注1) 設備等は、適宜加筆修正すること。

(2) 消防用設備・その他設備

| | | | |
|----------|--|---|--|
| 消火器 | <input checked="" type="checkbox"/> あり | <input type="checkbox"/> なし | |
| 緊急通報装置 | <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 | |
| 火災通報設備 | <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 | |
| 防火管理者 | <input checked="" type="checkbox"/> あり | <input type="checkbox"/> なし | |
| 防災計画 | <input checked="" type="checkbox"/> あり | <input type="checkbox"/> なし | |
| エレベーター | <input checked="" type="checkbox"/> あり | (<input checked="" type="checkbox"/> 車椅子対応 | <input checked="" type="checkbox"/> ストレッチャー対応) |
| | <input type="checkbox"/> 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 | 人 | <input type="checkbox"/> 社会福祉士 | 人員 | 人 | | |
| | <input checked="" type="checkbox"/> 看護師 | 人員 | 2人 | <input checked="" type="checkbox"/> 介護支援専門員 | 人員 | 2人 | | |
| | <input type="checkbox"/> 准看護師 | 人員 | 人 | <input checked="" type="checkbox"/> 養成研修修了者 | 人員 | 13人 | | |
| | <input checked="" type="checkbox"/> 介護福祉士 | 人員 | 10人 | <input checked="" type="checkbox"/> 上記以外の職員 | 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 (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 | 9時 | 00分 | ～ | 18時 | 00分 | 人員 | 3人 |
| | 上記以外の時間 | 18時 | 00分 | ～ | 9時 | 00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 | 食事の際、訪室時または食堂での確認及び夜間帯の巡回 | | | | | | 毎日 | 3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 | | 0分 | ～ | 24時 | 00分 |
| | | 上記以外の日 | <input type="checkbox"/> 24時間 | | | | | |
| | 通報方法 | ケアコールを居室内2か所と共用部に設置する。 | | | | | | |
| | 通報先 | 施設内事務所 | | | 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 | ケアコールを各室2カ所に設置しています。呼び出しがあった場合は住宅職員が対応いたします。 | | | | | | | |
| 生活相談サービスの内容 | 提供日 | <input checked="" type="checkbox"/> 365日対応 <input type="checkbox"/> その他() | | | | | | |
| | 提供時間 | 9時 00分 ～ 18時 00分 | | | | | | |
| 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 | スタッフが24時間365日常駐し、見守り・安否確認・緊急通報等の対応・サービスをご提供いたします。「(介護予防)特定施設入居者生活介護」の利用契約締結した方は、介護保険の適用にてご利用いただけます。自立の方等、上記契約を締結されない方は、月額20,790円(税込)のご負担となります。 | | | | | | | |

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 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 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) ひとわふーどさーびすかぶしがいいしや HITOWA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 106-0032) 東京都港区六本木1-4-5 アークヒルズサウスタワー | | 電話番号 | 03-6738-6114 |
| | 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 106-0032) 東京都港区六本木1-4-5 アークヒルズサウスタワー | | 電話番号 | 03-6738-6114 |
| 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 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 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() | | | |
| | 入居者の健康状態に合わせた食事対応 | | | | <input checked="" type="checkbox"/> 応相談 <input type="checkbox"/> 対応なし |
| 入居者の健康状態に合わせた各居室への配食対応 | | | | <input checked="" type="checkbox"/> 応相談 <input type="checkbox"/> 対応なし | |
| サービス提供の対価(概算額) | 月額※ | 約 51,900 円 | 内訳 | 朝食 432 円 | 昼食 622 円 夕食 676 円 |
| | 前払金 | 約 円 | 前払金の算定方法 | | |
| 備考 | <p>食費は月単位での請求となります。食費：月額51,900円(税込) (30日の場合) (税抜価格48,060円、8%消費税額3,840円) 【朝食432円(税込)、昼食622円(税込)、夕食676円(税込)】 ・朝食432円(税込)(税抜価格400円、8%消費税額32円) ・昼食622円(税込)(税抜価格576円、8%消費税額46円) ・夕食676円(税込)(税抜価格626円、8%消費税額50円) 朝食8:00～9:00、昼食は12:00～13:00、夕食18:00～19:00まで各階の食堂で提供させていただきます。 キャンセル・変更等は提供される日の前日17:00までにお知らせ下さい。 食事は委託業者にて専属の調理員により調理致します。 配膳はサービス付き高齢者向け住宅に併設されている事業所の職員が行います。</p> | | | | |

※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 (法人にあつては 主たる事務所の所 在地) | (郵便番号) | | 電話番号 | |
| | 住所 (法人にあつては 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 | 円 | 前払金の 算定方法 | |
| | 前払金 | 約 | 円 | | |
| 備考 | 入浴(機械浴用浴槽を利用した特浴含む)、排せつ、食事等の介護サービスを時間および回数単位により提供いたします。「(介護予防)特定施設入居者生活介護」の利用契約を締結した方は、介護保険の適用にてご利用いただけます(入浴介護は、週2回、排せつ・食事等の介護サービスは、適宜)。 自立の方等、上記契約を締結されない方は、入浴介護2,750円(税込)／30分、機械浴4,400円(税込)／回、排せつ介護917円(税込)／1回、食事介護1,100円(税込)／30分のご負担となります。 | | | | |

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 (法人にあつては 主たる事務所の所 在地) | (郵便番号) | | 電話番号 | |
| | 住所 (法人にあつては 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 | 円 | 前払金の 算定方法 | |
| | 前払金 | 約 | 円 | | |
| 備考 | 洗濯を週2回、住戸内の清掃(トイレ清掃含む30分/回)およびシーツ等リネン交換を週1回行います。(エアコン等電子機器清掃については、別途のご負担となります。)(「介護予防)特定施設入居者生活介護」の利用契約を締結した方は、介護保険の適用にてご利用いただけます。自立の方等、上記契約を締結されない方は、清掃2,750円(税込)／回、洗濯990円(税込)／回、シーツ等リネン交換550円(税込)／回のご負担となります。 | | | | |

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 (法人にあつては 主たる事務所の所在地) | (郵便番号) | 電話番号 | | |
| | 住所 (法人にあつては 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 checked="" type="checkbox"/> 通院等の付き添い <input checked="" type="checkbox"/> その他 (受診の予約・薬の受取) | | | |
| 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 | <p>日常的な健康に関するご相談、体温・血圧測定、緊急時の対応・処置などを行います。体調不良・緊急時などの場合、提携医療機関との連携により対応します。「(介護予防)特定施設入居者生活介護」の利用契約を締結した方は、介護保険の適用にてご利用いただけます。自立の方等、上記契約を締結されない方は、月額22,000円(税込)のご負担となります。また、特定施設入居者生活介護を利用する場合の協力医療機関以外への通院等の付き添いは、1時間当たり3,300円(税込)です。特定施設入居者生活介護を利用しない場合、要介護認定が無い方は、全ての医療機関への通院の付き添いが1時間当たり3,300円(税込)となります。</p> | | | | |

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 (法人にあつては 主たる事務所の所在地) | (郵便番号) | 電話番号 | | |
| | 住所 (法人にあつては 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 | 買い物代行等 | | | |
| 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 | <p>買い物・散歩・通院・入退院時の職員付き添い等の支援サービスを時間及び回数単位によりご提供いたします。週1回の買い物代行(通常利用区域)は特定施設入居者生活介護で実施するサービスに含み、通常回数以上又は自立の方の買い物代行は、通常利用区域2,200円(税込)/回、通常利用区域外2,200円(税込)/時間のご負担となります。</p> | | | | |

運営方針

| 項目 | 該当 |
|---|--|
| 重要事項を記載した書面のひな形を公開する | <input checked="" type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ |
| 入居及び退去の条件を書面に記載する | <input checked="" type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ |
| 入居者の個人情報の保護に関する事項を書面に記載する | <input checked="" type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ |
| 入居者に対する虐待を防止するための委員会の開催、指針の整備、研修及び担当者の配置を行う | <input checked="" type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ |
| やむを得ず行う身体的拘束その他の入居者の行動を制限する行為に関して、委員会の開催、指針の整備及び研修を行う | <input checked="" type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ |
| 入居者のプライバシーの確保について、職員に周知する | <input checked="" type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ |
| 入居者に与えた損害を賠償するための措置を講じる | <input checked="" type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ |
| 入居者からの相談及び苦情に適切に対応するための体制を整備する | <input checked="" type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ |
| サービス付き高齢者向け住宅への入居及びサービス付き高齢者向け住宅において提供される福祉サービスの利用に必要な費用に関する書面を発行することができる | <input checked="" type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ |
| 入居者及びその家族と意見を交換する機会を設ける | <input checked="" type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ |
| 地域社会との交流及び連携を図る | <input checked="" type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ |
| 災害に対応するための仕組みを整備する | <input checked="" type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ |
| 事故の発生及び再発を防止するための仕組みを整備する | <input checked="" type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ |
| 感染症及び食中毒の予防及びまん延の防止のための仕組みを整備する | <input checked="" type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ |
| 入居者の健康状態及び生活状況を把握し、変化があったときは、当該入居者の家族に連絡する仕組みを整備する | <input checked="" type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ |
| 入居者間の交流の促進を図る | <input checked="" type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ |
| 登録事業者又は登録事業者から委託を受けた者から提供される福祉サービスと、それ以外の者から提供される福祉サービスを明確に区分する | <input checked="" type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ |
| 入居者が希望する場合には、介護サービスの提供に必要な当該入居者に関する情報を、介護支援専門員と共有する仕組みを整備する | <input checked="" type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ |
| 基本理念及び基本方針を定めるとともに、これらを職員及び入居者に周知する | <input checked="" type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ |
| 職員の教育及び研修に関する計画を策定する | <input checked="" type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ |
| 職員に対して、認知症に関する研修を行う | <input checked="" type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ |
| 職員を登録事業者が行う研修以外の研修に参加させる仕組みを整備する | <input checked="" type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ |
| サービス付き高齢者向け住宅事業の実施に必要な人材の確保のために必要な措置を講じる | <input checked="" type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ |

別添6 事業主体が埼玉県内で実施する他の介護サービス

| 介護サービスの種類 | 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 | 併設・隣接 | ロイヤルレジデンス川島 |
| 訪問入浴介護 | あり | 併設・隣接 | |
| 訪問看護 | あり | 併設・隣接 | ロイヤルレジデンス川島 ロイヤル上尾訪問看護ステーション ロイヤルレジデンス新座 ロイヤル加須訪問看護ステーション ロイヤル入間訪問看護ステーション ロイヤル見沼訪問看護ステーション ロイヤル浦和訪問看護ステーション ロイヤル所沢訪問看護ステーション |
| 訪問リハビリテーション | あり | 併設・隣接 | ロイヤル三橋訪問看護ステーション |
| 居宅療養管理指導 | あり | 併設・隣接 | |
| 通所介護 | あり | 併設・隣接 | |
| 通所リハビリテーション | あり | 併設・隣接 | |
| 短期入所生活介護 | あり | 併設・隣接 | ショートステイ ロイヤル |
| 短期入所療養介護 | あり | 併設・隣接 | |
| 特定施設入居者生活介護 | あり | 併設・隣接 | ロイヤルレジデンス大宮 ロイヤルレジデンス見沼 ロイヤルレジデンス上尾 ロイヤルレジデンス上平公園 ロイヤルレジデンス新座 ロイヤルレジデンス東所沢 ロイヤルレジデンス入間 ロイヤルレジデンス川島武月号館 ロイヤルレジデンス加須 ロイヤルレジデンス浦和 ロイヤルレジデンス三橋 |
| 福祉用具貸与 | あり | 併設・隣接 | ロイヤル・ヘルスケア |
| 特定福祉用具販売 | あり | 併設・隣接 | ロイヤル・ヘルスケア |
| <地域密着型サービス> | | | |
| 定期巡回・随時訪問介護・看護 | あり | 併設・隣接 | |
| 夜間対応型訪問介護 | あり | 併設・隣接 | |
| 認知症対応型通所介護 | あり | 併設・隣接 | |
| 小規模多機能型居宅介護 | あり | 併設・隣接 | |
| 認知症対応型共同生活介護 | あり | 併設・隣接 | |
| 地域密着型特定施設入居者生活介護 | あり | 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 | 併設・隣接 | |
| 複合型サービス | あり | 併設・隣接 | |
| 居宅介護支援 | あり | 併設・隣接 | ロイヤルレジデンス川島 |
| <居宅介護予防サービス> | | | |
| 介護予防訪問入浴介護 | あり | 併設・隣接 | |
| 介護予防訪問看護 | あり | 併設・隣接 | ロイヤルレジデンス川島 ロイヤル上尾訪問看護ステーション ロイヤルレジデンス新座 ロイヤル加須訪問看護ステーション ロイヤル入間訪問看護ステーション ロイヤル見沼訪問看護ステーション ロイヤル浦和訪問看護ステーション ロイヤル所沢訪問看護ステーション |
| 介護予防訪問リハビリテーション | あり | 併設・隣接 | ロイヤル三橋訪問看護ステーション |
| 介護予防居宅療養管理指導 | あり | 併設・隣接 | |
| 介護予防通所リハビリテーション | あり | 併設・隣接 | |
| 介護予防短期入所生活介護 | あり | 併設・隣接 | ショートステイ ロイヤル |
| 介護予防短期入所療養介護 | あり | 併設・隣接 | |
| 介護予防特定施設入居者生活介護 | あり | 併設・隣接 | ロイヤルレジデンス大宮 ロイヤルレジデンス見沼 ロイヤルレジデンス上尾 ロイヤルレジデンス上平公園 ロイヤルレジデンス新座 ロイヤルレジデンス東所沢 ロイヤルレジデンス入間 ロイヤルレジデンス川島武月号館 ロイヤルレジデンス加須 ロイヤルレジデンス浦和 ロイヤルレジデンス三橋 |
| 介護予防福祉用具貸与 | あり | 併設・隣接 | ロイヤル・ヘルスケア |
| 特定介護予防福祉用具販売 | あり | 併設・隣接 | ロイヤル・ヘルスケア |
| <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 | 併設・隣接 | |
| 介護予防小規模多機能型居宅介護 | あり | 併設・隣接 | |
| 介護予防認知症対応型共同生活介護 | あり | 併設・隣接 | |
| 介護予防支援 | あり | 併設・隣接 | |
| <介護保険施設> | | | |
| 介護老人福祉施設 | あり | 併設・隣接 | |
| 介護老人保健施設 | あり | 併設・隣接 | |
| 介護医療院 | あり | 併設・隣接 | |

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(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) | | 包含※2 | 都度※2 | 料金(税込)※3 | 備考 |
| | ■ あり | □ なし | ■ あり | □ なし | | | | |
| <介護サービス> | | | | | | | | |
| 食事介護 | ■ あり | □ なし | ■ あり | □ なし | | ● | 1,100円/30分 | 介護認定が無い場合は、1,100円/30分。 |
| 排泄介助・おむつ交換 | ■ あり | ■ なし | ■ あり | □ なし | | ● | 1回917円 | 介護認定が無い場合は、1回あたり917円 |
| おむつ代 | | | ■ あり | □ なし | | ● | 実費 | |
| 入浴(一般浴)介助・清拭 | ■ あり | □ なし | ■ あり | □ なし | | ● | 2,750円/30分 | 週2回までは、特定施設入居者生活介護に含み、それ以上を希望する場合は、2,750円/30分 |
| 特浴介助 | ■ あり | □ なし | ■ あり | □ なし | | ● | 1回4,400円 | 週2回までは、特定施設入居者生活介護に含み、それ以上を希望する場合は、1回あたり4,400円 |
| 身辺介助(移動・着替え等) | ■ あり | □ なし | ■ あり | □ なし | | ● | | 介護認定が無い場合は、1回あたり1,100円。 |
| 機能訓練 | ■ あり | □ なし | □ あり | ■ なし | | ● | | |
| 通院介助 | ■ あり | □ なし | ■ あり | □ なし | | ● | 1時間3,300円 | 協力医療機関外は、1時間3,300円 |
| 口腔衛生管理 | □ あり | □ なし | □ あり | □ なし | | | | |
| <生活サービス> | | | | | | | | |
| 居室清掃 | ■ あり | □ なし | ■ あり | □ なし | | ● | 1回2,750円 | 週1回までは、特定施設入居者生活介護に含み、それ以上を希望する場合は、1回あたり2,750円 |
| リネン交換 | ■ あり | □ なし | ■ あり | □ なし | | ● | 1回550円 | 週1回までは、特定施設入居者生活介護に含み、それ以上を希望する場合は、1回あたり550円 |
| 日常の洗濯 | ■ あり | □ なし | ■ あり | □ なし | | ● | 1回990円 | 週2回までは、特定施設入居者生活介護に含み、それ以上を希望する場合は、1回あたり990円 |
| 居室配膳・下膳 | ■ あり | □ なし | ■ あり | □ なし | | ● | 1回275円 | 食堂内配膳を原則とします。ただし、体調不良等により止むを得ない場合は、居室へ配膳します。(1回あたり275円) |
| 入居者の嗜好に応じた特別な食事 | | | □ あり | ■ なし | | | | |
| おやつ | | | □ あり | ■ なし | | | | 昼食に含まれる |
| 理美容師による理美容サービス | | | ■ あり | □ なし | | | 自費 | 自費 |
| 買い物代行 | ■ あり | □ なし | ■ あり | □ なし | | | 1回2,200円 | 週1回の買い物代行は、特定施設入居者生活介護に含み、それ以外は、1回2,200円。(なお、通信販売または片道10分以内の店舗とします) |
| 役所手続き代行 | □ あり | ■ なし | ■ あり | □ なし | | | 自費 | |
| 金銭・貯金管理 | | | □ あり | ■ なし | | | | |
| その他、職員1名を伴って提供するサービス | □ あり | ■ なし | ■ あり | □ なし | | ○ | 2,200円 | 1時間2,200円 |
| その他、職員2名を伴って提供するサービス | □ あり | ■ なし | ■ あり | □ なし | | ○ | 4,400円 | 1時間4,400円 |
| <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2回の機会を設けます。 |
| 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 | | | | |
| 生活リズムの記録(排便・睡眠等) | ■ あり | □ なし | ■ あり | □ なし | | ● | | 写しの交付は1枚10円 |
| 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 | | | 1時間3,300円 | |
| 入退院時の同行 | □ あり | ■ なし | ■ あり | □ なし | | | 1時間3,300円 | 協力医療機関以外の場合は、個別の利用料が発生します。 |
| 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: 利用者の所得等に応じて負担割合が変わる(1割又は2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、月額サービスの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。