

登録事項等についての説明（高齢者住まい法第17条関係）

年 月 日

登録事項等についての説明

貸主（甲）	住所	東京都品川区西五反田二丁目11番8号
	氏名	株式会社学研ココファン
		代表取締役 森 猛 印
代理人	住所	神奈川県横浜市中区長者町8-125
		ココファン伊勢佐木長者町
	氏名	所長 佐藤 亜希子 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) ここふあんいせざきちょうじやまち ココファン伊勢佐木長者町					
所在地	(住居表示) 〒231-0033 神奈川県横浜市中区長者町8丁目125番地					
利用交通手段	<input checked="" type="checkbox"/> 1.電車(京浜急行 線 日ノ出町 駅から 徒歩 で 5 分) <input checked="" type="checkbox"/> 2.その他(地下鉄ブルーライン「伊勢佐木長者町駅」より徒歩5分、JR根岸線「関内駅」より徒歩9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 2021年 9月 16日から 2041年 9月 15日まで					
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 2021年 9月 16日から 2041年 9月 15日まで					
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 2021年 9月 16日から 2041年 9月 15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) かぶしきがいしやがっけんここふあん 株式会社学研ココファン
住所(法人に あっては主た る事務所の所 在地)	(郵便番号 141-8420) 東京都品川区西五反田2-11-8 電話番号 03-6431-1860
法人の役員	別添 1 のとおり
	(ふりがな) 商号、名称、又は氏名

法定代理人 (未成年の個人 である場合)	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) かぶしきがいしやがつけんここふあん 株式会社学研ココファン
事務所の所在地	(郵便番号 141-8420) 東京都品川区西五反田2-11-8 電話番号 03-6431-1860

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 63 戸		
居住部分の規 模	(最小) 18.13 m ²	詳細については、別添 3 のとおり	
	(最大) 55.01 m ²		
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	階 数 9	階建
竣工の年月	2021 年 9 月 30 日		
加齢対応構造 等	■ 登録基準に適合している		
	■ エレベーターを備えている		
	■ 緊急通報装置を備えている		

5. サービス付き高齢者向け住宅の入居契約、入居者資格及び入居開始時期(居住の用に供する前である場合)

入居契約の別	■ 賃貸借契約 □ その他
入居契約が賃 貸借契約でな い場合には、 その旨	
終身賃貸事業 者の事業の認 可	■ 法第52条の認可を受けている
入居者の資格	次の①又は②に該当する者である。 ①単身高齢者世帯 ②高齢者+同居者(配偶者 / 60歳以上の親族 / 要介護認定又は要支援認定を受けて ■ いる 60歳未満の親族 / 特別な理由により同居させる必要があると知事が認める者) (「高齢者」とは、60歳以上の者又は要介護認定若しくは要支援認定を受けている60歳未満 の者をいう。)
入居契約の 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	2021 年 11 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						
高齢者生活支援サービス	状況把握、生活相談	■ 自ら □ 委託	約 39,600 円							
	食事の提供	□ 自ら ■ 委託 □ 提供しない	約 53,820 円							
	入浴等の介護	■ 自ら □ 委託 □ 提供しない	約 0 円							
	調理等の家事	■ 自ら □ 委託 □ 提供しない	約 0 円							
	健康の維持増進	■ 自ら □ 委託 □ 提供しない	約 0 円							
その他		■ 自ら □ 委託 □ 提供しない	約 0 円							
家賃の概算額	(最低) 約 92,000 円	住戸ごとの内容は別添 3 のとおり								
	(最高) 約 223,000 円									
共益費の概算額	(最低) 約 9,200 円									
	(最高) 約 34,400 円									
敷金の概算額	(最低) 約 184,000 円	家賃の 2.0 月分								
	(最高) 約 446,000 円									
水道光熱費の支払方法	居室タイプにより別途契約									
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								
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	□ 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									
	■ 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 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		
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	一人
	退去者の数	一人

※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
学研ココファン伊勢佐木長者町ヘルパーセンター	指定訪問介護サービス・予防専門型訪問サービス	<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）

連携又は協力の相手方	
事業所の名称	(ふりがな) いりょうほうじん ひのきかい かわさきやまぶきくりにっく 医療法人社団 檜会 川崎やまぶきクリニック
事業所の所在地	(郵便番号 212-0054) 神奈川県川崎市幸区小倉5-5-23 1階 電話番号 044-201-6680
連携又は協力の内容	訪問診療

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

基本方針及び横浜市の高齢者居住安定確保計画に沿って適切に運営します

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

役 員 名 簿

(ふりがな) 氏 名	役名等
こばやかわひとし 小早川 仁	代表取締役
もりたけし 森 猛	代表取締役
たかはしやすひろ 高橋 靖宏	常務取締役
やまもとのりお 山本 教雄	取締役
せきづかひろまさ 関塚 宏昌	取締役
きむらゆうすけ 木村 祐介	取締役
おくだるみ 奥田 留美	取締役
ほんだやすたか 本田 泰隆	取締役
こんどう けんた 近藤 健太	取締役
たかはし しゅんたろう 高橋 俊太郎	監査役
おだ こうたろう 小田 耕太郎	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。

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。

別添 3

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 (m ²)	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	18.13	×	○	○	×	×	○	5	601, 608, 609, 610, 611	92,000
1	19.84	×	○	○	×	×	○	1	604	96,000
1	19.91	×	○	○	×	×	○	1	606	96,000
1	24.45	○	○	○	○	○	○	1	710	128,000
1	25.13	○	○	○	○	○	○	1	607	125,000
1	25.89	○	○	○	○	○	○	2	712, 713	131,000
1	26.08	○	○	○	○	○	○	1	714	132,000
1	26.45	○	○	○	○	○	○	1	719	131,000
1	26.52	○	○	○	○	○	○	1	706	132,000
1	32.76	×	○	○	×	○	○	1	701	151,000
1	33.06	×	○	○	×	○	○	1	603	148,000

1	36.00	○	○	○	○	○	○	2	911.912	176,000
1	36.01	○	○	○	○	○	○	4	902.903.904. 905	175,000
1	36.95	○	○	○	○	○	○	1	605	167,000
1	37.19	○	○	○	○	○	○	1	715	170,000
1	37.21	○	○	○	○	○	○	1	907	178,000
1	37.34	○	○	○	○	○	○	1	711	172,000
1	37.50	○	○	○	○	○	○	1	602	167,000
1	38.43	○	○	○	○	○	○	1	811	175,000
1	38.98	○	○	○	○	○	○	1	908	181,000
1	54.19	○	○	○	○	○	○	1	910	220,000
1	54.21	○	○	○	○	○	○	1	909	221,000
1	54.33	○	○	○	○	○	○	1	901	221,000
1	55.01	○	○	○	○	○	○	1	906	223,000

1	18.13	×	○	○	×	×	○	11	702, 703, 704, 705, 707, 708, 709, 716, 717, 718, 720	94,000
1	18.13	×	○	○	×	×	○	11	802, 803, 804, 805, 807, 808, 809, 816, 817, 818, 820	96,000
1	24.45	○	○	○	○	○	○	1	810	131,000
1	25.89	○	○	○	○	○	○	2	812, 813	134,000
1	26.08	○	○	○	○	○	○	1	814	135,000
1	26.45	○	○	○	○	○	○	1	819	135,000
1	26.52	○	○	○	○	○	○	1	806	134,000
1	32.76	×	○	○	×	○	○	1	801	154,000
1	37.19	○	○	○	○	○	○	1	815	173,000

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

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
洗濯室・脱衣所・浴室	3	68.37	6F, 7F, 8F	63	
食堂	1	98.40	6F	63	
トイレ	1	4.85	6F	63	
ラウンジ	2	32.44	7F, 8F	63	

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。

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	<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 checked="" 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 <input type="checkbox"/> 看護師 <input type="checkbox"/> 准看護師 <input checked="" type="checkbox"/> 介護福祉士	人員 人 人 9人	<input type="checkbox"/> 社会福祉士 <input type="checkbox"/> 介護支援専門員 <input checked="" type="checkbox"/> 養成研修修了者 <input type="checkbox"/> 上記以外の職員	人員 人 人 14人 2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 上記以外の時間	8時30分 ~ 17時30分 17時30分 ~ 8時30分	人員 1人 人員 1人	
毎日1回以上の状況把握サービスの提供方法	居室への訪問や食事・外出の機会等に確認を行う。 <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)			毎日 1回
緊急通報サービスの内容	提供時間 通報方法 通報先	常駐する日 0時0分 ~ 24時0分 上記以外の日 □ 24時間 各居室内設置の緊急通報装置 6階事務所及び職員携帯のPHS 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	緊急通報措置での呼び出しに対し、昼夜問わず対応しご家族・契約往診医・訪問看護等への連絡。必要の場合には救急車の要請等を行います。※救急車の同乗は原則できかねます。			
生活相談サービスの内容	提供日 提供時間	<input checked="" type="checkbox"/> 365日対応 <input type="checkbox"/> その他() 8時30分 ~ 17時30分		

サービス提供の対価(概算額)	月額※ 約 39,600 円	前払金の算定方法	
備考	2人入居の場合、月額45,100円 状況把握サービス(緊急時対応、安否確認、巡回サービス)、及び生活相談サービス(フロント、生活・健康医療相談、保守点検)は基本サービス費に含まれます。※詳細は重要事項説明書を参照く		

※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	(ぶりがな) ぐりーんふーどかぶしきがいしゃ グリーンフード株式会社		
	住所(法人にあっては主たる事務所の所在地)	(郵便番号 330-0081) 埼玉県さいたま市中央区新都心11-2 電話番号 048-711-5765		
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 231-0033) 神奈川県横浜市中区長者町 8-125 電話番号 045-251-2522			
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()		
	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 53,820 円	内訳	朝食 454 円	昼食 670 円
	前払金 約 0 円	前払金の算定方法		
備考	キャンセルの場合は7日前の提供開始時間までに連絡してください。			

※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	_____	_____
	提供日	<input checked="" type="checkbox"/> 365日対応 <input type="checkbox"/> その他() _____		
提供方法	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	併設の訪問介護事業所等と別途契約により、介護保険適用、もしくは自費の料金にて利用できます。 自費の場合、身体介護:10分 624円~			

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	_____	_____
	提供日	<input checked="" type="checkbox"/> 365日対応 <input type="checkbox"/> その他() _____		
提供方法	内容	<input checked="" 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	併設の訪問介護事業所等と別途契約により、介護保険適用もしくは自費の料金にて利用できます。 自費の場合、生活援助:10分 440円~			

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
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		費用は基本サービス費に含みます。			

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	介護保険適用外のサービス		
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					

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類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

別紙1

サービス付き高齢者向け住宅の登録を受けた有料老人ホーム重要事項説明書
(「登録事項等についての説明」の補足)

作成日 2024年 8月 15日

登録番号 浜 2021 (1) 003

施設名 ココファン伊勢佐木長者町

「1. サービス付き高齢者向け住宅の名称及び所在地」について

開設年月日	2021年 11月 1日
住宅の管理者氏名※1	佐藤 亜希子
電話番号 / FAX番号	045-251-2522 / 045-251-2523
メールアドレス	ak.sato@cocofump.co.jp
ホームページアドレス	https://www.cocofump.co.jp/

※1 管理者を配置している場合に記入

「2. サービス付き高齢者向け住宅事業を行う者」について

FAX番号	03-6431-1864
ホームページアドレス	https://www.cocofump.co.jp/
資本金(基本財産)	9,000万円
主な出資者(出捐者)とその 金額又は比率 ※2	株式会社学研ココファンホールディングス (100%)
設立年月日	平成20年 5月 15日
直近の事業収支決算額 ※3	(収益)20,055百万円 (費用)19,214百万円 (損益) 841百万円
会計監査人との契約	なし <input checked="" type="checkbox"/> あり (新日本有限責任監査法人)
他の主な事業	福祉に関する運営、企画、調査、立案、及びコンサルタント

※2 出資(出捐)額の多い順に上位3者の氏名又は名称並びに各出資(出捐)額又は比率を記入。

※3 原則として、収益は売上高+営業外収益、費用は売上原価+販売費及び一般管理費+営業外費用、
損益は経常利益とする。

「3. サービス付き高齢者向け住宅事業を行う者の事務所」について

FAX番号	03-6431-1864
ホームページアドレス	https://www.cocofump.co.jp/

「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」について

建築基準法上の主要用途	寄宿舎	・	共同住宅	・	有料老人ホーム	・	その他
建築物の耐火構造	耐火構造	・	準耐火構造	・	その他()		
消防用設備等	消火器	なし	あり				
	自動火災報知設備	なし	あり				
	火災通報設備	なし	あり				
	スプリンクラー	なし	あり				
	防火管理者	なし	あり				
	防災計画	なし	あり				
緊急通報装置等 緊急連絡・安否確認	緊急通報装置等の種類及び設置箇所 緊急呼び出しボタン	各居室・トイレ・浴室・共用施設					
	安否確認の方法・頻度等						
	自立：昼間は居室への訪問や食事・外出の機会等に確認を行う、夜間は必要に応じ						
	要支援・要介護：昼間は居室への訪問や食事・外出の機会等に確認を行う、夜間は3時間おきの巡回						

「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）」について

（1）入居契約の状況等

身元引受人等の条件及び義務等※4	連帯保証人は、本契約から生じる一切の債務を、極度額として、賃料、共益費及びサービス料金の8か月分相当額の範囲内で、入居者と連帯して履行の責に任ずるものとする。 身元引受人は、入居者の病気、死亡等の場合に、事業者からの連絡、相談等に応じるものとする。また年に一度、事業者と入居者の生活及び健康の状況や身元引受についての確認の打合せを行なうものとする。また、本契約が終了したときは、責任をもって乙の身柄を引き取るものとする。
生活保護受給者の受け入れ対応	（否）・可
事業者又は入居者が入居契約を解除する場合の事由及び手続等※5	（事業者からの解約） 1 事業者（以下「甲」という）は、入居者（以下「乙」という）が次に掲げる義務に違反した場合において、甲が相当の期間を定めて当該義務の履行を催告したにもかかわらず、その期間内に当該義務が履行されないときは、本契約を解除することができる。 — 第1条第2項に定めるサービス契約に基づく対価の支払義務

- 二 第5条第1項に規定する賃料支払義務
- 三 第6条第3項（共益費に光熱水費が含まれない場合第6条第2項）に規定する共益費支払義務
- 四 第11条第1項後段に規定する費用負担義務
- 五 第12条第1項に規定する損害賠償義務
- 2 甲は、乙が次に掲げる義務に違反した場合において、当該義務違反により本契約を継続することが困難であると認められるに至ったときは、通知により本契約を解除することができる。
- 一 第4条に規定する本物件の使用目的遵守義務
- 二 第10条各項に規定する義務（但し、第10条第3項に規定する義務のうち、別表第1第8号に掲げる行為に係るもの除外）
- 三 その他本契約書に規定する乙の義務
- 3 甲は、乙が次の各号のいずれか一つに該当した場合、何らの催告も要せずして、通知により本契約を解除することができる。
- 一 乙または乙の同居人が、他の入居者を不安にさせ、迷惑をかけ、もしくはそのおそれのある、または甲の名誉・信用を毀損し、甲の営業を妨害し、甲に迷惑をかけ、もしくはそのおそれのある犯罪行為を行なったとき
- 二 乙または乙の同居人が暴力団、暴力的関係企業・団体、過激な政治活動集団その他反社会的組織及びこれらに類する団体（以下「反社会的組織等」という）の構成員であること、もしくは反社会的組織等と関係を有することが判明したとき。
- 三 乙または乙の同居人が、本物件に反社会的組織等の構成員や関係者を居住させ、もしくは出入りさせ、本物件を反社会的組織等の拠点・事務所等として使用し、もしくは使用させ、または本物件、共用部分、建物もしくはその周辺に反社会的組織等の名称、称号その他これに類するものを表示、掲示もしくは搬入したとき。
- 四 乙が別表第1第8号に掲げる行為を行なったとき。
- 五 乙が年齢を偽って入居資格を有すると誤認させるなどの不正な行為によって本物件に入居したとき。
- 六 乙が、強制執行、仮差押、仮処分、競売の申立を受け、破産もしくは民事再生の申立を受け、または申立をしたとき。
- 七 乙または乙の同居人その他乙の関係者が、甲（甲の役職員、委託先等を含む）に対して、本契約を継続しがたいほどの背

		<p>信行為を行ったとき。 (入居者からの解約)</p> <p>1 乙は、次のいずれかに該当する場合には、甲に対して少なくとも1か月前に解約の申入れを行うことにより、本契約を解約することができる。</p> <p>一 療養、老人ホームへの入所その他のやむを得ない事情により、乙が本物件に居住することが困難となったとき。</p> <p>二 親族と同居するため、乙が本物件に居住する必要がなくなったとき。</p> <p>三 甲が法第68条の規定による命令に違反したとき。</p> <p>2 乙は、前項各号に該当しない場合にあっては、甲に対して少なくとも6か月前に解約の申入れを行うことにより、本契約を解約することができる。</p> <p>3 前2項の規定にかかわらず、乙は、第1項の場合にあっては解約申入れの日から1か月分の賃料及びサービス契約に基づく対価（本契約の解約後の賃料相当額及びサービス契約に基づく対価を含む。以下この項において同じ。）を甲に支払うことにより解約申入れの日から起算して1か月を経過する日までの間、前項の場合にあっては解約申入れの日から6か月分の賃料及びサービス契約に基づく対価を甲に支払うことにより解約申入れの日から起算して6か月を経過する日までの間、隨時に本契約を解約することができる。</p> <p>4 乙は、解約の申し入れ後、甲の書面による承諾がない限り、解約の申し入れを撤回、又は取り消すことができない。</p>	
退去者の状況 前年度における	退去先別の人数	自宅等	3人
		社会福祉施設	3人
		医療機関	0人
		死亡者	5人
		その他	0人
	生前解約の状況	事業者側の申し出 (解約事由の例)	0人
		入居者側の申し出 (解約事由の例) 自宅又は家族宅へ転居	6人
体験入居の期間及び費用負担等	2泊3日まで		

※4 入居契約書に身元引受人や後見人等の選任を定めている場合に記入

※5 入居契約の条項に沿って、解除の事由及び手続、予告期間、前払金の返還時期等を正確に記入。

(2) 入居状況等

(令和6年7月1日現在)

入居者内訳	性別 介護の 要否別	男性	29人	女性	47人
		自立	36人		
			(内訳)	要介護1	10人
				要介護2	6人
		要介護	37人	要介護3	12人
				要介護4	7人
				要介護5	2人
	要支援	3人	(内訳)	要支援1	1人
				要支援2	2人
平均年齢		84歳 (男性 83歳、女性 85歳)			

注) 介護の要否別及び平均年齢については、入居者数が少ない等の状況により、個人が特定される場合には、プライバシー保護の観点から記入する必要はない。

「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」について

(1) 運営に関するこ

運営に関する方針	私たちには、1人でも多くの高齢者の方が、安心して暮らし続けられるためのサービスを提供します。 私たちは、高齢者の尊厳を守り、1人ひとりの心と身体がより良い状態に向かう事を考え行動します。 私たちは、そこで暮らす人とのふれあいを通し、学ぶ心を持ち、人間的魅力を身につけて、それを発揮します。
サービスの提供内容に関する特色	個別ケア
運営懇談会の開催状況 ※6 (開催回数、設置者の役職員を除く参加者数、主な議題等)	開催回数: 1回 参加者数: 44名 経営状況・サービス提供状況等

※6 運営懇談会を設置している場合は記入

(2) 苦情等の取り扱い

苦情解決の体制 (相談窓口、責任者、連絡先、第三者機関の連絡先等)	※事業所苦情対応担当 事業所長 佐藤 亜希子 TEL 045-251-2522 (9:00~18:00) ※株式会社学研ココファン TEL 03-6431-1860 Email co-soudan@cocofump.co.jp
-----------------------------------	--

	<p>施設及び本社で解決できない場合は第三者機関に相談できる。</p> <p>第三者機関 横浜市健康福祉局高齢健康福祉部高齢施設課 TEL 045-671-3923 横浜市建築局住宅部住宅政策課 TEL 045-671-4121</p>											
事故発生時の対応（医療機関等との連携、家族等への連絡方法・説明等）	苦情・事故マニュアルに基づき、協力医療機関の指導のもとに対応。119番通報による医療機関への搬入を行うとともに、施設から家族への連絡を行う。また、事故についての検証、今後の防止策を講じる。											
事故発生の防止のための指針	なし・あり											
損害賠償（対応方針及び損害保険契約の概要等）	介護サービス等の提供にあたり、万が一事故が発生し入居者の生命・身体・財産に損害が発生した場合は、地震・津波等の天災、戦争、暴動等及び入居者の故意によるもの等を除き、速やかに入居者に対して損害の賠償を行います。ただし、入居者側に過失がある場合には賠償額を減ずる事があります。											
サービスの提供に伴う事故等が発生した場合の損害賠償保険等への加入	なし・あり ありの場合の保険名（損害保険ジャパン日本興亜株式会社）											
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	<table border="1"> <tr> <td rowspan="2">1 あり</td> <td>実施日</td> <td>2024年7月</td> </tr> <tr> <td>結果の開示</td> <td>1 あり 2 なし</td> </tr> <tr> <td>2 なし</td> <td colspan="2"></td> </tr> </table>	1 あり	実施日	2024年7月	結果の開示	1 あり 2 なし	2 なし					
1 あり	実施日		2024年7月									
	結果の開示	1 あり 2 なし										
2 なし												
第三者による評価の実施状況	<table border="1"> <tr> <td rowspan="2">1 あり</td> <td>実施日</td> <td></td> </tr> <tr> <td>評価機関名称</td> <td></td> </tr> <tr> <td>結果の開示</td> <td>1 あり 2 なし</td> <td></td> </tr> <tr> <td>2 なし</td> <td colspan="2"></td> </tr> </table>	1 あり	実施日		評価機関名称		結果の開示	1 あり 2 なし		2 なし		
1 あり	実施日											
	評価機関名称											
結果の開示	1 あり 2 なし											
2 なし												

（3）医療

協力医療機関（又は嘱託医）の概要及び協力内容	名 称	医療法人社団 檜会 川崎やまぶきクリニック
	診療科目	内科、老年内科
	所在地	神奈川県川崎市幸区小倉5-5-23-1階
	距離及び所要時間	40分
	協力内容	訪問診療

協力歯科医療機関	名 称	医療法人社団幸希会 杉山デンタルクリニック
	所在地	神奈川県横浜市港北区日吉本町1-15-12
	距離及び所要時間	30分
	協力内容	訪問診療
入居者が医療を要する場合の対応（入居者の意思確認、医師の判断、医療機関の選定、費用負担、長期に入院する場合の対応等）		<p>医師の判断を基本として協力医療機関、または入居者が希望する医療機関に置いて治療を受けることが出来る。</p> <p>費用については、医療保険制度で支給される以外の費用は入居者負担とする。</p> <p>医師が入居者について入院が必要であると判断した場合は入居者及びご家族の意思を確認する。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・入院期間中についても家賃、管理費、水光熱費、生活支援サービス費は入居者の負担としてお支払いいただきます。 ・入院に係る費用は入居者の負担となる。 ・入退院の移送・同行については別添「介護サービス等の一覧表」による。

(4) 職員体制

ア 職種別の職員数等

(2024年 7月 1日現在)

	職 員 数	常勤換算後の		夜間勤務職員数 (17時～翌9時) (最少人数)	備 考 (資格・委託等)
		人數	うち正職		
従業者 者の 内訳	管理者	1 (0)			
	生活相談員	()			
	直接処遇職員	22 (15)		(1)	
	介護職員	22 (15)		(1)	
	看護職員	()			
	機能訓練指導員	()			
	理学療法士	()			
	作業療法士	()			
	その他	()			
	計画作成担当者	()			
	医師	()			
	栄養士	()			
	調理員	()			
	事務職員	2 (2)			
	その他職員	()			

合 計	25 (17)					
介護に関わる職員体制 ※7						: 以上

注1) 職員数欄の()内は、非常勤職員数で内数。

- 2) 直接処遇職員は、要介護者及び要支援者に対して介護サービスを提供する職員と自立者に対して一時的な介護その他日常生活上必要な援助を行う職員を合わせた数とし、また、常勤換算後の人数において、自立者対応の人数を内数で記入。
 なお、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
- 3) 機能訓練指導員及び計画作成担当者が他の職務を兼務している場合は、職員数の人数に※印をつけるとともに、兼務している職名を備考欄に記入。
- 4) 備考欄には、直接処遇職員や調理員等の委託、看護職員等の機能訓練指導員兼務、計画作成担当者の介護支援専門員資格等を記入。
- 5) 状況把握等を行う職員を配置している場合は、生活相談員として記入

※7 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

イ 職員の状況

管理者	他の職務との兼務		1 あり		2 なし				
	兼務に係る資格等	1 あり							
		資格等の名称	介護職員初任者研修						
		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				10					
前年度1年間の退職者数				2	8				
員の業務に従事した経験年数に応じた職	1年未満				6				
	1年以上3年未満			3	1				
	3年以上5年未満			1	2				
	5年以上10年未満			1	9				
	10年以上								
従業者の健康診断の実施状況				1 あり	2 なし				

ウ 要介護者・要支援者に対する直接処遇職員体制（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）

	前々年度の平均値	前年度の平均値 ※11	今年度の平均値 ※10
要支援者の人数			
要介護者の人数			
指定基準上の直接処遇職員の 人数 ※8			
配置している直接処遇職員の 人数 ※9			
要支援者・要介護者の 合計人数に対する配置 直接処遇職員の人数の割合	:	:	:
常勤換算方法の考え方※11	常勤職員の週勤務時間	時間で除して算出	
従業者の勤務体制の概要	介護職員 早番	07:00 ~ 16:00	
	日勤	08:30 ~ 17:30	
	遅番	11:00 ~ 20:00	
	夜勤	17:00 ~ 09:00	
	看護職員 早番	:	:
	日勤	:	:
	遅番	:	:
	夜勤	:	:

※8 常勤換算後の人数。

※9 常勤換算後の人数。自立者対応の人数を除く。

※10 今年度の平均値は、作成日の前月までの平均値とすること。

※11 「前年度の平均値」及び「常勤換算方法」等については指定居宅サービス等の事業の人員、設備及び運営に関する基準（平成11年3月31日厚生省令第37号）等の規定によること

エ 状況把握(安否確認)および生活相談サービスに係る職員の資格取得状況

社会福祉士	0人（0人）	医 師	0人（0人）
介護福祉士	9人（0人）	看護師	0人（0人）
介護支援専門員	0人（0人）	准看護師	0人（0人）
介護職員実務者研修修了者	5人（0人）	資格なし	2人（0人）
介護職員初任者研修修了者	9人（0人）		

注1) 資格を複数持っている職員がいる場合は、社会福祉士、介護福祉士の順に優先して記入する。

他の資格を持っている職員を（ ）に外数で記入する。

注2) 介護職員基礎研修及び各ホームヘルパー研修修了者は、介護職員初任者研修に含めて記入する。

(5) 登録事項の情報開示

入居希望者等 への 情報開示	重要事項説明書の公開	1 公開（閲覧・ <input checked="" type="radio"/> 写し交付） 2 非公開
	入居契約書の公開	1 公開（閲覧・ <input checked="" type="radio"/> 写し交付） 2 非公開
	管理規程の公開	1 公開（閲覧・ <input checked="" type="radio"/> 写し交付） 2 非公開
	財務諸表の公開	1 公開（閲覧・写し交付） 2 <input checked="" type="radio"/> 非公開
	事業収支計画の公開	1 公開（閲覧・写し交付） 2 <input checked="" type="radio"/> 非公開

(6) その他

横浜市サービス付 き高齢者向け住宅 整備運営指導指針 に適合していない 事項 ※12	<適合していない事項がある場合の内容>

※12 市の指針上適合していない事項について、指針の8～14に該当する運営面に関する記述すること。なお、代替措置及び改善計画等は、別紙で明記することでも可

●特定施設入居者生活介護に関する事項（該当する場合のみ）

(1) 介護を行う場所等

要介護時（認知症を含む） に介護を行う場所	
--------------------------	--

(2) 住み替える場合の条件等

入 を居 住後 みに 替居 え室 る又 場は 合施 設	居室から一時介護室へ移る場合（判断基準・手續、追加費用の要否、居室利用権の取扱い等）	
	従前の居室から別の居室へ住み替える場合（同上）	
	提携ホームへ住み替える場合（同上）	

(3) 介護保険に係る利用料

介護保険に係る利用料 (適用を受ける場合は、市区町村から交付される「介護保険負担割合証」に記載された利用者負担の割合に応じた額) ※13	○特定施設入居者生活介護			(1か月30日の例)
	区分	月額	利用者負担額 (1割の場合/2割の場合)	
	要介護1	円	円 / 円	
	要介護2	円	円 / 円	
	要介護3	円	円 / 円	
	要介護4	円	円 / 円	
	要介護5	円	円 / 円	

介護保険に係る利用料 (適用を受ける場合は、市区町村から交付される「介護保険負担割合証」に記載された利用者負担の割合に応じた額) ※13	○各種加算の状況		
	身体拘束廃止取組の有無	(減算型・基準型)	
	退院・退所時連携加算	(無・有)	
	入居継続支援加算	(無・有)	
	生活機能向上連携加算	(無・有)	
	個別機能訓練加算	(無・有)	
	夜間看護体制加算	(無・有)	
	若年性認知症入居者受入加算	(無・有)	
	医療機関連携加算	(無・有)	
	口腔衛生管理体制加算	(無・有)	
	栄養スクリーニング加算	(無・有)	
	看取り介護加算	(無・有)	
	認知症専門ケア加算	(無・有)	(I) (II)
	サービス提供体制強化加算	(無・有)	(I) イ
			(I) ロ
			(II)
			(III)
	介護職員処遇改善加算	(無・有)	I
			II
			III
			IV
			V
	介護職員等特定処遇改善加算	(無・有)	I
			II

○介護予防特定施設入居者生活介護 (1か月30日の例)		
区 分	月 額	利用者負担額 (1割の場合/2割の場合)
要支援1	円	円 / 円
要支援2	円	円 / 円

各種加算の状況

身体拘束廃止取組の有無	(減算型・基準型)	
生活機能向上連携加算	(無・有)	
個別機能訓練加算	(無・有)	
若年性認知症入居者受入加算	(無・有)	
医療機関連携加算	(無・有)	
口腔衛生管理体制加算	(無・有)	
栄養スクリーニング加算	(無・有)	
認知症専門ケア加算	(無・有)	(I) (II)
サービス提供体制強化加算	(無・有)	(I) イ (I) ロ (II) (III)
介護職員待遇改善加算	(無・有)	I II III IV V
介護職員等特定待遇改善加算	(無・有)	I II

短期利用の設定 (短期利用特定施設入居者生活介護の届出がある) ※14	無・有
--	-----

※13 月額は、個別機能訓練加算、夜間看護体制加算、医療機関連携加算、認知症専門ケア加算、サービス提供体制強化加算及び介護職員待遇改善加算を含めて記入する。

※14 短期利用特定施設入居者生活介護の届出がある場合には添付書類の別添2を添付する。

○添付書類：別紙2「介護サービス等の一覧表」

サービス付き高齢者向け住宅が提供するサービス等の一覧表

特定施設入居者生活介護（介護予防を含む）の指定（有・無）

区分		自立		要支援1～2		要介護1～5			
提供サービスの別	利用料金に含まれるサービス	その都度徴収するサービス	介護予防特定施設入居者生活介護により提供されるサービス、又は、利用料金に含まれるサービス	その都度徴収するサービス	特定施設入居者生活介護により提供されるサービス、又は、利用料金に含まれるサービス	その都度徴収するサービス			
サービスの提供内容等	提供方法（回数等）	提供方法（回数等）	金額（単価）	提供方法（回数等）	提供方法（回数等）	金額（単価）	提供方法（回数等）	提供方法（回数等）	金額（単価）
1. 介護サービス									
①巡回									
・昼間 9時～18時	有・無	都度	—	都度	—	都度	—	—	—
・夜間 18時～9時	有・無	都度	—	都度	—	都度	—	—	—
②食事介助	有・無	—	10分 624円	— 10分 624円	— 10分 624円	—	10分	—	624円
③排泄									
・排泄介助	有・無	—	10分 624円	— 10分 624円	— 10分 624円	—	10分	—	624円
・おむつ交換	有・無	—	10分 624円	— 10分 624円	— 10分 624円	—	10分	—	624円
・おむつ代	有・無	—	都度 実費	— 都度 実費	— 都度 実費	—	都度	—	実費
④入浴等									
・清拭	有・無	—	10分 624円	— 10分 624円	— 10分 624円	—	10分	—	624円
・一般浴介助	有・無	—	10分 624円	— 10分 624円	— 10分 624円	—	10分	—	624円
・特浴介助	有・無	—	10分 624円	— 10分 624円	— 10分 624円	—	10分	—	624円
⑤身辺介助									
・体位交換	有・無	—	10分 624円	— 10分 624円	— 10分 624円	—	10分	—	624円
・居室からの移動	有・無	—	10分 624円	— 10分 624円	— 10分 624円	—	10分	—	624円
・衣類の着脱	有・無	—	10分 624円	— 10分 624円	— 10分 624円	—	10分	—	624円
・身だしなみ介助	有・無	—	10分 624円	— 10分 624円	— 10分 624円	—	10分	—	624円
⑥機能訓練	有・無	—	—	—	—	—	—	—	—
⑦通院の介助	有・無	—	10分 624円	— 10分 624円	— 10分 624円	—	10分	—	624円
⑧緊急時対応									
・ナースコール	有・無	24時間対応	—	24時間対応	—	24時間対応	—	—	—
2. 生活サービス									
①家事									
・清掃	有・無	—	10分 440円	— 10分 440円	— 10分 440円	—	10分	—	440円
・洗濯	有・無	—	10分 440円	— 10分 440円	— 10分 440円	—	10分	—	440円
②居室配膳・下膳	有・無	—	10分 440円	— 10分 440円	— 10分 440円	—	10分	—	440円
③理美容	有・無	—	都度 実費	— 都度 実費	— 都度 実費	—	都度	—	実費
④代行									
・買物	有・無	—	10分 440円	— 10分 440円	— 10分 440円	—	10分	—	440円
・役所手続	有・無	—	—	—	—	—	—	—	—
3. 健康管理サービス									
・健康診断	有・無	—	—	—	—	—	—	—	—
・健康相談	有・無	都度	—	都度	—	都度	—	—	—
・生活指導	有・無	—	—	—	—	—	—	—	—
・医師の往診	有・無	—	—	—	—	—	—	—	—
4. 入退院時、入院中のサービス									
・医療費	有・無	—	—	—	—	—	—	—	—
・移送サービス	有・無	—	—	—	—	—	—	—	—
5. その他サービス									
	有・無	—	—	—	—	—	—	—	—

注1) 自立・要支援1～2・要介護1～5を区分した場合は8区分となるが、提供サービス内容が同じである場合は、適宜、複数の区分をまとめることとして差し支えない。

注2) 「提供サービスの別」の「利用料金」とは、前払金および月額利用料を指す。なお、特定施設入居者生活介護（介護予防を含む）の指定を受けていない場合は、要支援・要介護の欄は、「利用料金に含まれるサービス」とすること。

注3) 各サービスごとに提供方法（回数等）及び金額（費用負担等）を明示すること。

注4) 上記のサービス項目以外に、サービス提供の状況等に応じ、適宜、項目の順序の変更、項目の追加等を行って差し支えない。

注5) 「その他サービス」欄は、上記以外のサービスを必要に応じて記入すること。

