

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 2025 年 9 月 26 日

登録番号 浜27(2)006

施設名 ツクイ・サンフォレスト横浜センター北

「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	2017年1月1日
住宅の管理者氏名※1	馬場 清人
電話番号 / F A X 番号	045-914-5022/045-910-0562
メールアドレス	sf-yokohama-centerkita@tsukui.net
ホームページアドレス	https://www.tsukui.net/service/centerkita/

※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

F A X 番号	045-842-0249
ホームページアドレス	http://www.tsukui.net
資本金(基本財産)	500万円
主な出資者(出捐者)とその 金額又は比率 ※2	エムビーケイ・パートナーズ・ジェイシー・ファイブ・エルピー (86.9%) ターゲット・ファイナンス・リミテッド(13.1%)
設立年月日	2020年5月18日
直近の事業収支決算額 ※3	(収益)89,298,000,000円 (費用)80,994,000,000円 (損益)-1,697,000,000円
会計監査人との契約	なし・ あり ()
他の主な事業	介護保険法に基づく居宅介護支援事業、居宅サービス事業

※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

F A X 番号	045-910-0562
ホームページアドレス	https://www.tsukui.net/service/centerkita/

「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	寄宿舍 ・ 共同住宅 ・ <input type="checkbox"/> 有料老人ホーム <input checked="" type="checkbox"/> ・ その他	
建築物の耐火構造	<input checked="" type="checkbox"/> 耐火構造 <input type="checkbox"/> 準耐火構造 <input type="checkbox"/> その他 ()	
消防用設備等	消火器	なし・ <input checked="" type="checkbox"/> あり
	自動火災報知設備	なし・ <input checked="" type="checkbox"/> あり
	火災通報設備	なし・ <input checked="" type="checkbox"/> あり
	スプリンクラー	なし・ <input checked="" type="checkbox"/> あり
	防火管理者	なし・ <input checked="" type="checkbox"/> あり
	防災計画	なし・ <input checked="" type="checkbox"/> 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 1階事務所及び職員所持の P H S	
	安否確認の方法・頻度等 (居室訪問を含む) 声掛け・毎日 1 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	無し ※残置物引取人の選任あり
生活保護受給者の受入れ対応	否・ <input checked="" type="checkbox"/> 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	<p>(契約の解除)</p> <p>貸主は、借主が次に掲げる義務に違反した場合において、貸主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ます。</p> <p>一 第3条第1項に規定する賃料支払義務</p> <p>二 第4条第1項に規定する共益費支払義務</p> <p>三 第7条第1項に規定する状況把握・生活相談サービス料金支払い義務</p> <p>四 第19条第1項に規定する借主の故意又は過失により必要となった修繕費用負担義務</p> <p>五 第21条第2項に規定する費用負担義務</p> <p>2 貸主は、借主が次に掲げる義務に違反した場合において、貸主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ずに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</p>

ときは、本契約を解除することができます。

- 一 第8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
- 三 その他本契約書に規定する借主の義務

3 貸主は、借主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の行為によって本物件に入居したときは、本契約を解除することができます。

4 貸主又は借主の一方について、次のいずれかに該当した場合には、その相手方は、何らの催告も要せずして、本契約を解除することができます。

- 一 第9条各号の確約に反する事実が判明した場合
- 二 契約締結後に自ら又は自らの役員が反社会的勢力に該当することとなった場合
- 三 貸主は、借主が別表第1第六号から第八号までに掲げる行為を行った場合

5 借主、同居人、又はその家族等が次の各号のいずれかに該当した場合には、本条前項までの定めに関わらず、1週間以上の猶予をもって改善を希望する旨の申し入れを行い、それにも拘わらず改善の見込みがなく、結果として本契約を継続することが困難であると認められるときは、その理由を記載した文書で通知することにより、本契約を解除することができます。

- 一 借主、同居人、又はその家族等が貸主やその職員もしくは他の入居者その他関係者に対して故意にハラスメントや暴言等の法令違反その他著しく常識を逸脱する行為が認められたとき
- 二 借主、同居人、又はその家族等が貸主やその職員、もしくは他の入居者その他関係者の生命、身体、財産、若しくは信用を傷つける恐れがあり、且つ貸主が通常の方法ではこれを防止できないと判断したとき
- 三 借主、同居人、又はその家族等が、借主や同居人の施設利用に関する貸主の助言や相談の申し入れ等を正当な理由もなく拒否し、或いは全く対応しない等、貸主の施設運営を著しく阻害する行為が認められるとき

(貸主からの解約)

貸主は、次のいずれかに該当する場合、市長の承認を受けて、借主に対して少なくとも6月前に解約の申し入れを行うことにより、本契約を解約することができます。

- 一 本物件の老朽、損傷、一部の滅失その他の事由により、家賃の価額その他の事情に照らし、本物件を法第54条第1号に掲げる基準等を勘案して適切な規模、構造及び設備を有する賃貸

		<p>住宅として維持し、又は当該賃貸住宅に回復するのに過分の費用を要するに至ったとき。</p> <p>二 借主が、本物件に長期間にわたって居住せず、かつ、当面居住する見込みがないことにより、本物件を適正に管理することが困難となったとき。ただし、借主の病院への入院又は心身の状況の変化を理由とする場合には、当該理由が生じた後に、貸主及び借主が本契約の解約について合意している場合に限りです。</p> <p>(借主からの解約)</p> <p>借主は、次のいずれかに該当する場合には、貸主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ます。</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、借主が本物件に居住することが困難となったとき。</p> <p>二 介護者等と同居するため、借主が本物件に居住する必要がなくなったとき。</p> <p>三 貸主が法第68条の規定による命令に違反したとき。</p> <p>2 借主は、前項各号に該当しない場合にあつては、貸主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ます。</p> <p>3 第2項の規定にかかわらず、借主は、第1項の場合にあつては解約申入れの日から1か月分の賃料及び共益費及び状況把握・生活相談サービス料金相当額を貸主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、随時に本契約を解約することができます。</p> <p>4 第2項の規定にかかわらず、借主は、第2項の場合にあつては解約申入れの日から6か月分の賃料及び共益費及び状況把握・生活相談サービス料金相当額を貸主に支払うことにより解約申入れの日から起算して6か月を経過するまでの間、随時に本契約を解約することができます。</p> <p>5 借主は貸主の書面による承諾なくして解約の申し入れを撤回することはできません。</p>	
<p>退去者の状況</p> <p>前年度における</p>	<p>退去先別の人数</p>	<p>自宅等</p>	<p>2人</p>
		<p>社会福祉施設</p>	<p>5人</p>
		<p>医療機関</p>	<p>3人</p>
		<p>死亡者</p>	<p>2人</p>
		<p>その他</p>	<p>人</p>
	<p>生前解約の状況</p>	<p>事業者側の申し出</p>	<p>人</p>

		(解約事由の例)
		12人
	入居者側の申し出	(解約事由の例)
体験入居の期間及び費用負担等		

※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

(2025年8月1日現在)

入居者内訳	性別	男性 25 人、女性 47 人			
	介護の 要否別	自立 17 人			
		要介護 39 人	(内訳)	要介護1	20人
				要介護2	10人
				要介護3	7人
	要介護4		2人		
	要介護5		0人		
	要支援 16 人	(内訳)	要支援1	6人	
			要支援2	10人	
平均年齢	85歳 (男性 84.5歳、女性 85.2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) 運営に関すること

運営に関する方針	お客様お一人おひとりの人生に敬意を持って関わり、お客様の自立した日常生活を支援します。お客様の『より良い暮らし』と『夢』の実現に向け、サービスの質向上に取り組みます。笑顔と挨拶を大切に、心ある行動に努めます。ご家族等大切な方々、地域や医療機関と必要な情報を適切に共有します。
サービスの提供内容に関する特色	イベントなど楽しんでいただける行事を多く入れた運営をしております。
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)	年1回以上開催。ご入居状況、活動報告、ご要望・苦情等改善報告、料金・規定変更の具申、財務諸表の説明等、交流の促進を図ります。

※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

<p>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）</p>	<p>窓口の名称：株式会社ツクイ お客様相談室 電話番号：0120-294-275 対応時間：9：00～17：00（土日祝含む）</p>		
<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）</p>	<p>ご入居者に対するサービスの提供により事故が発生した場合は、速やかにご家族、主治医または関係医療機関、市区町村等に連絡を行うとともに必要な措置を講じます。 また、事故の状況及び事故に際してとった処置について状況報告書を作成し、その内容を上長に報告した後、社内に公表し再発防止に努めます。 状況報告書は作成後2年間保管することとします。</p>		
<p>事故発生の防止のための指針</p>	<p>なし・あり</p>		
<p>損害賠償（対応方針及び損害保険契約の概要等）</p>	<p>サービスの提供にともなって、ツクイの責め帰すべき事由によりご入居者の生命・身体・財産に損害を及ぼした場合は、適正な賠償義務の履行を誠実に行うこととします。</p>		
<p>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</p>	<p>なし・あり ありの場合の保険名(損害保険ジャパン株式会社)</p>		
<p>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</p>	<p>1 あり</p>	<p>実施日</p>	<p>2025/8/30</p>
		<p>結果の開示</p>	<p>1 あり 2 なし</p>
<p>第三者による評価の実施状況</p>	<p>1 あり</p>	<p>実施日</p>	
		<p>評価機関名称</p>	
		<p>結果の開示</p>	<p>1 あり 2 なし</p>
<p>2 なし</p>			

(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 神星会 港北ニュータウン診療所
	診療科目	内科・リハビリテーション科・整形外科
	所在地	神奈川県横浜市都筑区茅ヶ崎中央17-26 ビクトリアセンター南301号
	距離及び所要時間	約10分
	協力内容	訪問診療可能
	名 称	医療法人社団フルクモア クリニック医庵 センター南
	所在地	神奈川県横浜市都筑区茅ヶ崎中央40番3
	距離及び所要時間	約15分
	協力内容	訪問診療可能
	名 称	訪問診療ネットワーク 医療法人社団 檜会 横浜北クリニック
	所在地	神奈川県横浜市都筑区中川中央1-39-44
	距離及び所要時間	0分
協力歯科医療機関	名 称	医療法人 たか とわ歯科クリニック
	所在地	神奈川県横浜市都筑区中川中央1-31-1
	距離及び所要時間	約5分
	協力内容	訪問診療可能
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）		

(4) 職員体制

ア 職種別の職員数等

(2025 年 9 月 1 日現在)

	職員数	常勤換算後の		夜間勤務職員数 (時～翌 時) (最少人数)	備考 (資格・委託等)	
		人数	うち自立対応			
従業者の内訳	管理者	1 (0)	/	0		
	生活相談員	5 (1)		0		
	直接処遇職員	()				
	介護職員	12 (9)		0		
	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	3 (1)		0		
	医師	()				
	栄養士	()				
	調理員	()				
	事務職員	1 (0)		0		
	その他職員	35 (31)		0		
合計	57 (42)	0				
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		介護福祉士					
		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	常勤	非常勤	
前年度1年間の採用者数				4							
前年度1年間の退職者数				2							
業務に従事した経験年数に応じた職員の人数	1年未満		1	3							
	1年以上3年未満		2	2	1						
	3年以上5年未満			1							
	5年以上10年未満			3	1						
	10年以上				2	1			2	1	
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	:	～	:
	日勤	:	～	:
	遅番	:	～	:
	夜勤	:	～	:
	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	人 (人)	医 師	人 (人)
介護福祉士	11人 (5 人)	看護師	人 (人)
介護支援専門員	4人 (3 人)	准看護師	人 (人)
介護職員実務者研修修了者	人 (人)	資格なし	人 (人)
介護職員初任者研修修了者	5人 (5 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	<input checked="" type="checkbox"/> 公開 (<input type="checkbox"/> 閲覧) ・ 写し交付)	2 非公開
	入居契約書の公開	<input checked="" type="checkbox"/> 公開 (<input type="checkbox"/> 閲覧) ・ 写し交付)	2 非公開
	管理規程の公開	<input checked="" type="checkbox"/> 公開 (<input type="checkbox"/> 閲覧) ・ 写し交付)	2 非公開
	財務諸表の公開	<input checked="" type="checkbox"/> 公開 (<input type="checkbox"/> 閲覧) ・ 写し交付)	2 非公開
	事業収支計画の公開	<input checked="" type="checkbox"/> 公開 (<input type="checkbox"/> 閲覧) ・ 写し交付)	2 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9～15に該当する運営面に関することを記述すること。

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・手続、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

(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
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

各種加算の状況

入居継続支援加算	(無・有)	(Ⅰ)
		(Ⅱ)
生活機能向上連携加算	(無・有)	(Ⅰ)
		(Ⅱ)
個別機能訓練加算	(無・有)	(Ⅰ)
		(Ⅱ)
ADL維持等加算	(無・有)	(Ⅰ)
		(Ⅱ)
夜間看護体制加算	(無・有)	(Ⅰ)
		(Ⅱ)
若年性認知症入居者受入加算	(無・有)	
協力医療機関連携加算 (相談・診療を行う体制を常時確保している協力医療機関と連携している場合)	(無・有)	
協力医療機関連携加算 (上記以外の協力医療機関と連携している場合)	(無・有)	
口腔・栄養スクリーニング加算	(無・有)	
科学的介護推進体制加算	(無・有)	
退院・退所時連携加算	(無・有)	
退居時情報提供加算	(無・有)	
看取り介護加算	(無・有)	(Ⅰ)
		(Ⅱ)
認知症専門ケア加算	(無・有)	(Ⅰ)
		(Ⅱ)
高齢者施設等感染対策向上加算	(無・有)	(Ⅰ)
		(Ⅱ)
新興感染症等施設療養費	(無・有)	
生産性向上推進体制加算	(無・有)	(Ⅰ)
		(Ⅱ)
サービス提供体制強化加算	(無・有)	(Ⅰ)
		(Ⅱ)
		(Ⅲ)
介護職員等処遇改善加算	(無・有)	(Ⅰ)
		(Ⅱ)
		(Ⅲ)
		(Ⅳ)

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処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：別添1「介護サービス等の一覧表」

別添2「短期利用のサービス等の概要」（設定がある場合のみ）

登録事項等についての説明（高齢者住まい法第17条関係）

2025年10月1日

登録事項等についての説明

貸主(甲)	住所	横浜市港南区上大岡西1-6-1
	氏名	高島 毅
代理人	住所	横浜市都筑区中川中央1-39-44
	氏名	馬場 清人

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) つくいさんふおれすとよこはませんたーきた ツクイ・サンフォレスト横浜センター北
所在地	(住居表示) 〒224-0003神奈川県横浜市都筑区中川中央1丁目39番44
利用交通手段	<input checked="" type="checkbox"/> 1.電車(浜市営地下線 センター北 駅から 徒歩 で 5分) <input type="checkbox"/> 2.その他()
住宅に関する権原	<input type="checkbox"/> 1.所有権 期間 年 月 日まで <input checked="" type="checkbox"/> 2.賃借権 年 月 日から 年 月 日まで <input type="checkbox"/> 3.使用貸借による権利
施設に関する権原	<input type="checkbox"/> 1.所有権 期間 年 月 日まで <input checked="" type="checkbox"/> 2.賃借権 年 月 日から 年 月 日まで <input type="checkbox"/> 3.使用貸借による権利
敷地に関する権原	<input type="checkbox"/> 1.所有権 期間 年 月 日まで <input type="checkbox"/> 2.地上権 <input checked="" type="checkbox"/> 3.賃借権 年 月 日から 年 月 日まで <input type="checkbox"/> 4.使用貸借による権利

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) かぶしきがいしやつくい 株式会社ツクイ
住所(法人に あつては主たる 事務所の所在 地)	(郵便番号 233-0002) 神奈川県横浜市港南区上大岡西1-6-1 電話番号 045-842-4115
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) かぶしきかいしゃつくい
	株式会社ツクイ
事務所の所在地	(郵便番号 233-0002)
	神奈川県横浜市港南区上大岡西1-6-1 電話番号 045-842-4115

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	71 戸					
居住部分の規模	(最小)	18.08	m ²	詳細については、別添	3	のとおり	
	(最大)	53.24	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	鉄骨		造	階数	地上6	階建
竣工の年月	2016	年	11	月	30	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 checked="" type="checkbox"/> 法第52条の認可を受けている	
入居者の資格	次の①又は②に該当する者である。 ①単身高齢者世帯 ②高齢者+同居者(配偶者/60歳以上の親族/要介護認定又は要支援認定を受けている60歳未満の親族/特別な理由により同居させる必要があると知事が認める者) (「高齢者」とは、60歳以上の者又は要介護認定若しくは要支援認定を受けている60歳未満の者をいう。)	
入居契約の内容	別添入居契約書のとおり	

※以下は、入居の用に供する前である場合に限り記入すること。

入居開始時期	2017	年	1	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 type="checkbox"/> 自ら	<input checked="" type="checkbox"/> 委託	<input type="checkbox"/> 提供しない	約	40,500	円
	入浴等の介護	<input type="checkbox"/> 自ら	<input type="checkbox"/> 委託	<input checked="" type="checkbox"/> 提供しない	約		円
	調理等の家事	<input type="checkbox"/> 自ら	<input type="checkbox"/> 委託	<input checked="" type="checkbox"/> 提供しない	約		円
	健康の維持増進	<input type="checkbox"/> 自ら	<input type="checkbox"/> 委託	<input checked="" 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	66,000	円	住戸ごとの内容は別添 3	のとおり	
	(最高)	約	221,550	円			
共益費の概算額	(最低)	約	50,850	円			
	(最高)	約	80,850	円			
敷金の概算額	(最低)	約	198,000	円	家賃の	3	月分
	(最高)	約	664,650	円			
水道光熱費の支払方法							
前払金※の有無	<input type="checkbox"/> あり	<input checked="" type="checkbox"/> なし					
家賃等の前払金の概算額	(最低)	約		円	(最高)	約	円
家賃等の前払金の算定の基礎	家賃						
	サービス提供の対価						
返還額の算定方法							
家賃等の前払金の返還債務が消滅するまでの期間	年 月 日まで						
家賃等の前払金の返還額の推移	(※原則として入居契約に定めた契約の始期を起算日とする。)						
前払金の保全措置の内容	<input type="checkbox"/> 銀行による債務の保証			<input type="checkbox"/> 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 type="checkbox"/> 指定を受けている						
	<input checked="" 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 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	<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	15人		
	退去者の数	14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
ツクイ横浜センター北	指定通所介護サービス	<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
ツクイ・サンフォレスト横浜センター北	指定訪問介護サービス 横浜市訪問介護相当サービス	<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
ツクイ・サンフォレスト横浜センター北(居宅)	指定居宅介護支援サービス	<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

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. 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

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 ○ ○ ○ ○

別添 3

住宅の規模並びに構造及び設備等

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	18.08	×	○	○	×	○	○	4	301~304	66,000
1	19.78	×	○	○	×	○	○	1	319	78,000
1	23.5	×	○	○	×	○	○	2	410,413	105,000
1	24.4	×	○	○	×	○	○	1	309	105,000
1	25.01	×	○	○	×	○	○	1	310	97,000
1	33.21	×	○	○	×	○	○	1	414	132,000
1	25.33	○	○	○	○	○	○	2	515,517	101,850
1	26.23	○	○	○	○	○	○	1	516	106,050
1	27.98	○	○	○	○	○	○	1	505	128,100
1	36.31	○	○	○	○	○	○	5	501,502,601,602,610	130,200
1	39.69	○	○	○	○	○	○	1	509	157,500
1	39.97	○	○	○	○	○	○	1	609	147,000
1	40.58	○	○	○	○	○	○	1	611	150,150
1	50.55	○	○	○	○	○	○	1	603	198,450
1	50.95	○	○	○	○	○	○	2	604,605	202,650
1	53.24	○	○	○	○	○	○	1	606	221,550
1	18.08	×	○	○	×	○	○	4	401~404	67,000
1	18.08	×	○	○	×	○	○	3	316~318	75,000
1	18.08	×	○	○	×	○	○	3	421~423	76,000
1	18.08	×	○	○	×	○	○	4	312~315	78,000
1	18.08	×	○	○	×	○	○	6	415~420	79,000
1	18.08	×	○	○	×	○	○	4	305~308	86,000
1	18.08	×	○	○	×	○	○	6	405~408, 411~412	87,000
1	19.48	×	○	○	×	○	○	1	424	79,000
1	24.4	×	○	○	×	○	○	1	409	106,000
1	23.5	×	○	○	×	○	○	1	311	94,000
1	25.33	○	○	○	○	○	○	4	510~5122, 514	105,000
1	25.33	○	○	○	○	○	○	3	503,506,508	115,500

1	26.23	○	○	○	○	○	○	1	513	111,300
1	26.23	○	○	○	○	○	○	2	504,507	122,850
1	40.58	○	○	○	○	○	○	2	607,608	157,500

及び構造のタイプ別にまとめて記載すること。

便所、洗面、浴室、台所及び収納の全てを備えるものを表す。

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。

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
居間・食堂	1	68.17	3階に1箇所	71	
浴室・脱衣所	4	34.44	3, 4階各2箇所	43	
洗濯室	2	15.58	3, 4階各1箇所	37	
多目的室	2	43.66	4,5階各1箇所	71	
食堂	1	65.88	1階に1箇所	71	
休憩室	1	21.58	6階に1箇所	71	
大浴場・脱衣室	1	15.46	6階に1箇所	71	

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 あつては主 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 type="checkbox"/> 指定居宅介護支援事業者							
	<input type="checkbox"/> 社会福祉法人	<input type="checkbox"/> 指定介護予防サービス事業者							
	<input type="checkbox"/> 指定居宅サービス事業者	<input type="checkbox"/> 指定介護予防支援事業者							
	<input type="checkbox"/> 指定地域密着型サービス事業者	<input type="checkbox"/> 上記以外の法人等							
サービスを提供する 者の人数	<input type="checkbox"/> 医師	人員	人	<input type="checkbox"/> 社会福祉士	人員	人			
	<input type="checkbox"/> 看護師	人員	人	<input checked="" type="checkbox"/> 介護支援専門員	人員	3	人		
	<input type="checkbox"/> 准看護師	人員	人	<input type="checkbox"/> 養成研修修了者	人員	人			
	<input checked="" type="checkbox"/> 介護福祉士	人員	9	<input checked="" type="checkbox"/> 上記以外の職員	人員	6	人		
常駐する場所	<input checked="" type="checkbox"/> 同一の敷地内	<input type="checkbox"/> 隣接する土地							
	<input type="checkbox"/> 近接する土地 (所在地)								
常駐する日	<input checked="" type="checkbox"/> 365日対応	<input type="checkbox"/> 次の期間を除く()							
常駐する時間	日中	9 時	0分	～	18 時	0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							毎日	1 回	
緊急通報サービスの 内容	提供時間	常駐する日	時	分	～	時	分		
		上記以外の日	<input checked="" type="checkbox"/> 24時間						
	通報方法	居室内に設置している緊急通報装置							
	通報先	1階事務所及び職員所持のPHS			通報先から住宅までの到着予定時間			分	
緊急時における 対応の内容	24時間365日各居室に設置している緊急通報ボタンを押していただければ、事務室及び職員が携帯しているPHSにて通報を受信し、対応します。 ご家族や医療機関への連絡、救急車の手配、また救急車手配時の情報提供等を行います。 但し、救急車両の同乗や搬送先の付き添いは、生活支援サービスの緊急対応に含まれておりません。 また、医療処置に関わる処置は行うことが出来ませんのでご入居者への救命などを保証するものではありません。 救急車両の同乗が必要とされる方には、選択サービスをご提案します。								
生活相談サービスの 内容	日常生活において困りごと、介護に関すること、その他不安なこと等について相談を承ります。 必要に応じて、保健医療サービス、地域包括支援センター、介護保険居宅介護支援事業者等の紹介を行います。 相談内容により、外部の専門家との相談など別途費用が必要になる場合があります。								
	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 ～ 17 時 00 分							
サービス提供の対 価(概算額)	月額※	約	70,000	円	前払金の				
	前払金	約		円	算定方法				
備考	月額:70,000円(税別) 夜間は緊急通報サービスによる								

※サービス提供の対価を月額で設定していない場合は、30日間利用した場合の金額を記載すること。

2. 食事の提供サービスの内容(該当する場合のみ)														
提供形態		<input type="checkbox"/> サービス付き高齢者向け住宅提供事業者が自ら提供する						<input checked="" type="checkbox"/> 委託する						
委託する 場合の 委託先	商号、名称 又は氏名	(ふりがな) かぶしがいいしゃぐりーんへるすけあさーびす 株式会社グリーンヘルスケアサービス												
	住所(法人に あつては主 たる事務所 の所在地)	(郵便番号 163-1477)		東京都新宿区西新宿3-20-2 東京オペラシティタワー17F										
		電話番号 03-3379-1246												
	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										
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	43,740	円	内訳	朝食	350	円	昼食	500	円	夕食	500	円
	前払金	約		円	前払金の 算定方法									
備考		<ul style="list-style-type: none"> ・厨房維持・管理費は共益費26,850円(税別)に含まれます。 ・月額金額/内訳は消費税別金額。(食事は軽減税率対象) ・キャンセルの場合は3日前の10:00までにフロントまでお申し出ください。お申し出がない場合は実費負担となります。 												
※サービス提供の対価を月額で設定していない場合は、30日間利用した場合の金額を記載すること。														
3. 入浴、排せつ、食事等の介護サービスの内容(該当する場合のみ)														
提供形態		<input type="checkbox"/> サービス付き高齢者向け住宅提供事業者が自ら提供する						<input type="checkbox"/> 委託する						
委託する 場合の 委託先	商号、名称 又は氏名	(ふりがな)												
	住所(法人に あつては主 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 type="checkbox"/> 365日対応		<input type="checkbox"/> その他()									
内容		<input type="checkbox"/> 入浴介護		<input type="checkbox"/> 排せつ介護		<input type="checkbox"/> 食事介護								
		<input type="checkbox"/> その他()												
サービス提供の対 価(概算額)	月額	約		円	前払金の 算定方法									
	前払金	約		円										
備考														

4. 調理、洗濯、掃除等の家事サービスの内容(該当する場合のみ)

提供形態		<input type="checkbox"/> サービス付き高齢者向け住宅提供事業者が自ら提供する				<input type="checkbox"/> 委託する	
委託する場合の委託先	商号、名称 又は氏名	(ふりがな)					
	住所(法人にあ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 type="checkbox"/> 365日対応	<input type="checkbox"/> その他(
	内容	<input type="checkbox"/> 調理	<input type="checkbox"/> 洗濯	<input type="checkbox"/> 掃除			
サービス提供の対価(概算額)	月額	約		円	前払金の算定方法		
	前払金	約		円			
備考							

5. 健康の維持増進サービスの内容(該当する場合のみ)

提供形態		<input 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 type="checkbox"/> 365日対応	<input type="checkbox"/> その他(
	内容	<input type="checkbox"/> 健康相談	<input type="checkbox"/> 血圧等の測定	<input type="checkbox"/> 定期検診	<input type="checkbox"/> 通院等の付き添い		
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							

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 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 type="checkbox"/> 365日対応		<input checked="" type="checkbox"/> その他(1日から)		
		内容	ふれあいプラス				
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	3,000円(税別)/日 介護保険では位置付けられない、自費3,000円(税別)(1回1時間)を分割して利用できる、居室及び同一敷地内における介護サービスです。時間不定期なサービスをご希望の方や、やむをえず一時的頻回にサービスが必要な方にご案内しています。1日からご利用頂けます。						

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 type="checkbox"/> 365日対応		<input checked="" type="checkbox"/> その他(1日から)		
		内容	食事支援プラス				
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	230円(税別)/日 高齢者の健康を考えた食事の提供を心掛けています。1口食やおかゆの対応は基本サービスに含まれてい ます。 トロミやミキサー食の対応、禁食の配慮など行います。特別な配慮が必要な治療食やソフト食は別途料金がか かります。						

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	(ふりがな)								
	商号、名称 又は氏名								
	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	身体介護プラス						
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		55,000円(税別)/月 介護保険では位置付けられない、居室及び同一敷地内における時間不定期な身体介護です。 コール対応にて排泄介助や介護保険を利用しない移動付き添い支援等(1日/30分)を分割して利用できる サービスです。							

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	(ふりがな)								
	商号、名称 又は氏名								
	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	服薬プラス						
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		200円(税別)/回 要支援の方で、区分変更申請を行っても、要介護にならなかった方を対象とした服薬支援サービスです。 服薬のお声掛けをします。 ※服薬飲み込みは確認致しません。 ※要介護申請書の写しをご提出下さい。 ※要介護の方で、服薬支援の必要な方は、訪問介護サービスの対象となります。							

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	居室配膳プラス				
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	400円(税別)/回 体調不良などにより、食堂でのお食事が困難な場合に限り、お部屋までお運びします。(配膳・下膳) ※1日3食(朝・昼・夕)ご利用の場合は1,200(税別)となります。 ※1週間を目安にサービスの見直しを行います。						

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	お掃除プラス				
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	10,000円(税別)/月 週2回20分未満の時間で、居室・浴室・トイレなど日常的な清掃、ごみの回収を行います。 掃除道具はご自宅のものを使用させていただく場合があります。 ※専門技術を要する清掃や修理などは業者をご紹介します。						

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	お掃除プラス					
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	10,000円(税別)/月 週2回、ご自宅または共有洗濯機を使用した洗濯、たたみ・収納を行います。 ※ドライクリーニングが必要な衣類は、業者を紹介いたします。 ※介護保険サービスはご自宅の洗剤を使用しますが、お洗濯プラスについてはツクイにてご用意いたします。						

別添 5									
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)」はワードで作成したものを添付してください。

介護サービスの種類		事業所の名称		所在地	
<居宅サービス>					
訪問介護	あり	なし	ツクイ・サンフォレストスト 横浜センター北	横浜市都筑区中川中央 1-39-44	
訪問入浴介護	あり	なし			
訪問看護	あり	なし			
訪問リハビリテーション	あり	なし			
居宅療養管理指導	あり	なし			
通所介護	あり	なし	ツクイ・サンフォレストスト 横浜センター北	横浜市都筑区中川中央 1-39-44	
通所リハビリテーション	あり	なし			
短期入所生活介護	あり	なし			
短期入所療養介護	あり	なし			
特定施設入居者生活介護	あり	なし			
福祉用具貸与	あり	なし			
特定福祉用具販売	あり	なし			
<地域密着型サービス>					
定期巡回・随時訪問介護・看護	あり	なし			
夜間対応型訪問介護	あり	なし			
認知症対応型通所介護	あり	なし			
小規模多機能型居宅介護	あり	なし			
認知症対応型共同生活介護	あり	なし			
地域密着型特定施設入居者生活介護	あり	なし			
地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護	あり	なし			
看護小規模多機能型居宅介護	あり	なし			
居宅介護支援	あり	なし			
<居宅介護予防サービス>					
介護予防訪問介護	あり	なし	ツクイ・サンフォレストスト 横浜センター北	横浜市都筑区中川中央 1-39-44	
介護予防訪問入浴介護	あり	なし			
介護予防訪問看護	あり	なし			
介護予防訪問リハビリテーション	あり	なし			
介護予防居宅療養管理指導	あり	なし			
介護予防通所介護	あり	なし	ツクイ・サンフォレストスト 横浜センター北	横浜市都筑区中川中央 1-39-44	
介護予防通所リハビリテーション	あり	なし			
介護予防短期入所生活介護	あり	なし			
介護予防短期入所療養介護	あり	なし			
介護予防特定施設入居者生活介護	あり	なし			
介護予防福祉用具貸与	あり	なし			
特定介護予防福祉用具販売	あり	なし			
<地域密着型介護予防サービス>					

別紙2		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	
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 時～時	有（無）								
・夜間 時～時	有（無）								
②食事介助	有・無	身体介護プラス（1日30分） ふれあいプラス（1時間）	月/55000円 日/3000円		身体介護プラス（1日30分） ふれあいプラス（1時間）	月/55000円 日/3000円		身体介護プラス（1日30分） ふれあいプラス（1時間）	月/55000円 日/3000円
③排泄									
・排泄介助	有・無	身体介護プラス（1日30分） ふれあいプラス（1時間）	月/55000円 日/3000円		身体介護プラス（1日30分） ふれあいプラス（1時間）	月/55000円 日/3000円		身体介護プラス（1日30分） ふれあいプラス（1時間）	月/55000円 日/3000円
・おむつ交換	有・無	身体介護プラス（1日30分） ふれあいプラス（1時間）	月/55000円 日/3000円		身体介護プラス（1日30分） ふれあいプラス（1時間）	月/55000円 日/3000円		身体介護プラス（1日30分） ふれあいプラス（1時間）	月/55000円 日/3000円
・おむつ代	有（無）								
④入浴等									
・清拭	有・無	身体介護プラス（1日30分） ふれあいプラス（1時間）	月/55000円 日/3000円		身体介護プラス（1日30分） ふれあいプラス（1時間）	月/55000円 日/3000円		身体介護プラス（1日30分） ふれあいプラス（1時間）	月/55000円 日/3000円
・一般浴介助	有・無								
・特浴介助	有（無）								
⑤身辺介助									
・体位交換	有・無	身体介護プラス（1日30分） ふれあいプラス（1時間）	月/55000円 日/3000円		身体介護プラス（1日30分） ふれあいプラス（1時間）	月/55000円 日/3000円		身体介護プラス（1日30分） ふれあいプラス（1時間）	月/55000円 日/3000円
・居室からの移動	有・無	身体介護プラス（1日30分） ふれあいプラス（1時間）	月/55000円 日/3000円		身体介護プラス（1日30分） ふれあいプラス（1時間）	月/55000円 日/3000円		身体介護プラス（1日30分） ふれあいプラス（1時間）	月/55000円 日/3000円
・衣類の着脱	有・無	身体介護プラス（1日30分） ふれあいプラス（1時間）	月/55000円 日/3000円		身体介護プラス（1日30分） ふれあいプラス（1時間）	月/55000円 日/3000円		身体介護プラス（1日30分） ふれあいプラス（1時間）	月/55000円 日/3000円
・身だしなみ介助	有・無	身体介護プラス（1日30分） ふれあいプラス（1時間）	月/55000円 日/3000円		身体介護プラス（1日30分） ふれあいプラス（1時間）	月/55000円 日/3000円		身体介護プラス（1日30分） ふれあいプラス（1時間）	月/55000円 日/3000円
⑥機能訓練	有（無）								
⑦通院の介助	有・無	自費サービス	15分以上30分未満： 1,500円 以降15分毎に750円追加		自費サービス	15分以上30分未満： 1,500円 以降15分毎に750円追加		自費サービス	15分以上30分未満： 1,500円 以降15分毎に750円追加
⑧緊急時対応									
・ナースコール	有・無	生活支援サービス費	月/77000円		生活支援サービス費	月/77000円		生活支援サービス費	月/77000円
2. 生活サービス									
①家事									
・清掃	有・無	おそうじプラス（週2回、20分未満）	月/10,000円		おそうじプラス（週2回、20分未満）	月/10,000円		おそうじプラス（週2回、20分未満）	月/10,000円
・洗濯	有・無								
②居室配膳・下膳	有・無	居室配膳プラス（1回）	回/400円		居室配膳プラス（1回）	回/400円		居室配膳プラス（1回）	回/400円
③理美容	有（無）								
④代行									
・買物	有・無	自費サービス	15分以上30分未満： 1,500円 以降15分毎に750円追加		自費サービス	15分以上30分未満： 1,500円 以降15分毎に750円追加		自費サービス	15分以上30分未満： 1,500円 以降15分毎に750円追加
・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）								
・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。