

登録事項等についての説明（高齢者住まい法第17条関係）

令和 年 月 日

登録事項等についての説明

貸主(甲) 住所 横浜市南区大岡5-13-15  
 氏名 社会福祉法人横浜大陽会  
 理事長 島村 和子 印  
 代理人 住所  
 氏名 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) サティエかみおおおか<br>サティエ上大岡  |                                |                                      |                                      |
| 所在地      | (住居表示) 横浜市南区大岡5-14-18   |                                |                                      |                                      |
| 利用交通手段   | <input checked="" type="checkbox"/> 1.電車(京浜急行・市営地下鉄 線 上大岡 駅から 徒歩 で 5分)<br><input type="checkbox"/> 2.その他( ) |                                |                                      |                                      |
| 住宅に関する権原 | <input checked="" type="checkbox"/> 1.所有権<br>期間 年 月 日から 年 月 日まで   | <input type="checkbox"/> 2.賃借権 | <input type="checkbox"/> 3.使用貸借による権利 |                                      |
| 施設に関する権原 | <input checked="" type="checkbox"/> 1.所有権<br>期間 年 月 日から 年 月 日まで   | <input type="checkbox"/> 2.賃借権 | <input type="checkbox"/> 3.使用貸借による権利 |                                      |
| 敷地に関する権原 | <input checked="" type="checkbox"/> 1.所有権<br>期間 年 月 日から 年 月 日まで   | <input type="checkbox"/> 2.賃借権 | <input type="checkbox"/> 3.賃借権       | <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<br>又は氏名          | (ふりがな) しゃかいふくしほうじん よこはまたいようかい<br>社会福祉法人 横浜大陽会                      |                       |
| 住所<br>(法人にあつては主たる事務所)  | (郵便番号 232-0061 )<br>横浜市南区大岡5-13-15<br>電話番号 045-742-0625            |                       |
| 法人の役員                  | 別添 1 のとおり  |                       |
| 法定代理人<br>(未成年の個人である場合) | (ふりがな)   |                       |
|                        | 住所(法人にあつては主たる事務所所在地)   | 商号、名称、又は氏名<br>(郵便番号 ) |

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) しゃかいふくしほうじん よこはまたいようかい<br>社会福祉法人 横浜大陽会           |
| 事務所の所在地 | (郵便番号 232-0061 )<br>横浜市南区大岡5-13-15<br>電話番号 045-742-0625 |

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   | 13 戸   |
| 居住部分の規模 | (最小)   | 25.00 m <sup>2</sup>   |
|         | (最大)   | 25.20 m <sup>2</sup>   |
| 構造及び設備  | 共同利用設備   | <input type="checkbox"/> あり <input checked="" type="checkbox"/> なし |
|         | 構造   | 軽量鉄骨 造 階数 2 階建   |
| 竣工の年月   | 2015 年 9 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 type="checkbox"/> 法第52条の認可を受けている   |
| 入居者の資格                | 次の①に該当する者である。<br><input checked="" type="checkbox"/> ①単身高齢者世帯<br>(「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 | 2015 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、<br>別添 3<br>のとおり |
|------------------------|---|---|----------------------------|--------------------------|
| 高齢者生活支援サービス            | 状況把握<br>生活相談  | <input checked="" type="checkbox"/> 自ら <input type="checkbox"/> 委託                                | 約 38,500円<br>(内税10%3,500円) |                          |
|                        | 食事の提供   | <input checked="" type="checkbox"/> 自ら <input type="checkbox"/> 委託 <input type="checkbox"/> 提供しない | 約 60,000円<br>(内税8%4,410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 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 80,000 円   | 住戸ごとの内容は別添 2 のとおり   |                            |                          |
|                        | (最高) 約 80,000 円   |   |                            |                          |
| 共益費の概算額                | (最低) 約 15,000 円   |   |                            |                          |
|                        | (最高) 約 15,000 円   |   |                            |                          |
| 敷金の概算額                 | (最低) 約 160,000 円  | 家賃の 2 月分  |                            |                          |
|                        | (最高) 約 160,000 円  |   |                            |                          |
| 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<br><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者         | <input type="checkbox"/> 指定を受けている 事業所の番号 ( )<br><input checked="" type="checkbox"/> 指定を受ける予定はない   |   |                            |                          |
| 地域密着型特定施設入居者生活介護事業     | <input type="checkbox"/> 指定を受けている<br><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<br><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。



10. 登録の申請が基本方針(及び高齢者居住安定確保計画)に照らして適切なものである旨

基本方針及び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。

令和                      年                      月                      日  
借主(乙) 住所

氏名

印





別添 3

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 <span style="float: right;"><input type="checkbox"/> 委託する</span> |  |   |    |      |
| 委託する<br>場合の<br>委託先   | 商号、名称<br>又は氏名  | (ふりがな)   |  |   |    |      |
|  | 住所<br>(法人にあっては主たる事務所の所在地)  | (郵便番号 )<br><br>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<br><input checked="" type="checkbox"/> 社会福祉法人の職員<br><input type="checkbox"/> 指定居宅サービス事業者<br><input type="checkbox"/> 指定地域密着型サービス事業者<br><input type="checkbox"/> 指定居宅介護支援事業者<br><input type="checkbox"/> 指定介護予防サービス事業者<br><input type="checkbox"/> 指定介護予防支援事業者<br><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 type="checkbox"/> 介護支援専門員            | 人員 | 人    |
|  | <input type="checkbox"/> 准看護師  | 人員   | 人  | <input checked="" type="checkbox"/> 養成研修終了者 | 人員 | 2 人  |
|  | <input type="checkbox"/> 介護福祉士   | 人員   | 人  | <input checked="" type="checkbox"/> 上記以外の職員 | 人員 | 1 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<br><input type="checkbox"/> 近隣する土地<br>(所在地 )  |  |  |   |    |      |
| 常駐する日  | 提供日  | <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 ~ 17 時 45 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 | 2 回  |
| <input type="checkbox"/> 入居者から居住部分への訪問を希望する旨を申出があった場合は、当該居住部分への訪問(近接する土地に常勤する場合のみ) |  |  |  |   |    |      |
| 緊急通報サービスの内容  | 提供時間   | 常駐する日  | 00 時 00 分 ~ 24 時 00 分                    |   |    |      |
|  |  | 上記以外の日   | <input checked="" type="checkbox"/> 24時間 |   |    |      |
|  | 通報方法   | 警備会社に緊急通報  |  |   |    |      |
|  | 通報先  | セコム株式会社  | 通報先から住宅までの到着予定時間                         |   |    | 15 分 |
| サービス提供の対価(概算額)   | 月額   | 38,500 円<br>(内税10% 3,500円)   | 前払金の<br>算定方法                             |   |    |      |
|  | 前払金  | 約 0 円  |  |   |    |      |
| 備考   |  |  |  |   |    |      |

※ 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 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<br>場合の<br>委託先 | 商号、名称<br>又は氏名             | (ふりがな)  |              |   |                       |                       |
|                    | 住所<br>(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                                      |                       |                       |
| 食事提供を行う場所          |                           | <input type="checkbox"/> 食堂   |              | <input checked="" 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"/> 次の期間を除く( )                                |              |   |                       |                       |
|                    | 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 type="checkbox"/> 厨房で調理 <input checked="" type="checkbox"/> 配食サービスを利用 <input type="checkbox"/> その他( )  |              |   |                       |                       |
| サービス提供の<br>対価(概算額) | 月額※                       | 約 60,000円<br>(内税8%<br>4,410円)   | 内訳           | 400円<br>(内税8%<br>29円)                     | 800円<br>(内税8%<br>59円) | 800円<br>(内税8%<br>59円) |
|                    | 前払金                       | 約 0 円   | 前払金の<br>算定方法 |   |                       |                       |
| 備考                 |                           |   |              |   |                       |                       |

※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<br>場合の<br>委託先 | 商号、名称<br>又は氏名                | (ふりがな)   |   |                               |  |
|                    | 住所<br>(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<br>(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<br>対価(概算額) | 月額                           | 約  | 円 | 前払金の<br>算定方法                  |  |
|                    | 前払金                          | 約  | 円 |                               |  |
| 備考                 |                              |  |   |                               |  |

4. 調理、洗濯、清掃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<br>場合の<br>委託先 | 商号、名称<br>又は氏名                | (ふりがな)  |   |                               |  |
|                    | 住所<br>(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<br>(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"/> 次の期間を除く( )                 |   |                               |  |
|                    | 内容                           | <input type="checkbox"/> 調理 <input type="checkbox"/> 洗濯 <input type="checkbox"/> 清掃 |   |                               |  |
|                    |                              | <input type="checkbox"/> その他 ( )  |   |                               |  |
| サービス提供の<br>対価(概算額) | 月額                           | 約   | 円 | 前払金の<br>算定方法                  |  |
|                    | 前払金                          | 約   | 円 |                               |  |
| 備考                 |                              |   |   |                               |  |

5. 健康管理サービスの内容(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<br>場合の<br>委託先 | 商号、名称<br>又は氏名                | (ふりがな)  |   |                               |  |
|                    | 住所<br>(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<br>(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"/> 次の期間を除く( )   |   |                               |  |
|                    | 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 |   |                               |  |
|                    |                              | <input type="checkbox"/> その他 ( )  |   |                               |  |
| サービス提供の<br>対価(概算額) | 月額                           | 約   | 円 | 前払金の<br>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<br>場合の<br>委託先 | 商号、名称<br>又は氏名                | (ふりがな)  |   |                               |  |
|                    | 住所<br>(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<br>(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"/> 次の期間を除く( ) |   |                               |  |
|                    | 内容                           |   |   |                               |  |
| サービス提供の<br>対価(概算額) | 月額                           | 約   | 円 | 前払金の<br>算定方法                  |  |
|                    | 前払金                          | 約   | 円 |                               |  |
| 備考                 |                              |   |   |                               |  |

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 令和7年7月1日  
登録番号 浜 26(2)020  
サティエ上大岡

「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           | 平成27年10月1日  |
| 住宅の管理者氏名※1      | 管理者 小清水 冬美  |
| 電話番号 / F A X 番号 | 電話 (045)742-0625 / FAX 045(742)3371   |
| メールアドレス         |   |
| ホームページアドレス      | <a href="http://hakuhouen.or.jp/stkamiooka.html">http://hakuhouen.or.jp/stkamiooka.html</a> |

※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               | FAX 045(742)3371   |
| ホームページアドレス             | <a href="http://www.hakuhouen.or.jp/">http://www.hakuhouen.or.jp/</a>  |
| 資本金(基本財産)              |  |
| 主な出資者(出捐者)とその金額又は比率 ※2 |  |
| 設立年月日                  | 平成4年12月18日   |
| 直近の事業収支決算額 ※3          | (収益) 円 (費用) 円 (損益) 円   |
| 会計監査人との契約              | ☑ ・ 有 ( )  |
| 他の主な事業                 | 特別養護老人ホーム、老人デイサービス事業、老人介護支援センター、小規模多機能型居宅介護事業、老人居宅介護等事業、障害福祉サービス事業の経営 居宅介護支援事業、地域包括支援センター、地域ケアプラザにおける地域活動・交流、サービス付高齢者住宅、栄養ケアステーション |

※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      | FAX 045(742)3371            |
| ホームページアドレス | http://www.hakuhouen.or.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          | 寄宿舍 ・ 共同住宅 ・ <u>有料老人ホーム</u> ・ その他              |     |
| 建築物の耐火構造             | 耐火構造 ・ <u>準耐火構造</u> ・ その他 ( )                  |     |
| 消防用設備等               | 消火器  | 無・㊦ |
|                      | 自動火災報知設備                                       | 無・㊦ |
|                      | 火災通報設備   | 無・㊦ |
|                      | スプリンクラー  | 無・㊦ |
|                      | 防火管理者  | 無・㊦ |
|                      | 防災計画   | 無・㊦ |
| 緊急通報装置等<br>緊急連絡・安否確認 | 緊急通報装置等の種類及び設置箇所<br>セコム株式会社 通報システム (押し釦、ペンダント) |     |
|                      | 安否確認の方法・頻度等<br>1日1回以上居宅に訪問する。                  |     |

「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)」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                | 入居契約書「連帯保証人」条項より<br>第18条 連帯保証人は、乙と連帯して、本契約から生じる乙の債務の極度額を上限50万円までの負担とする。  |
| 生活保護受給者の受入れ対応                   | 否・㊦  |
| 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 | 入居契約書「契約の解除」条項より<br>第11条 甲は、乙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。<br>一 第4条第1項に規定する賃料支払義務<br>二 第5条第2項に規定する共益費支払義務<br>三 第7条第3項に規定する状況把握・生活相談サービス料金支払義務<br>四 前条第1項後段に規定する費用負担義務<br>2 甲は、乙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ときは、本契約を解除することができる。

一 第3条に規定する本物件の使用目的遵守義務

二 第9条各項に規定する義務(同条第3項に規定する義務のうち、別表第1第六号から第八号までに掲げる行為に係るものを除く。)

三 その他本契約書に規定する乙の義務

3 甲は、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る。

4 甲又は乙の一方について、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る。

一 第8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

5 甲は、乙が別表第1第六号から第八号までに掲げる行為を行った場合には、何らの催告も要せずして、本契約を解除することができる。

#### 【入居契約書「お客様による解約」条項より】

(乙からの解約)

第12条 乙は、甲に対して少なくとも30日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。

2 前項の規定にかかわらず、乙は、解約申入れの日から30日分の賃料及び状況把握・生活相談サービス料金(本契約の解約後の賃料相当額及び状況把握・生活相談サービス料金相当額を含む。)・共益費を甲に支払うことにより、解約申入れの日から起算して30日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る。

(契約の消滅)

第13条 本契約は、天災、地変、火災その他甲乙双方の責めに帰さない事由により本物件が滅失した場合には、当然に消滅する。

(明渡し)

第14条 乙は、本契約が終了する日までに(第11条の規定に基づき本契約が解除された場合にあっては、直ちに)本物件を明け渡さなければならない。

2 乙は、前項の明渡しをするときには、明渡し日を事前に甲に通知しなければならない。

|                   |         |          |  |
|-------------------|---------|----------|--|
| 退去者の状況<br>前年度における | 退去先別の人数 | 自宅等      | 1人   |
|                   |         | 社会福祉施設   | 0人   |
|                   |         | 医療機関     | 0人   |
|                   |         | 死亡者      | 1人   |
|                   |         | その他      | 1人   |
|                   | 生前解約の状況 | 事業者側の申し出 | 0人<br>(解約事由の例)<br>子の近くの施設に転居<br>有料老人ホームへ転居 |
|                   |         | 入居者側の申し出 | 2人<br>(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

(令和7年7月1日現在)

|         |                           |              |       |              |
|---------|---------------------------|--------------|-------|--------------|
| 入居者内訳   | 性別                        | 男性 8人        | 女性 5人 |              |
|         | 介護の<br>要否別                | 自立           | 4人    |              |
|         |                           | 要介護          | 4人    | (内訳) 要介護1 2人 |
|         |                           |              |       | 要介護2 0人      |
| 要介護3 1人 |                           |              |       |              |
| 要介護4 1人 |                           |              |       |              |
| 要介護5 0人 |                           |              |       |              |
| 要支援     | 5人                        | (内訳) 要支援1 2人 |       |              |
|         |                           | 要支援2 3人      |       |              |
| 平均年齢    | 79.7歳 (男性 74.4歳、女性 88.2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 | 1. (下記は外部サービスを利用した場合)<br>自立した生活が困難になったお客様に対して、心身の状態に合わせた個別の介護計画を作成し家庭的な環境の下で食事・入浴・排泄等の日常生活の世話及び心身の機能訓練等必要なサービスを提供します。 |
|----------|---|

|  |  |
|--|--|
|  | <p>2. 可能な限り自立した生活が送れるように自立援助をサービスの基本としお客様の意志及び人格を尊重しお客様の立場に立った適切サービスの提供に努めます。</p> <p>3. ホーム完結型にならないように関係市町村や他の施設・団体・ボランティア等の福祉サービスを提供する者と綿密な連携を図り、総合的なサービスの提供に努め、地域を生活圏とした社会生活上の便宜を図ります。</p> |
| サービスの提供内容に関する特色                              | 自立の方から介護が必要になった方でも地域の中で安心して生活が送れるよう様々な福祉サービスが隣接しており、適宜、必要に応じてオーダーメイドの介護サービスをご用意できます。   |
| 運営懇談会の開催状況 ※6<br>(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  |

※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）  | <p>苦情受付相談窓口<br/>サティエ上大岡 相談員 責任者 管理者<br/>電話 045-315-5987</p> <p>運営指導機関<br/>・横浜市健康福祉局高齢施設課 電話 045-263-8084<br/>(はまふくコール)<br/>・横浜市建築局住宅政策課 電話 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） | 事故・体調の急変時に生じた場合、家族・かかりつけ医に連絡を行い、速やかに必要な措置を講じます。   |
| 事故発生の防止のための指針                     | 無・有   |
| 損害賠償（対応方針及び損害保険契約の概要等）            | 当事業所が入居者に対して行ったサービスの提供により、賠償すべき事故が発生した場合は、加入保険業者と協議のうえ、損害賠償を速やかに行います。   |
| 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  | 無・有 有の場合の保険名(あいおい損保)  |

(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       | 横浜東邦病院              |
|                        | 診療科目     | 内科、整形外科、眼科、皮膚科、泌尿器科 |
|                        | 所在地      | 横浜市港南区最戸1-3-16      |
|                        | 距離及び所要時間 | 400メートル 徒歩4分        |

|  |  |                |
|--|--|----------------|
| 協力歯科医療機関   | 名 称  | 川平デンタルクリニック    |
|  | 所 在 地  | 横浜市磯子区杉田2-1-7  |
|  | 距離及び所要時間   | 京急杉田駅 西口下車徒歩5分 |
| 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） | 医療受診が必要な緊急時は、救急車を要請する。<br>訪問診療が可能な在宅医の一覧をお渡しして選択して頂けるように配慮します。 |                |

(4) 職員体制

ア 職種別の職員数等

(令和7年7月1日現在)

|               | 職員数     | 常勤換算後の |        | 夜間勤務職員数<br>(時～翌時)<br>(最少人数) | 備 考<br>(資格・委託等) |  |  |
|---------------|---------|--------|--------|-----------------------------|-----------------|--|--|
|               |         | 人数     | うち自立対応 |                             |                 |  |  |
| 従業者の内訳        | 管理者     | 1 ( )  | /      |                             | 社会福祉法人の職員       |  |  |
|               | 生活相談員   | 2 ( )  |        |                             | 社会福祉法人の職員       |  |  |
|               | 直接処遇職員  | ( )    |        |                             |                 |  |  |
|               | 介護職員    | ( )    |        |                             |                 |  |  |
|               | 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    | ( )    |        |                             |                 |  |  |
|               | その他職員   | ( )    |        |                             |                 |  |  |
| 合 計           | 3 ( )   |        |        |                             |                 |  |  |
| 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 法人事務 |        | 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 | 常勤      | 非常勤 |
| 前年度1年間の採用者数                |               |        |           |           |     | 1     |     |         |     |         |     |
| 前年度1年間の退職者数                |               |        |           |           |     |       |     |         |     |         |     |
| 応じた業務に従事した経験年数に<br>した職員の人数 | 1年未満          |        |           |           |     | 1     |     |         |     |         |     |
|                            | 1年以上<br>3年未満  |        |           |           |     |       |     |         |     |         |     |
|                            | 3年以上<br>5年未満  |        |           |           |     | 1     |     |         |     |         |     |
|                            |               |        |           |           |     |       |     |         |     |         |     |
|                            | 5年以上<br>10年未満 |        |           |           |     |       |     |         |     |         |     |
|                            | 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<br>合計人数に対する配置<br>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        | 人 ( 人)  | 看護師  | 人 ( 人)  |
| 介護支援専門員      | 人 ( 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 | 1人 ( 人) |
| 介護職員初任者研修修了者 | 2人 ( 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<br>への<br>情報開示 | 重要事項説明書の公開 | ① 公 開 ( 閲覧 ) ・ 写し交付 ) | 2 非公開 |
|                      | 入居契約書の公開   | ① 公 開 ( 閲覧 ) ・ 写し交付 ) | 2 非公開 |
|                      | 管理規程の公開    | ① 公 開 ( 閲覧 ) ・ 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 非公開 |
|                      | 事業収支計画の公開  | ① 公 開 ( 閲覧 ) ・ 写し交付 ) | 2 非公開 |

(6) その他

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

※12 市の指針上適合していない事項について、指針の9～13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<br>介護を行う場所 |  |
|--------------------------|--|

(2) 住み替える場合の条件等

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

(3) 介護保険に係る利用料

|   |                         |     |                         |
|---|-------------------------|-----|-------------------------|
| 介護保険に係る利<br>用料(適用を受ける<br>場合は、市町村から<br>交付される「介護保<br>険負担割合証」に記<br>載された利用者負<br>担の割合に応じた<br>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<br>(1割の場合/2割の場合) |
|   | 要介護1                    | 円   | 円/                      |
|   | 要介護2                    | 円   | 円/                      |
|   | 要介護3                    | 円   | 円/                      |
|   | 要介護4                    | 円   | 円/                      |
|   | 要介護5                    | 円   | 円/                      |

介護保険に係る利用料  
(適用を受ける場合は、  
市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

| 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 |

介護保険に係る利用料  
( 敵用を受ける場合は、  
市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

| 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・       | ( I )   |
|               | 有)        | ( II )  |
| サービス提供体制強化加算  | (無・<br>有) | ( I )イ  |
|               |           | ( I )ロ  |
|               |           | ( II )  |
|               |           | ( III ) |
| 介護職員処遇改善加算    | (無・<br>有) | ( I )   |
|               |           | ( II )  |
|               |           | ( III ) |
|               |           | ( IV )  |
|               |           | ( V )   |
| 介護職員等特定処遇改善加算 | (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、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」

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 | 提供方法（回数等） | 金額（単価） |
| 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） |
| <b>1. 介護サービス</b>        |                                      |                |              |  |              |  |              |           |        |
| ①巡回                     |                                      |                |              |  |              |  |              |           |        |
| ・昼間 9時～ 17時45分          | <input checked="" type="radio"/> 有・無 | 1日一回以上         |              |  |              |  |              |           |        |
| ・夜間 時～ 時                | <input type="radio"/> 有・無            |                |              |  |              |  |              |           |        |
| ②食事介助                   | <input type="radio"/> 有・無            |                |              |  |              |  |              |           |        |
| ③排泄                     |                                      |                |              |  |              |  |              |           |        |
| ・排泄介助                   | <input type="radio"/> 有・無            |                |              |  |              |  |              |           |        |
| ・おむつ交換                  | <input type="radio"/> 有・無            |                |              |  |              |  |              |           |        |
| ・おむつ代                   | <input type="radio"/> 有・無            |                |              |  |              |  |              |           |        |
| ④入浴等                    |                                      |                |              |  |              |  |              |           |        |
| ・清拭                     | <input type="radio"/> 有・無            |                |              |  |              |  |              |           |        |
| ・一般浴介助                  | <input type="radio"/> 有・無            |                |              |  |              |  |              |           |        |
| ・特浴介助                   | <input type="radio"/> 有・無            |                |              |  |              |  |              |           |        |
| ⑤身辺介助                   |                                      |                |              |  |              |  |              |           |        |
| ・体位交換                   | <input type="radio"/> 有・無            |                |              |  |              |  |              |           |        |
| ・居室からの移動                | <input type="radio"/> 有・無            |                |              |  |              |  |              |           |        |
| ・衣類の着脱                  | <input type="radio"/> 有・無            |                |              |  |              |  |              |           |        |
| ・身だしなみ介助                | <input type="radio"/> 有・無            |                |              |  |              |  |              |           |        |
| ⑥機能訓練                   | <input type="radio"/> 有・無            |                |              |  |              |  |              |           |        |
| ⑦通院の介助                  | <input type="radio"/> 有・無            |                |              |  |              |  |              |           |        |
| ⑧緊急時対応                  |                                      |                |              |  |              |  |              |           |        |
| ・ナースコール                 | <input type="radio"/> 有・無            |                |              |  |              |  |              |           |        |
| <b>2. 生活サービス</b>        |                                      |                |              |  |              |  |              |           |        |
| ①家事                     |                                      |                |              |  |              |  |              |           |        |
| ・清掃                     | <input type="radio"/> 有・無            |                |              |  |              |  |              |           |        |
| ・洗濯                     | <input type="radio"/> 有・無            |                |              |  |              |  |              |           |        |
| ②居室配膳・下膳                | <input type="radio"/> 有・無            |                |              |  |              |  |              |           |        |
| ③理美容                    | <input type="radio"/> 有・無            |                |              |  |              |  |              |           |        |
| ④代行                     |                                      |                |              |  |              |  |              |           |        |
| ・買物                     | <input type="radio"/> 有・無            |                |              |  |              |  |              |           |        |
| ・役所手続                   | <input type="radio"/> 有・無            |                |              |  |              |  |              |           |        |
| <b>3. 健康管理サービス</b>      |                                      |                |              |  |              |  |              |           |        |
| ・健康診断                   | <input type="radio"/> 有・無            |                |              |  |              |  |              |           |        |
| ・健康相談                   | <input type="radio"/> 有・無            |                |              |  |              |  |              |           |        |
| ・生活指導                   | <input type="radio"/> 有・無            |                |              |  |              |  |              |           |        |
| ・医師の往診                  | <input type="radio"/> 有・無            |                |              |  |              |  |              |           |        |
| <b>4. 入退院時、入院中のサービス</b> |                                      |                |              |  |              |  |              |           |        |
| ・医療費                    | <input type="radio"/> 有・無            |                |              |  |              |  |              |           |        |
| ・移送サービス                 | <input type="radio"/> 有・無            |                |              |  |              |  |              |           |        |
| <b>5. その他サービス</b>       |                                      |                |              |  |              |  |              |           |        |
| 食事サービス                  | <input checked="" type="radio"/> 有・無 | 朝食400円、昼夕食800円 | 左記参照         |  |              |  |              |           |        |

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等は、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。  
 注6) 「食事サービス」は朝食400円（内税8%29円）、昼夕食800円（内税8%59円）