

登録事項等についての説明（高齢者住まい法第17条関係）

2022年7月1日

登録事項等についての説明

貸主(甲)住所 東京都港区北青山2-7-13 プラセオ青山ビル

氏名 株式会社ユニマツ リタイアメント・コミュニティ

代表取締役 中川 清彦 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) くらしゅく・こみゆにていよこはま クラシック・コミュニティ横浜
所在地	(住居表示) 神奈川県横浜市戸塚区戸塚町1978-1
利用交通手段	<input checked="" type="checkbox"/> 1. 電車 (JR・市営地下鉄線 戸塚 駅から バス で 15 分) <input type="checkbox"/> 2. その他()
住宅に関する 権原	<input checked="" type="checkbox"/> 1. 所有権 <input type="checkbox"/> 2. 賃借権 <input type="checkbox"/> 3. 使用貸借による権利 期間 年 月 日から 年 月 日まで
施設に関する 権原	<input checked="" type="checkbox"/> 1. 所有権 <input type="checkbox"/> 2. 賃借権 <input type="checkbox"/> 3. 使用貸借による権利 期間 年 月 日から 年 月 日まで
敷地に関する 権原	<input checked="" type="checkbox"/> 1. 所有権 <input type="checkbox"/> 2. 地上権 <input type="checkbox"/> 3. 賃借権 <input type="checkbox"/> 4. 使用貸借による権利 期間 年 月 日から 年 月 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) かぶしがいいしやゆにまっと りたいあめんと・こみゆにてい 株式会社ユニマツ リタイアメント・コミュニティ	
住 所 (法人にあつては 主たる事務所の所 在 地)	(郵便番号 107-0061) 東京都港区北青山2-7-13 プラセオ青山ビル 電話番号 03-5413-8228	
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	

3. サービス付き高齢者向け住宅事業を行う者の事務所

事務所の名称	(ふりがな) かぶしがいいしやゆにまっと りたいあめんと・こみゆにてい 株式会社ユニマツ リタイアメント・コミュニティ
事務所の所在地	(郵便番号 107-0061) 東京都港区北青山2-7-13 プラセオ青山ビル 電話番号 03-5413-8228

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	98 戸
居住部分の規模	(最小)	43.42 m ²
	(最大)	59.31 m ²
構造及び設備	共同利用設備	<input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
	構造	鉄筋コンクリート 造 階数 地下3階 地上5階 建
竣工の年月	2004 年 1 月 31 日	
加齢対応構造等	<input checked="" type="checkbox"/> 登録基準に適合している	
	<input checked="" type="checkbox"/> エレベーターを備えている	
	<input checked="" type="checkbox"/> 緊急通報装置を備えている	

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

入居契約の別	<input checked="" type="checkbox"/> 賃貸借契約 <input type="checkbox"/> その他
入居契約が賃貸借契約でない場合には、その旨	
終身賃貸事業者の事業の認可	<input 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 <input checked="" type="checkbox"/> 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	年 月 日から
--------	---------

6. サービス付き高齢者向け住宅において提供される高齢者生活支援サービス及び入居者から受領する金銭

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	<input checked="" type="checkbox"/> 自ら <input type="checkbox"/> 委託		約 17,810 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 56,010 円
	入浴等の介護	<input checked="" type="checkbox"/> 自ら <input type="checkbox"/> 委託 <input type="checkbox"/> 提供しない		約 円
	調理等の家事	<input checked="" type="checkbox"/> 自ら <input type="checkbox"/> 委託 <input type="checkbox"/> 提供しない		約 円
	健康の維持増進	<input checked="" type="checkbox"/> 自ら <input type="checkbox"/> 委託 <input type="checkbox"/> 提供しない		約 円
その他	<input checked="" type="checkbox"/> 自ら <input type="checkbox"/> 委託 <input type="checkbox"/> 提供しない	約 98,477 円		
家賃の概算額	(最低) 約 74,000 円	住戸ごとの内容は別添 3 のとおり		
	(最高) 約 154,000 円			
共益費の概算額	(最低) 約 20,000 円			
	(最高) 約 30,000 円			
敷金の概算額	(最低) 約 148,000 円	家賃の 2 月分		
	(最高) 約 308,000 円			
前払金※の有無	<input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし			
家賃等の前払金の概算額	(最低) 約 4,850,000 円 (最高) 約 46,700,000 円			
家賃等の前払金の算定の基礎	家賃	月額家賃に想定居住期間を乗じ、想定居住期間を超えて契約が継続する場合に備えた事業者が受領する額(保険相当額)を足した額		
	サービス提供の対価	サービス提供の対価に関して前払い金の受領は行わない。		
返還額の算定方法	入居後3ヶ月経過前の解約時は前払家賃額より入居の日から起算して契約解除日までの日数分に1ヶ月分家賃額を30日の日割料金を乗じた額及び保険相当分を返還。入居後3ヶ月経過後、想定居住期間満了までの間の解約は、解約日から起算して想定居住期間満了までの期間の日割り計算によって算出した家賃額を返還。			
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 checked="" type="checkbox"/> 信託会社等による元本補てん又は信託 <input type="checkbox"/> 保険事業者による保証保険 <input type="checkbox"/> その他()			
特定施設入居者生活介護事業所	<input checked="" type="checkbox"/> 指定を受けている 介護保険事業所番号 (1471001659) <input type="checkbox"/> 指定を受けていない			
地域密着型特定施設入居者生活介護事業所	<input type="checkbox"/> 指定を受けている <input checked="" type="checkbox"/> 指定を受けていない			
介護予防特定施設入居者生活介護事業所	<input checked="" type="checkbox"/> 指定を受けている 介護保険事業所番号 (1471001659) <input type="checkbox"/> 指定を受けていない			
介護サービス情報	(特定施設入居者生活介護事業者、地域密着型特定施設入居者生活介護事業者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 <small>(法人にあつては 主たる事務所の所在地)</small>	(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		

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
横浜ケアセンターそよ風	訪問介護、介護予防訪問介護(身体介護、生活援助等)	<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
横浜ケアセンターそよ風	居宅介護支援事業(介護計画書の作成等)	<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

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. 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
なかがわ きよひこ 中川 清彦	代表取締役
てらさか じゅん 寺坂 淳	取締役
たかはし ようじ 高橋 洋二	取締役
やまうち もりお 山内 森夫	取締役
あしだ こういち 芦田 幸一	取締役 監査等委員
たかや ゆうすけ 高谷 裕介	(社外)取締役、監査等委員
よこた たかし 横田 崇	(社外)取締役、監査等委員
よしの けいいち 吉野 敬一	執行役員
いわさき まさや 岩崎 雅也	執行役員
いそべ きょうこ 磯部 恭子	執行役員
とよし まみ 豊吉 真美	執行役員
にしむら あきら 西村 啓	執行役員

法第6条第1項第3号に該当する者を全て記載すること。記載しきれないときは、この様式の例により作成した書面に記載し、その書面をこの書面の次に添付すること。

住宅の規模並びに構造及び設備等

1. 専用部分の規模並びに構造及び設備等

住棟番号	専用部分の 床面積 (㎡)	構造及び設備※						住戸数 (戸)	住戸番号 (該当するものを全て記載)	月額家賃 (概算額) (円)
		完備	便所	洗面	浴室	台所	収納			
Aタイプ	44.26	○	○	○	○	○	○	3	104/105/112	74,000
Aタイプ	44.26	○	○	○	○	○	○	5	204/205/206/211/212	84,000
Aタイプ	44.26	○	○	○	○	○	○	5	304/305/306/311/312	94,000
Aタイプ	44.26	○	○	○	○	○	○	21	404/405/406/411/412/504 505/506/511/512/602/604 605/611/612/702/704/705 706/711/712	124,000
A'タイプ	43.42	○	○	○	○	○	○	1	102	74,000
A'タイプ	43.42	○	○	○	○	○	○	1	202	84,000
A'タイプ	43.42	○	○	○	○	○	○	1	302	94,000
A'タイプ	43.42	○	○	○	○	○	○	2	402/502	124,000
Bタイプ	52.69	○	○	○	○	○	○	4	107/110/113/114	91,000
Bタイプ	52.69	○	○	○	○	○	○	4	207/210/213/214	101,000
Bタイプ	52.69	○	○	○	○	○	○	5	303/307/310/313/314	111,000
Bタイプ	52.69	○	○	○	○	○	○	18	403/407/410/413/414/503 507/510/513/514/603/607 610/613/614/703/710/713	141,000
B'タイプ	52.55	○	○	○	○	○	○	3	101/108/109	91,000
B'タイプ	52.55	○	○	○	○	○	○	3	201/208/209	101,000
B'タイプ	52.55	○	○	○	○	○	○	3	301/308/309	111,000
B'タイプ	52.55	○	○	○	○	○	○	12	401/408/409/501/508/509/ 601/608/609/701/708/709	141,000
B''タイプ	55.94	○	○	○	○	○	○	1	714	141,000
Cタイプ	59.31	○	○	○	○	○	○	1	115	104,000
Cタイプ	59.31	○	○	○	○	○	○	1	215	114,000
Cタイプ	59.31	○	○	○	○	○	○	1	315	124,000
Cタイプ	59.31	○	○	○	○	○	○	2	415/515	154,000
C'タイプ	57.02	○	○	○	○	○	○	1	615	154,000

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 (㎡)	整備箇所	想定利用戸数 (戸)	備考
浴室	3	114.47	地上5階	98	機械浴室含む、脱衣所除く
食堂	1	130.17	地上5階	98	
居間	2	74.16	地上3、5階	98	
多目的室	1	66.62	地上5階	98	
共用トイレ	3	16.38	地上3, 4, 5階	98	

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 checked="" 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	0人	<input checked="" type="checkbox"/> 社会福祉士	人員	1人
	<input checked="" type="checkbox"/> 看護師	人員	3人	<input checked="" type="checkbox"/> 介護支援専門員	人員	2人
	<input type="checkbox"/> 准看護師	人員	0人	<input checked="" type="checkbox"/> 養成研修修了者	人員	7人
	<input checked="" type="checkbox"/> 介護福祉士	人員	11人	<input checked="" type="checkbox"/> 上記以外の職員	人員	20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	0時 00分 ~ 24時 00分		人員	1人	
	上記以外の時間	時 ~		人員	人	
毎日1回以上の状況把握サービスの提供方法	水使用及び人感知センサーによる居室内の入居者の動体把握				毎日	1回
	<input type="checkbox"/> 入居者から居住部分への訪問を希望する旨の申出があつた場合は、当該居住部分への訪問(近接する土地に常駐する場合のみ)					
緊急通報サービスの内容	提供時間	常駐する日	時 分 ~ 時 分			
		上記以外の日	<input checked="" type="checkbox"/> 24時間			
	通報方法	各居室4ヵ所ある緊急呼出ボタンを押す、または水使用や人感知センサーにより異常を感知すると発報。				
	通報先	地上3階事務所及び職員が携帯するPHS	通報先から住宅までの到着予定時間		3分	
サービス提供の対価(概算額)	月額	約	17,810円	前払金の算定方法		
		約	26,714円			
	前払金	約	円			
備考	介護保険法の特定施設入居者生活介護または介護予防特定施設入居者生活介護利用者は、介護保険サービスにて提供される為、自立の方に限り徴収する。					

※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 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	
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()		
サービス提供の 対価(概算額)	月額※	約 56,010円(税込)	内訳	朝食 463円(税込) 昼食 566(税込) 夕食 838(税込)	
	前払金	約 円	前払金の 算定方法		
備考		実際にお召し上がり頂いた食数分を実費請求します。朝食/昼食は軽減税率(8%)の対象となります。			

※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 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"/> 入浴介護 <input checked="" type="checkbox"/> 排せつ介護 <input checked="" type="checkbox"/> 食事介護		
			<input type="checkbox"/> その他 ()		
サービス提供の 対価(概算額)	月額	約 円	前払金の 算定方法		
	前払金	約 円			
備考		介護保険法の特定施設入居者生活介護または介護予防特定施設入居者生活介護利用者は介護保険サービスにて提供。介護保険を利用しない場合も30分当り1,887円の実費サービスにて提供可能。			

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	
提供方法		提供日	<input checked="" type="checkbox"/> 365日対応 <input type="checkbox"/> その他()		
		内容	<input type="checkbox"/> 調理 <input checked="" type="checkbox"/> 洗濯 <input checked="" type="checkbox"/> 掃除 <input type="checkbox"/> その他 ()		
サービス提供の対価(概算額)	月額	約	円	前払金の算定方法	
	前払金	約	円		
備考		介護保険法の特定施設入居者生活介護または介護予防特定施設入居者生活介護利用者は介護保険サービスにて提供。介護保険を利用しない場合も30分当り1,257円の実費サービスにて提供可能。			

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 checked="" type="checkbox"/> 血圧等の測定 <input checked="" type="checkbox"/> 定期検診 <input checked="" type="checkbox"/> 通院等の付き添い <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		介護保険法の特定施設入居者生活介護または介護予防特定施設入居者生活介護利用者は介護保険サービスにて提供。介護保険を利用しない場合も健康相談・血圧測定は生活支援サービス費に含み、通院等の付添いは30分当り1,363円の実費サービスにて提供可能。			

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	生活支援サービス費 ①巡回バス・買物バスの運行、②フロントサービス③アクティビティサービス、④業者取り次ぎサービス、⑤旅行ガイド・予約サービス、⑥インターネット検索サービス、⑦共有部巡回サービス⑧一般浴室(大浴場/小浴場)の運営⑨緊急対応サービス		
サービス提供の 対価(概算額)	月額	約	77,525 円	前払金の 算定方法	
		約	116,287 円		
	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 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	介護基本サービス ①定期清掃サービス、②定期安否確認サービス、③買い物代行サービス、④役所等手続き代行サービス、⑤入退院時付添サービス		
サービス提供の 対価(概算額)	月額	約	20,952 円	前払金の 算定方法	
		約	31,428 円		
	前払金	約	円		
備考		介護保険法の特定施設入居者生活介護または介護予防特定施設入居者生活介護指定居室のみ			

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 2022 年 7 月 1 日

登録番号 浜 24 (2) 002

施設名 クラシック・コミュニティ横浜

「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 24 年 4 月 5 日
住宅の管理者氏名※1	田山 隆之
電話番号 / F A X 番号	045-871-4271 / 045-871-4281
メールアドレス	yokohama@unimat-rc. co. jp/
ホームページアドレス	http://www. unimat-rc. 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

F A X 番号	03-5413-8227
ホームページアドレス	http://www. unimat-rc. co. jp/
資本金(基本財産)	100, 000, 000円
主な出資者(出捐者)とその金額又は比率 ※2	株式会社ユニマツライフ (38. 42%) 高橋 洋二 (33. 33%) 株式会社ユニマツプレシヤス (14. 12%) 株式会社南西楽園リゾート (14. 12%)
設立年月日	昭和 50年 6月 2日
直近の事業収支決算額 ※3	(収益) 55, 221百万円 (費用) 55, 166百万円 (損益) 5, 496万円
会計監査人との契約	なし・ <u>あり</u> (大光監査法人)
他の主な事業	デイサービス、ショートステイ、グループホーム、有料老人ホーム、サービス付き高齢者向け住宅、居宅介護支援、訪問介護等の運営レストラン事業、コーヒー豆加工販売・カフェ事業、洋菓子の製造・販売事業・不動産賃貸事業、有料職業紹介事業、宅食事業、ホテル事業、フィットネス事業等

※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	03-5413-8227
ホームページアドレス	http://www.unimat-rc.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	寄宿舍 ・ 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 各居室4ヵ所（リビング・寝室・トイレ・浴室）に緊急呼出ボタンを設置。発報すると事務所及び職員が携帯するPHSに繋がり館内に24時間常駐の職員が緊急対応を行なう。	
	安否確認の方法・頻度等 水使用及び人感知センサーによる居室内の入居者の動体把握を行ない、12時間水使用及び人感知センサーが反応しないと事務所及び職員が携帯するPHSが発報。24時間常駐の職員が安否確認を行なう。	

「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	連帯保証人は入居者の事業者側への債務を入居者と連帯して負うものとする。身元引受人は緊急連絡先として緊急時に事業者から連絡をとり、また入居者のサービス提供等の相談を受けるものとする。
生活保護受給者の受入れ対応	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	【契約解除】 1. 事業者は、入居者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。

- 一 賃貸借契約書第5条第1項に規定する賃料支払義務
- 二 賃貸借契約書第6条第2項に規定する共益費支払義務
- 三 賃貸借契約書第8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
- 四 賃貸借契約書第12条第1項後段に規定する費用負担義務

2. 事業者は、入居者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、本契約を解除することができる。

- 一 賃貸借契約書第4条に規定する本物件の使用目的遵守義務
- 二 賃貸借契約書第9条各項に規定する義務
- 三 その賃貸借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。

【事業者からの解約】

事業者は、次のいずれかに該当する場合に限り、都道府県知事の承認を受けて、入居者に対して少なくとも6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。

- 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。
- 二 入居者が、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、入居者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、事業者及び入居者が本契約の解約について合意している場合に限る。

【入居者からの解約】

1. 入居者は、次のいずれかに該当する場合には、事業者に対して少なくとも1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。

- 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

		<p>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、入居者が本物件に居住する必要がなくなったとき。</p> <p>三 事業者が法第68条の規定による命令に違反したとき。</p> <p>2. 入居者は、前項各号に該当しない場合にあっては、事業者に対して少なくとも6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、入居者は、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。以下この項において同じ。）を事業者を支払うことにより解約申入れの日から起算して1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月分の賃料及び状況把握・生活相談サービス料金を事業者を支払うことにより解約申入れの日から起算して6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る。</p>	
退去者の状況	前年度における退去先別の人数	自宅等	0人
		社会福祉施設	6人
		医療機関	0人
		死亡者	10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)
入居者側の申し出		(解約事由の例)	人
体験入居の期間及び費用負担等		<p>最大2泊3日まで宿泊可能</p> <p>定員は2名まで</p> <p>料金は宿泊中に召し上がったお食事代のみ発生いたします。</p> <p>(朝463円(税込)、昼566円(税込)、夕838円(税込))</p>	

※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

(2022年7月1日現在)

入居者内訳	性別	男性 38人、女性 76人
	介護の	自立 18人

	要否別		(内訳)	要介護 1	21	人
		要介護 58 人		要介護 2	11	人
				要介護 3	10	人
				要介護 4	11	人
				要介護 5	5	人
		要支援 38 人	(内訳)	要支援 1	21	人
				要支援 2	17	人
平均年齢	89.0 歳 (男性 89.7 歳、女性 88.7 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	事業所の従業者は、利用者の心身の特性を踏まえて、その有する能力に応じた自立した日常生活を営むことができるよう、特定施設サービス計画及び介護予防特定施設サービス計画に基づき、入浴、排泄、食事等の介護、その他日常生活上の世話、機能訓練を行うことにより、利用者の社会的孤立感の解消及び心身の機能の保持に努めるものとします。
サービスの提供内容に関する特色	くつろいだ雰囲気のある静かな空間で、安心してお過ごしいただけます。季節に応じた多彩なイベントを開催し、同好会や趣味活動などを通じて、自由で自分らしい生活を送る、これからの「我が家」を提供いたします。
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)	開催回数 年 2 回 参加者 入居者様、ご家族様 主な議題 入退去報告、会社近況報告、サービス内容に関する協議 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)	施設の窓口 クラシック・コミュニティ横浜 045-871-4271 相談窓口 介護付き有料老人ホーム 管理者 サービス付き高齢者向け住宅 生活相談員 解決責任者 支配人 本社の窓口 株式会社ユニマット リタイアメント・コミュニティ 介護サービスに関する苦情・事故相談窓口 03-6692-9532
-----------------------------------	--

	第三者機関の連絡先 横浜市健康福祉局高齢施設課 045-671-4117 神奈川県国民健康保険団体連合会 苦情相談窓口 045-329-3447		
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）	事故対応マニュアルに基づいて応急措置、119番通報により協力医療機関である西横浜国際総合病院へ搬入し、連携するとともに、管理者から家族及び身元引受人への連絡及び説明により善後策を協議し対応する。		
事故発生の防止のための指針	なし・ <input checked="" type="radio"/> あり		
損害賠償（対応方針及び損害保険契約の概要等）	利用者に対するサービス提供により事故が発生した場合は、利用者の家族及び横浜市健康福祉局高齢施設課、利用者に係る居宅介護支援事業所等に連絡を行うとともに必要な措置を講じます。 また、利用者に対する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、損害賠償を速やかに行います。 なお、損害賠償はサービス提供における事業者側の過失を原因として事故が発生した場合に実施するものです。		
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・ <input checked="" type="radio"/> あり ありの場合の保険名（三井住友海上火災保険株式会社 福祉事業者総合賠償責任保険）		
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	1 <input checked="" type="radio"/> あり	実施日	2022年4月
		結果の開示	1 <input checked="" type="radio"/> あり 2 なし
	2 なし		
第三者による評価の実施状況	1 あり	実施日	
		評価機関名称	
		結果の開示	1 あり 2 なし
	2 <input checked="" type="radio"/> 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	医療法人横浜博萌会 西横浜国際総合病院
	診療科目	内科、外科、消化器科、乳腺・内分泌外科、耳鼻咽喉科、整形外科、泌尿器科、神経内科、眼科、脳神経外科、精神神経科、麻酔科、リハビリテーション科
	所在地	横浜市戸塚区汲沢町56番地
	距離及び所要時間	200m 徒歩5分
	協力内容	24時間緊急時の受け入れ、訪問診療、定期的な通院、健康診断の実施（実費）、予防接種の実施（実費）等
協力歯科医療機関	名 称	おおばデンタルクリニック
	所在地	横浜市戸塚区戸塚町2804-3 3階
	距離及び所要時間	1km 車で10分
	協力内容	歯科治療 等
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>通院—協力医療機関へ施設の定期巡回バスによる通院は月額利用料に含みます</p> <p>入院—医師の判断を基準として入居者及びご家族とお話をいただき入院となります</p> <p>診療—入居者の方が自ら選択した医療機関、又は協力医療機関において診察を受けることができます</p> <p>その他—医療保険制度等の費用は入居者の自己負担となります。</p> <p>また、2週間以上の入院で居室を空ける場合は、入院証明書を提出する事により、月額利用料の内、共益費・状況把握生活相談サービス費・生活支援サービス費・介護基本サービス費の半額分が返還されます。</p>	

(4) 職員体制

ア 職種別の職員数等

(2022年 7月 1日現在)

	職員数	常勤換算後の		夜間勤務職員数 (16時～翌9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	管理者	1※ ()	/		介護職員兼務
	生活相談員	4※ (2)			介護職員兼務2 計画作成担当者兼務2
内訳	直接処遇職員	28 (14)	23.5	1.0	
	介護職員	25 (12)	21.1	0.9	1

	看護職員	3 (2)	2.4	0.1		※機能訓練指導員兼務1
	機能訓練指導員	1※ (1)				看護職員兼務
	理学療法士	()				
	作業療法士	()				
	その他	()				
	計画作成担当者	2※ (2)				介護職員兼務2 生活相談員兼務2
	医師	()				
	栄養士	1 ()				
	調理員	6 (4)				
	事務職員	3 (2)				
	その他職員	6 (5)				
	合計	44 (25)			1	宿直者(緊急時対応)
介護に関わる職員体制 ※7			2.5 : 1 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に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)		介護福祉士						
		資格等の名称								
		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	0	1	1	2	0	0	0	0	0	0

前年度1年間の退職者数		0	0	1	4	0	0	0	0	0	0
業務に従事した経験年数に応じた職員の人数	1年未満	0	1	2	4	0	0	0	0	0	0
	1年以上3年未満	0	1	1	0	0	0	0	0	0	1
	3年以上5年未満	1	0	3	5	0	0	0	0	0	0
	5年以上10年未満	1	0	3	0	0	0	0	0	0	1
	10年以上	0	0	2	1	1	0	0	0	0	0
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	14.1	13.3	12.4
要介護者の人数	32.7	31.8	32.9
指定基準上の直接処遇職員の人数 ※8	12.3	11.9	12.2
配置している直接処遇職員の人数 ※9	17.4	17.6	18.0
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	2.2 : 1	2.1 : 1	2.1 : 1
常勤換算方法の考え方※11	常勤職員の週勤務時間 40 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	6 : 50	～ 15 : 50
	日勤	8 : 50	～ 17 : 50
	遅番	11 : 00	～ 20 : 00
	夜勤	16 : 00	～ 翌9 : 00
	看護職員 早番	:	～ :
	日勤	8 : 30	～ 17 : 30
	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	1 人 (0 人)	医 師	0 人 (0 人)
介護福祉士	11 人 (0 人)	看護師	3 人 (0 人)
介護支援専門員	2 人 (0 人)	准看護師	0 人 (0 人)
介護職員実務者研修修了者	0 人 (0 人)	資格なし	20 人 (0 人)
介護職員初任者研修修了者	7 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 ・ 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)に介護を行う場所	入居居室で行います。
----------------------	------------

（2）住み替える場合の条件等

入居後住みに替居え室又は合施設	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)	入居居室で介護を行うため、一時介護室への移動はありません。
	従前の居室から別の居室へ住み替える場合（同上）	入居者及び身元引受人のご希望により、面積が異なる別の介護居室に住み替えできます。この場合居室は変更され、利用料はその居室の月額利用料になります。
	提携ホームへ住み替える場合（同上）	入居者及び身元引受人より希望があった場合のみ、住み替えることが可能です。その場合には従前の居室を解約し、新たに提携ホームとの契約を締結します。

（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/3割の場合)
	要介護1	189,283円	18,929円/37,857円/56,785円
	要介護2	212,502円	21,251円/42,501円/63,751円
	要介護3	237,137円	23,714円/47,428円/71,142円
	要介護4	259,649円	25,965円/51,930円/77,895円
	要介護5	283,929円	28,393円/56,786円/85,179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)
介護職員処遇改善加算	(無)・有)	(Ⅲ)
		(Ⅰ)
		Ⅱ
		Ⅲ
		Ⅳ
介護職員等特定処遇改善加算	(無)・有)	Ⅴ
		Ⅰ
		(Ⅱ)

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	○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
	要支援1	64,041円
	要支援2	109,419円
	利用者負担額(1割の場合/2割/3割)	6,405円/12,809円/19,213円
		10,942円/21,884円/32,826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

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」

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～17時	<input checked="" type="checkbox"/> 有・無	2回	-	-	2回	-	-	2回	-	
・夜間 17時～翌9時	<input checked="" type="checkbox"/> 有・無	3回	-	-	3回	-	-	3回	-	
②食事介助	<input checked="" type="checkbox"/> 有・無	-	-	-	食事の都度一部介助	-	-	食事の都度介助	-	
③排泄										
・排泄介助	<input checked="" type="checkbox"/> 有・無	-	-	-	都度見守り	-	-	毎日3回及び都度介助	-	
・おむつ交換	<input checked="" type="checkbox"/> 有・無	-	-	-	必要に応じて一部介助	-	-	毎日3回及び都度介助	-	
・おむつ代	<input checked="" type="checkbox"/> 有・無	-	-	実費	-	-	実費	-	実費	
④入浴等										
・清拭	<input checked="" type="checkbox"/> 有・無	-	-	-	-	-	-	必要に応じて都度	-	
・一般浴介助	<input checked="" type="checkbox"/> 有・無	-	-	-	週3回 見守り	週4回以上1回当たり	1,650円	週3回 介助	週4回以上1回当たり	1,650円
・特浴介助	<input checked="" type="checkbox"/> 有・無	-	-	-	-	-	-	一般浴の代わりに必要に応じて週3回介助	週4回以上1回当たり	1,650円
⑤身辺介助										
・体位交換	<input checked="" type="checkbox"/> 有・無	-	-	-	-	-	-	毎日3回及び随時のおむつ交換時	-	
・居室からの移動	<input checked="" type="checkbox"/> 有・無	-	-	-	移動見守り	-	-	車椅子等での移動介助	-	
・衣類の着脱	<input checked="" type="checkbox"/> 有・無	-	-	-	毎日朝・夜及び入浴時見守り	-	-	毎日朝・夜及び入浴時に全面介助	-	
・身だしなみ介助	<input checked="" type="checkbox"/> 有・無	-	-	-	毎日朝・夜及び入浴時見守り	-	-	毎日朝・夜及び入浴時に全面介助	-	
⑥機能訓練	<input checked="" type="checkbox"/> 有・無	-	-	-	週2回 身体状況に応じた訓練	-	-	週2回 身体状況に応じた訓練	-	
⑦通院の介助	<input checked="" type="checkbox"/> 有・無	-	1時間当たり	1,650円	協力病院への付添い	協力外病院への付添い1時間当たり	1,650円	協力病院への付添い	協力外病院への付添い1時間当たり	1,650円
⑧緊急時対応										
・ナースコール	<input checked="" type="checkbox"/> 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	<input checked="" type="checkbox"/> 有・無	週1回	左記以外1回当たり	1,100円	週2回	左記以外1回当たり	1,100円	週2回	左記以外1回当たり	1,100円
・洗濯	<input checked="" type="checkbox"/> 有・無	-	1回（5kgまで）	550円	週3回	左記以外1回（5kgまで）	550円	週3回	左記以外1回（5kgまで）	550円
②居室配膳・下膳	<input checked="" type="checkbox"/> 有・無	適宜	-	-	適宜	-	-	適宜	-	
③理美容	<input checked="" type="checkbox"/> 有・無	-	月2回指定日	実費	-	月2回指定日	実費	-	月2回指定日	実費
④代行										
・買物	<input checked="" type="checkbox"/> 有・無	週1回指定日	左記以外1時間当たり	1,650円	週1回指定日	左記以外1時間当たり	1,650円	週1回指定日	左記以外1時間当たり	1,650円
・役所手続	<input checked="" type="checkbox"/> 有・無	月1回指定日	左記以外1時間当たり	1,650円	月1回指定日	左記以外1時間当たり	1,650円	月1回指定日	左記以外1時間当たり	1,650円
3. 健康管理サービス										
・健康診断	<input checked="" type="checkbox"/> 有・無	年1回の健康診断の設定	年1回	実費	年1回の健康診断の設定	年1回	実費	年1回の健康診断の設定	年1回	実費
・健康相談	<input checked="" type="checkbox"/> 有・無	随時	-	-	随時	-	-	随時	-	
・生活指導	<input checked="" type="checkbox"/> 有・無	随時	-	-	随時	-	-	随時	-	
・医師の往診	<input checked="" type="checkbox"/> 有・無	-	-	-	-	2週間に1回程度	実費	-	2週間に1回程度	実費
4. 入退院時、入院中のサービス										
・医療費	<input checked="" type="checkbox"/> 有・無	-	-	実費	-	-	実費	-	-	実費
・移送サービス	<input checked="" type="checkbox"/> 有・無	協力病院への入退院の付添い	-	-	協力病院への付添い	協力外病院への付添い1時間当たり	1,650円	協力病院への付添い	協力外病院への付添い1時間当たり	1,650円
5. その他サービス										
レクリエーション	<input checked="" type="checkbox"/> 有・無	週1回	材料費	実費	週1回	材料費	実費	週1回	材料費	実費

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。