

## 調査票1

## 入力シート

↓黄色:「なし」以外は必ず入力

↓水色:説明や注釈などを表示したい場合に入力

| 項目              | 記入欄の説明   | 記入欄1              | 単位  | 記入欄2 |
|-----------------|--|-------------------|-----|------|
| 1 類型            | (一つ選択) 1 介護付有料、2 住宅型有料、3 介護付サ高住、4 住宅型サ高住   | 介護付有料老人ホーム        |     |      |
| 2 施設(住宅)        |  |                   |     |      |
| ①名称             | 施設(住宅)名を記入。  | SOMPOケア ラヴィーレ越谷   |     |      |
| ②郵便番号           | 半角英数(ハイフンは「-」)で記入。例:330-9301   | 343-0807          |     |      |
| ③所在地            | 施設(住宅)の所在地を記入。頭に「越谷市」は必要ありません。   | 埼玉県越谷市赤山町2-55-1   |     |      |
| ④電話番号           | 半角英数(ハイフンは「-」)で記入。例:048-830-3254   | 048-962-2233      |     |      |
| ⑤FAX            | 半角英数ハイフンは「-」で記入。例:048-830-3254   | 048-962-2205      |     |      |
| 3 事業者           |  |                   |     |      |
| ①名称             | 当該施設・住宅を運営している事業者の名称(法人名又は個人事業主の氏名)を記入。  | SOMPOケア株式会社       |     |      |
| ②郵便番号           | 半角英数(ハイフンは「-」)で記入。例:330-9301   | 140-0002          |     |      |
| ③本社等事務所所在地      | 本社又は事務所所在地(※県名から記入。)   | 東京都品川区東品川四丁目12番8号 |     |      |
| ④電話番号           | 半角英数(ハイフンは「-」)で記入。例:03-1111-0001   | 03-6455-8560      |     |      |
| ⑤FAX            | 半角英数ハイフンは「-」で記入。例:048-830-3254   | 03-5783-4170      |     |      |
| 4 開設年月日         | 例:数値で「2006/10/1」と入力⇒表示は「平成18年10月1日」と表示されます。  | 平成30年7月1日         |     |      |
| 5 定員・戸数         | サ高住以外の有料は定員を記入、サ高住は戸数を記入   | 87                | 人・戸 |      |
| 6 入居者数          | 令和元年9月1日時点の入居者数  | 59                | 人   |      |
| 7 敷金            |  |                   |     |      |
| ①月数又は金額         | 例:敷金3月分の場合⇒3 ※小数点第2位まで表示。  | 0                 | 月・円 |      |
| ②敷金(高い方)        | 1タイプの場合、記入不要。「敷金あり」と「0円」がある場合、7①は0。<br>7②は月数又は金額を記入。                               | 0                 | 月・円 |      |
| 8 前払金(1人利用の場合)  |  |                   |     |      |
| ①最低金額           | 最低金額を記入。 ※1タイプの場合は、最低金額と最高金額の欄に同じ金額を記入。  | 4,800,000         | 円   |      |
| ②最高金額           | 最高金額を記入。 ※1タイプの場合は、最低金額と最高金額の欄に同じ金額を記入。  | 7,400,000         | 円   |      |
| ③前払金の保全措置       | ①銀行、②保証会社、③有料協入居者基金、④保険会社、 ⑤その他、⑥なし⇒平成18年4月以降に届出があった施設については必ず保全措置を講じていますので御注意ください。 | ①銀行               |     |      |
| 9 その他の入居時費用     |  |                   |     |      |
| ①内容             | 例:事務手数料、保証金、預り金等々、7 敷金・8 前払金以外の入居時費用の内容を記入。  |                   |     |      |
| ②金額             | 上記の金額(※金額は種類ごとに分けて記載)  | -                 | 円   |      |
| 10 介護費用一時金      | 契約書・重要事項説明書に介護費用一時金がある場合は記入。   | -                 | 円   |      |
| 11-1月額利用料(最低金額) | ↓月額料金が2タイプ以上ある場合は、最低金額を記入。1タイプの場合は、その金額を記入。  |                   |     |      |
| ①総額             | ①～⑦の合計を自動計算  | 180,024           | 円   |      |
| ②家賃             | 家賃・室料など  | 0                 | 円   |      |
| ③食費             | 3食×30日の額   | 61,500            | 円   |      |
| ④管理費・共益費        |  | 113,724           | 円   |      |
| ⑤基本サービス費        | 状況把握/生活相談サービス費のみ   | -                 | 円   |      |
| ⑥その他            | その他に費用がある場合  | 4,800             | 円   |      |

| 項目              | 記入欄の説明   | 記入欄1    | 単位 | 記入欄2 |
|-----------------|--|---------|----|------|
| 11-2月額利用料(最高金額) | ↓月額料金が1タイプの場合、上記11-1と同じ金額を記入。<br>敷金・前払金がある場合で、0円タイプがある場合はその例を記入してください。 |         |    |      |
| ①総額             | ①～⑦の合計を自動計算  | 303,354 | 円  |      |
| ②家賃             | 家賃・室料  | 123,330 | 円  |      |
| ③食費             | 3食×30日の額   | 61,500  | 円  |      |
| ④共益費            | 管理費も④に該当   | 113,724 | 円  |      |
| ⑤基本サービス費        | 状況把握/生活相談サービス費のみ   | -       | 円  |      |
| ⑥その他            | その他に費用がある場合  | 4,800   | 円  |      |
| 12 追加介護費用       | 介護保険サービス利用の自己負担分以外に、月額負担が必要な場合があれば記入。                                  | 0       | 円  |      |
| 13 体験入居         | 体験入居可能・なしを選択   | 体験入居可能  |    |      |
| 14 情報開示         |  |         |    |      |
| ①重要事項説明書        | 書面交付あり・なしを選択   | 書面交付あり  |    |      |
| ②入居・サービス等契約書    | 書面交付あり・なしを選択   | 書面交付あり  |    |      |
| ③管理規程           | 書面交付あり・なしを選択   | 書面交付あり  |    |      |
| ④財務諸表           | 書面交付あり・閲覧のみ・閲覧なしを選択  | 閲覧のみ    |    |      |
| 15 有料協加入        | 社団法人全国有料老人ホーム協会(老人福祉法第30条)の加入・未加入を選択。                                  | 未加入     |    |      |
| 16 県指針不適合       |  |         |    |      |
|                 | ① 越谷市有料老人ホーム設置運営指導指針に不適合の場合に記入。  |         | ⇒  |      |
|                 | ② ※黄色のセルは、以下のリストから選択入力。  |         | ⇒  |      |
|                 | ③ 1 居室・2 廊下・3 建物構造・4 設備・5 費用・6 土地建物権利関係・7 その他                          |         | ⇒  |      |
|                 | ④ ※水色のセルは、黄色セルの内容の説明を記入してください。   |         | ⇒  |      |
|                 | ⑤ ※該当がある場合は必ず記入してください。   |         | ⇒  |      |
|                 | ⑥  |         | ⇒  |      |

※選択肢1～6の該当例：1 居室(面積不足、原則1人部屋でない)、2 廊下(廊下幅不足)、3 建物構造(建物用途不適、耐火構造等でない)、4 設備(エレベータが無い、一部消防設備不備)、5 費用等(前払金の全部が返還対象外となっていない、その他不相当な費用)、6 土地建物権利関係(根抵当権の設定、賃貸借契約期間が20年以上でない)

**【注意】**  
必ずすべての項目を記入してください。  
該当がなく、回答内容が数字の場合は、「0」と入力してください。  
また、その他について該当がなければ、「該当なし」と記入してください。