

重要事項説明書

記入年月日	2019年9月1日
記入者名	大久保 毅
所属・職名	運営部

1. 事業主体概要

種類	個人/ <input checked="" type="checkbox"/> 法人	
	名称	営利法人
名称	(ふりがな) かぶしきがいしゃ えいちしーえむ 株式会社HCM	
主たる事務所の所在地	〒106-0044	東京都港区東麻布1-28-13
連絡先	電話番号	03-3568-1171
	FAX番号	03-3568-1179
	ホームページアドレス	なし <input checked="" type="checkbox"/> : http://www.hc-m.jp/
代表者	職名	代表取締役
	氏名	内藤 良明
設立年月日	昭和・ <input checked="" type="checkbox"/> 平成 14年 8月 6日	
主な実施事業	※別添1 (別に実施する介護サービス一覧表)	

2. 有料老人ホーム事業の概要

(住まいの概要)

名称	(ふりがな) あみかのさとしがや アミカの郷越谷		
所在地	〒343-0806	埼玉県越谷市宮本町3丁目142番地1	
主な利用交通手段	最寄駅	JR東武スカイツリーライン線「越谷」駅	
	交通手段と所要時間	徒歩約12分	
連絡先	電話番号	048-960-5910	
	FAX番号	048-963-3636	
	ホームページアドレス	http://www.amica.jp	
管理者	職名	施設長	
	氏名	富田 幸大	
建物の竣工日		昭和・平成	29年 6月 6日
有料老人ホーム事業の開始日		昭和・平成	29年 8月 1日

(類型)【表示事項】

1 介護付 (一般型特定施設入居者生活介護を提供する場合)			
2 介護付 (外部サービス利用型特定施設入居者生活介護を提供する場合)			
3 住宅型			
4 健康型			
1又は2に 該当する場 合	介護保険事業者番号	1170803793	
	指定した自治体名	埼玉県越谷市	
	事業所の指定日	平成	29年 8月 1日
	指定の更新日(直近)	平成	35年 8月 1日

3. 建物概要

土地	敷地面積	2011.91㎡				
	所有関係	1 事業者が自ら所有する土地				
		2 事業者が賃借する土地				
		抵当権の有無	1 あり 2 なし			
建物	延床面積	全体	1999.18㎡			
		うち、老人ホーム部分	1999.18㎡			
	耐火構造	1 耐火建築物 2 準耐火建築物 3 その他 ()				
居室の状況	構造	1 鉄筋コンクリート造 2 鉄骨造 3 木造 4 その他 ()				
	所有関係	1 事業者が自ら所有する建物				
		2 事業者が賃借する建物				
		抵当権の設定	1 あり 2 なし			
居室区分 【表示事項】	契約期間	1 あり (平成29年3月～平成54年3月) 2 なし				
	契約の自動更新	1 あり 2 なし				
	居室区分	1 全室個室 2 相部屋あり				
		最少	人部屋			
		最大	人部屋			
		トイレ	浴室	面積	戸数・室数	区分※
	タイプ1	有/無	有/無	18.99㎡	43	介護居室個室
	タイプ2	有/無	有/無	19.14㎡	3	介護居室個室
	タイプ3	有/無	有/無	19.78㎡	7	介護居室個室
	タイプ4	有/無	有/無	19.94㎡	3	介護居室個室
	タイプ5	有/無	有/無	㎡		
	タイプ6	有/無	有/無	㎡		
	タイプ7	有/無	有/無	㎡		
	タイプ8	有/無	有/無	㎡		
	タイプ9	有/無	有/無	㎡		
	タイプ10	有/無	有/無	㎡		

※「一般居室個室」「一般居室相部屋」「介護居室個室」「介護居室個室」「介護居室相部屋」「一時介護室」の別を記入。

共用施設	共用便所における便房	3ヶ所	うち男女別の対応が可能な便房	0ヶ所
			うち車いす等の対応が可能な便房	3ヶ所
	共用浴室	6ヶ所	個室	6ヶ所
			大浴場	0ヶ所
	共用浴室における介護浴槽	2ヶ所	チェアー浴	1ヶ所
			リフト浴	0ヶ所
			ストレッチャー浴	1ヶ所
その他 ()			0ヶ所	
食堂	1 あり	2 なし		
入居者や家族が利用できる調理設備	1 あり	2 なし		
	エレベーター	1 あり (車椅子対応) 2 あり (ストレッチャー対応) 3 あり (上記1・2に該当しない) 4 なし		
消防用設備等	消火器	1 あり	2 なし	
	自動火災報知機	1 あり	2 なし	
	火災通報設備	1 あり	2 なし	
	スプリンクラー	1 あり	2 なし	
	防火管理者	1 あり	2 なし	
	防災計画	1 あり	2 なし	
その他				

4. サービスの内容
(全体の方針)

運営に関する方針	自立又は要支援、要介護の入居者に対して、その心身の特性を踏まえ、入居者の生活援助、自立支援、介護などの介助状態の軽減又は悪化の防止に資するよう、その目標を設定し、計画的におこなうこととする。また、入居者が尊厳ある自立した日常生活を営むことができるように、食事、入浴、排泄等の日常生活場面での世話や機能訓練等の介護、その他必要な援助を適切におこなうものとし、入居者の意思および人格を尊重し、常に入居者の立場に立ったサービスの提供に努めるものとする。事業にあつては、事業所所在地の市町村、介護施設、協力医療機関に加え、他の事業者、保健医療・福祉サービスを提供する者との連携に努めるものとする。
サービスの提供内容に関する特色	お一人おひとりの生活や想いを大切にし、各々のニーズに即したオーダーメイドケアを個別プランにもとづいて提供している。
入浴、排せつ又は食事の介護	1 自ら実施 2 委託 3 なし
食事の提供	1 自ら実施 2 委託 3 なし
洗濯、掃除等の家事の供与	1 自ら実施 2 委託 3 なし
健康管理の供与	1 自ら実施 2 委託 3 なし
安否確認又は状況把握サービス	1 自ら実施 2 委託 3 なし
生活相談サービス	1 自ら実施 2 委託 3 なし

(介護サービスの内容)

※特定施設入居者生活介護等の提供を行っていない場合は省略可能

特定施設入居者生活介護の加算の対象となるサービスの体制の有無	個別機能訓練加算	1 あり 2 なし	
	夜間看護体制加算	1 あり 2 なし	
	医療機関連携加算	1 あり 2 なし	
	看取り介護加算	1 あり 2 なし	
	認知症専門ケア加算	(I)	1 あり 2 なし
		(II)	1 あり 2 なし
	サービス提供体制強化加算	(I)イ	1 あり 2 なし
		(I)ロ	1 あり 2 なし
		(II)	1 あり 2 なし
		(III)	1 あり 2 なし
人員配置が手厚い介護サービスの実施の有無	1 あり	(介護・看護職員の配置率) : 1	
	2 なし		

(医療連携の内容)

医療支援 ※ 複数選択可	<input checked="" type="checkbox"/> 1 救急車の手配 <input checked="" type="checkbox"/> 2 入退院の付き添い <input checked="" type="checkbox"/> 3 通院介助 4 その他 ()		
協力医療機関	1	名称	医療法人社団白報会 メディカルクリニック「クアレント」
		住所	埼玉県さいたま市緑区美園 5-50-1 イオンモール浦和美園 1 F
		診療科目	内科、眼科、皮膚科、精神科
		協力内容	<ul style="list-style-type: none"> ・定期健診、予防注射、生活指導、健康相談等の健康管理サービス。 ・入居者に対する救急医療、入院支援。 ・必要に応じての往診。 ・入居者の健康管理に関する定期的な情報共有
	2	名称	医療法人社団 七福会 ホリィマームクリニックさいたま
		住所	埼玉県さいたま市大宮区桜木町 1-1-12NY ビル 7F
		診療科目	内科
		協力内容	<ul style="list-style-type: none"> ・定期健診、予防注射、生活指導、健康相談等の健康管理サービス。 ・入居者に対する救急医療、入院支援。 ・必要に応じての往診。 ・入居者の健康管理に関する定期的な情報共有
協力歯科医療機関	名称	大袋歯科医院	
	住所	埼玉県越谷市袋山 1503-30	
	協力内容	入居者に対し、必要・希望に応じて、建物内（居室、健康管理室等）での歯科診療及び職員への口腔技術。	

(入居に関する要件)

入居対象となる者 【表示事項】	自立しているもの	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり	2 なし
	要支援のもの	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり	2 なし
	要介護のもの	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり	2 なし
留意事項	常時医療的処置を要する方、暴力行為等で他の入居者に危害を及ぼす恐れのある方は、入居をお断りすることがあります。		
契約の解除の内容	下記入居契約書の各条文に基づきます。 (契約の終了) 第 26 条 次の各号のいずれかに該当する場合に、本契約は終了するものとします。 <ul style="list-style-type: none"> 一 入居者が死亡したとき 二 事業者が第 27 条に基づき解約を通告し、予告期間が満了したとき 三 入居者が第 28 条に基づき解約を行ったとき 四 天変地異その他事業者の責によらない不可抗力により目的施設の全部又は一部が滅失あるいは毀損して目的施設の使用が不可能 		

	<p>になったとき</p> <p>五 関係諸法令の規定、官公庁による行政上の指導命令等によって目的施設の使用が不可能になったとき</p> <p>六 やむを得ない事情により、事業者が目的施設を閉鎖又は縮小せざるを得ないとき</p> <p>(入居者からの解約)</p> <p>第 28 条 入居者は、事業者に対して、少なくとも 60 日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。解約の申し入れは事業者の定める解約届を事業者に届け出るものとします。尚、60 日分の管理費及び家賃相当額を前払いすることにより、解約日前の退去を認めるものとします。</p> <p>2 入居者が前項の解約届を提出しないで居室を退去した場合には、事業者が入居者の退去の事実を知った日の翌日から起算して 60 日目をもって本契約は解約されたものと推定します。</p> <p>(入居日より 90 日以内の解約申し出)</p> <p>第 42 条 入居日から 90 日以内において、入居者から解約の申し出がなされた場合は、第 28 条の定めに関わらず、入居者は、契約終了希望日までの、日割り計算に基づく本契約第 24 条に定める費用及び第 29 条に定める原状回復費用を事業者に支払うことで契約を終了できるものとします。</p> <p>2 入居日から 90 日以内において、第 26 条第 1 号に定める事由により、契約が終了した場合には、第 28 条の定めに関わらず、入居者は、入居者死亡の日までの、日割り計算に基づく本契約第 24 条に定める費用及び第 29 条に定める原状回復費用を事業者に支払うことで契約を終了できるものとします。</p>
<p>事業主体から解約を求める場合</p>	<p>解約条項</p> <p>(事業者からの解約)</p> <p>第 27 条 事業者は、入居者が次の各号のいずれかに該当し、かつ、そのことが本契約をこれ以上将来にわたって維持することが社会通念上著しく困難と認められる場合には、本条第 2 項及び第 3 項に規定した条件の下に、本契約を解約することがあります。</p> <p>一 入居申込書に虚偽の事項を記載する等の不正手段により入居したとき</p> <p>二 月払いの利用料その他の支払いを正当な理由なく、しばしば遅滞するとき</p> <p>三 第 20 条の規定に違反したとき</p> <p>四 入居者の行動が、他の入居者又は従業員の生命に危害を及ぼし、又は、その危害の切迫した恐れがあり、あるいは恒常的な暴言、暴行があり、かつ有料老人ホームにおける通常の介護方法及び接遇方法ではこれを防止することができないとき</p> <p>五 第 37 条の定めによる事業者から入居者に対する、新たな身元引受人を定める請求について、入居者が、それに応じられないとき</p> <p>六 入居者のかかりつけの医師が一定の</p>

		<p>観察期間を設けたのち、入居者が伝染性疾患等により、他の入居者等の生活又は健康に重大な影響を及ぼす恐れがあり、かつ入院加療の必要性があると判断したとき(ただし、完治後も継続入居を希望する場合には、管理費及び家賃相当額を支払うことにより、居室を確保することは可能とする)</p> <p>七 入居者又はその御家族等が、事業者又はその従業員に対して、本契約を継続しがたいほどの行為を行ったとき</p> <p>2 前項の規定に基づく解約の場合は、事業者は書面にて次の各号に掲げる手続きを行います。</p> <p>一 契約解約の通告について90日の予告期間をおく</p> <p>二 前号の通告に先立ち、入居者及び身元引受人等に弁明の機会を設ける</p> <p>三 解約通告に伴う予告期間中に、入居者の移転先の有無について確認し、移転先がない場合には入居者や身元引受人等、その他関係者・関係機関と協議し、移転先の確保について協力する</p> <p>3 本条第1項第四号によって契約を解約する場合には、事業者は書面にて前項に加えて次の各号に掲げる手続きを行います。</p> <p>一 医師の意見を聴く</p> <p>二 一定の観察期間をおく</p> <p>4 本条第1項第六号によって契約を解約する場合には、上記第2項及び3項の条件は適用されず、直ちに契約を解約できるものとします。</p> <p>5 本条第1項一、二、三、四、五、七号により事業者が本契約を解約した場合、入居者は解約日をもって月額利用料金のうち家賃相当額、管理費の合計金額の60日分相当額を解約違約金として事業者を支払うものとします。</p>
	解約予告期間	90日
入居者からの解約予告期間		60日
体験入居の内容	<p>1 <input checked="" type="checkbox"/> あり (内容：空き部屋がある場合に限り、6泊までとする。1泊9720円の実費が必要となる。)</p> <p>2 なし</p>	
入居定員	56名	
その他		

5. 職員体制

	職員数（実人数）			常勤換算人数
	合計			
		常勤	非常勤	
管理者	1	1		0.5
生活相談員	2	2		1.0
直接処遇職員	23	17	7	21.0
看護職員	2	2	1	2.7
介護職員	21	15	6	18.3
機能訓練指導員	1		1	0.1
計画作成担当者	1	1		0.5
栄養士				委託
調理員				委託
事務員				
その他職員	2	1	1	1.2
1週間のうち、常勤の従業者が勤務すべき時間数※2				40時間
※1 常勤換算人数とは、当該事業所の従業者の勤務延時間数を当該事業所において常勤の従業者が勤務すべき時間数で除することにより、当該事業所の従業者の人数を常勤の従業者の人数に換算した人数をいう。				
※2 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。				

（資格を有している介護職員の人数）

	合計		
		常勤	非常勤
社会福祉士			
介護福祉士	9	7	2
実務者研修	1	0	1
介護職員初任者研修	3	1	2
介護職員基礎研修			1
訪問介護員1級			
訪問介護員2級	1	1	0
介護支援専門員			

（資格を有している機能訓練指導員の人数）

	合計		
		常勤	非常勤
看護師及び准看護師	1		1
理学療法士			
作業療法士			
言語聴覚士			
柔道整復士			
あん摩マッサージ指圧師			

(夜勤を行う看護・介護職員の人数)

夜勤帯の設定時間 (16時30分 ~ 7時30分)		
	平均人数	最少時人数 (休憩者等を除く)
看護職員		
介護職員	1以上	1以上

(特定施設入居者生活介護等の提供体制)

特定施設入居者生活介護の利用者に対する看護・介護職員の割合 (一般型特定施設以外の場合、本欄は省略可能)	契約上の職員配置比率 ※ 【表示事項】	a 1.5 : 1以上 b 2 : 1以上 c 2.5 : 1以上 d 3 : 1以上
	実際の配置比率 (記入日時点での利用者数 : 常勤換算職員数)	2.5 : 1

※広告、パンフレット等における記載内容に合致するものを選択

外部サービス利用型特定施設である有料老人ホームの介護サービス提供体制 (外部サービス利用型特定施設以外の場合、本欄は省略可能)	ホームの職員数	人
	訪問介護事業所の名称	
	訪問看護事業所の名称	
	通所介護事業所の名称	

(職員の状況)

管理者	他の職務との兼務		1 あり		2 なし					
	業務に係る資格等		1 あり		2 なし					
	資格等の名称		介護支援専門員・介護福祉士							
	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	3		8	2					1	
前年度1年間の退職者数	2		6	1						
職員の人数 業務に従事した経験年数に応じた	1年未満	1	1	4	3					
	1年以上		1	7	3	2		1	1	
	3年未満									
	3年以上									
	5年未満									
	5年以上									
	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			

6. 利用料金

(利用料金の支払い方法)

居住の権利形態 【表示事項】	<input type="checkbox"/> 1 利用権方式 2 建物賃貸借方式 3 終身建物賃貸借方式	
利用料金の支払い方式 【表示事項】	1 全額前払い方式	
	2 一部前払い・一部月払い方式	
	<input type="checkbox"/> 3 月払い方式	
	4 選択方式 ※該当する方式を全て選択	1 全額前払い方式 2 一部前払い・一部月払い方式 3 月払い方式
年齢に応じた金額設定	1 あり <input type="checkbox"/> 2 なし	
要介護状態に応じた金額設定	1 あり <input type="checkbox"/> 2 なし	
入院等による不在時における 利用料金（月払い）の取扱い	<input type="checkbox"/> 1 減額なし 2 日割り計算で減額 3 不在期間が ___日以上の場合に限り、日割り計算で減額	
利用料金の改定	条件	消費者物価指数や人件費等を勘案し改定。
	手続き	運営懇談会を開催するなどして説明を行うとともに、事前に書面にて通知する。

(利用料金のプラン【代表的なプランを2例】)

		プラン1	プラン2	
入居者の状況	要介護度	要介護度 1	要介護度 5	
	年齢	83 歳	87 歳	
居室の状況	床面積	18.99 m ²	18.78 m ²	
	便所	<input type="checkbox"/> 1 有 <input type="checkbox"/> 2 無	<input type="checkbox"/> 1 有 <input type="checkbox"/> 2 無	
	浴室	1 有 <input type="checkbox"/> 2 無	1 有 <input type="checkbox"/> 2 無	
	台所	1 有 <input type="checkbox"/> 2 無	1 有 <input type="checkbox"/> 2 無	
入居時点で必要な 費用	前払金	0 円	0 円	
	敷金	328,000 円	328,000 円	
月額費用の合計		235,882 円	244,750 円	
家賃		82,000 円	82,000 円	
サービス費用	特定施設入居者生活介護※1 の費用	17,802 円	26,670 円	
	介護保険外	食費	55,080 円	55,080 円
		管理費	64,800 円	64,800 円
		光熱水費	16,200 円	16,200 円
		その他のサービス利用料	0 円	0 円

※1 介護予防・地域密着型の場合を含む。

※2 有料老人ホーム事業として受領する費用（訪問介護などの介護保険サービスに関わる介護費用は、同一法人によって提供される介護サービスであっても、本欄には記入していない）

(利用料金の算定根拠)

項目	算定根拠
家賃	土地建物賃借代、設備費用を基礎とした金額。
敷金	家賃の 4 ヶ月分
介護費用	※介護保険サービスの自己負担費用は含まない
管理費	施設維持（居室以外の清掃・各設備点検整備・エレベーター保守点検・その他日常生活費・修繕等）。
食費	1日分 1,836 円（税込み）。1日3食で30日の場合で算出しております。5日前までに1日分の欠食の届けをした場合は、1日分 1,836 円（税込み）の食費を減額、精算するものとします。（1日のうち1食、または2食の欠食の場合は減額いたしません。）
光熱水費	入居者が居住する居室内及び共用施設で使用する水道・電気等。
その他のサービス利用料	別添2「有料老人ホーム・サービス付き高齢者向け住宅が提供するサービスの一覧表」に記載の通り
短期利用サービス利用料	1泊2日 7,876 円（税込み）※最大 29泊 30日まで（5室限定） 内訳 家賃 2,800 円（非課税）、管理費 3,240 円（税込み、含光熱水費、リネン） 食費 1,836 円（税込み）※食費は提供した食数のみ請求します。 内訳 朝食 540 円、昼食 594 円、夕食 702 円（いずれも税込み） 介護保険サービス利用料は、別途お客様負担になります。

(特定施設入居者生活介護に関する利用料金の算定根拠)

※特定施設入居者生活介護等の提供を行っていない場合は省略可能

費目	算定根拠
特定施設入居者生活介護※に対する自己負担	介護保険負担割合証に記載の負担割合による
特定施設入居者生活介護※における人員配置が手厚い場合の介護サービス（上乘せサービス）	
※ 介護予防・地域密着型の場合を含む。	

7 入居者の状況【冒頭に記した記入日現在】

(入居者の人数)

性別	男性	13人
	女性	40人
年齢別	65歳未満	0人
	65歳以上 75歳未満	0人
	75歳以上 85歳未満	13人
	85歳以上	40人
要介護度別	自立	0人
	要支援1	2人
	要支援2	6人
	要介護1	20人
	要介護2	9人
	要介護3	5人
	要介護4	7人
	要介護5	4人
入居期間別	6か月未満	14人
	6か月以上 1年未満	15人
	1年以上 5年未満	24人
	5年以上 10年未満	人
	10年以上 15年未満	人
	15年以上	人

(入居者の属性)

平均年齢	88.0歳
入居者数の合計	53人
入居率※	94.6%
※入居者数の合計を入居定員数で除して得られた割合。一時的に不在となっている者も入居者に含む。	

(前年度における退去者の状況)

退去先別の人数	自宅等	0人
	社会福祉施設	0人
	医療機関	1人
	死亡者	3人
	その他	1人
生前解約の状況	施設側の申し出	人
		(解約事由の例)
	入居者側の申し出	人
		(解約事由の例)

8. 苦情・事故等に関する体制

(利用者からの苦情に対応する窓口等の状況) ※複数の窓口がある場合は欄を増やして記入すること。

窓口の名称		アミカの郷越谷施設長又は「ご意見箱」
電話番号		048-960-5910
対応している時間	平日	24時間対応
	土曜日	24時間対応
	日曜・祝日	24時間対応
定休日		

窓口の名称		株式会社HCM
電話番号		03-3568-1171
対応している時間	平日	9:00 ~ 18:00
	土曜日	-
	日曜・祝日	-
定休日		12月30日～翌年1月3日

窓口の名称		越谷市 介護保険課
電話番号		048-963-9169、9305
対応している時間	平日	8:30 ~ 17:15
	土曜日	-
	日曜・祝日	-
定休日		12月29日～翌年1月3日

(サービスの提供により賠償すべき事故が発生したときの対応)

損害賠償責任保険の加入状況	1 あり	(その内容) 介護賠償責任保険に加入 (損害保険ジャパン日本興亜株式会社)
	2 なし	
介護サービスの提供により賠償すべき事故が発生したときの対応	1 あり	(その内容) 介護賠償責任保険に加入 (損害保険ジャパン日本興亜株式会社)
	2 なし	
事故対応及びその予防のための指針	1 あり	2 なし

(利用者等の意見を把握する体制、第三者による評価の実施状況等)

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 あり	実施日	
		結果の開示	1 あり 2 なし
	2 なし		
第三者による評価の実施状況	1 あり	実施日	
		評価機関名称	
		結果の開示	1 あり 2 なし
	2 なし		

9. 入居希望者への事前の情報開示

入居契約書の雛形	1 入居希望者に公開 <input checked="" type="checkbox"/> 2 入居希望者に交付 3 公開していない
管理規程	1 入居希望者に公開 <input checked="" type="checkbox"/> 2 入居希望者に交付 3 公開していない
事業収支計画書	1 入居希望者に公開 2 入居希望者に交付 <input checked="" type="checkbox"/> 3 公開していない
財務諸表の要旨	1 入居希望者に公開 2 入居希望者に交付 <input checked="" type="checkbox"/> 3 公開していない
財務諸表の原本	1 入居希望者に公開 2 入居希望者に交付 <input checked="" type="checkbox"/> 3 公開していない

10. その他

運営懇談会	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり	(開催頻度) 年 <u>1</u> 回
	2 なし	
	<input type="checkbox"/> 1 代替措置あり	(内容)
	<input type="checkbox"/> 2 代替措置なし	
提携ホームへの移行 【表示事項】	1 あり (提携ホーム名: _____) <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし	
有料老人ホーム設置時の老人福祉法第29条第1項に規定する届出	1 あり 2 なし <input checked="" type="checkbox"/> 3 サービス付き高齢者向け住宅の登録を行っているため、高齢者の居住の安定確保に関する法律第23条の規定により、届出が不要	
高齢者の居住の安定確保に関する法律第5条第1項に規定するサービス付き高齢者向け住宅の登録	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり 2 なし	
有料老人ホーム設置運営指針「5. 規模及び構造設備」に合致しない事項	1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし	
合致しない事項がある場合の内容		
「6. 既存建築物等の活用の場合等の特例」への適合性	1 適合している (代替措置) 2 適合している (将来の改善計画) 3 適合していない	
有料老人ホーム設置運営指針の不適合事項		
不適合事項がある場合の内容		

本書は2通を作成し、入居者、事業者が記名捺印の上、1通ずつ保有するものとします。

年 月 日

事業者

入居者に対して本書を交付し、契約書及び本書に基づいて重要な事項を説明し、同意を得ました。

事業者名	株式会社HCM
住所	東京都港区東麻布一丁目28番13号

事業所

事業所名	アミカの郷越谷
住所	埼玉県越谷市宮本町3丁目142番地1
説明者	Ⓜ

お客様

私は、本書の交付を受け、契約書及び本書により、事業者からサービス等についての重要事項の説明を受け同意しました。

同意日 年 月 日

住所	
氏名	Ⓜ

後見人又は御家族

お客様との関係	
住所	
連絡先	
氏名	Ⓜ