

登録事項等についての説明(高齢者住まい法第17条関係)

年 月 日

登録事項等についての説明

貸主(甲) 住所 兵庫県加古川市平岡町新在家2333-2
氏名 社会福祉法人博愛福祉会
理事長 大西 弘文

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) ゆとりあん きたこしがやなーしんぐほーむ ゆとり庵 北越谷ナーシングホーム
所在地	(住居表示) 〒343-0035 埼玉県越谷市大字大道大道643番地
利用交通手段	<input checked="" type="checkbox"/> 1.電車(東武伊勢崎線「大袋」駅から徒歩10分) <input type="checkbox"/> 2.その他()
住宅に関する 権原	<input type="checkbox"/> 1.所有権 <input checked="" type="checkbox"/> 2.賃借権 <input type="checkbox"/> 3.使用貸借による権利 期間 令和 2年 12月 1日から 令和 31年 11月 30日まで
施設に関する 権原	<input type="checkbox"/> 1.所有権 <input checked="" type="checkbox"/> 2.賃借権 <input type="checkbox"/> 3.使用貸借による権利 期間 令和 2年 12月 1日から 令和 31年 11月 30日まで
敷地に関する 権原	<input type="checkbox"/> 1.所有権 <input checked="" type="checkbox"/> 2.賃借権 <input type="checkbox"/> 3.使用貸借による権利 期間 令和 2年 12月 1日から 令和 31年 11月 30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) しゃかいふくしほうじん はくあいふくしかい 社会福祉法人 博愛福祉会	
住 所 (法人にあっては 主たる事務所)	(郵便番号 675-0101) 兵庫県加古川市平岡町新在家2333-2 電話番号 079-425-7500	
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 にあって 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) しゃかいふくしほうじん はくあいふくしかい 社会福祉法人 博愛福祉会
事務所の所在地	(郵便番号 675-0101) 兵庫県加古川市平岡町新在家2333-2 電話番号 079-425-7500

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 36 戸
居住部分の規模	(最小) 18.36 m ²
	(最大) 19.71 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4 階建
竣工の年月	令和3年 年 1 月 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

詳細については、別添 3 のとおり

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) <input checked="" type="checkbox"/> (「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
--------	---------

注) 入居開始年は、西暦で記入すること。

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 20,000 (税別) 円
	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 48,000(税別) 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 checked="" type="checkbox"/> 提供しない	約 円		
家賃の概算額	(最低) 約 60,000 円	住戸ごとの内容は別添 3 のとおり		
	(最高) 約 60,000 円			
共益費の概算額	(最低) 約 40,000 円			
	(最高) 約 40,000 円			
敷金の概算額	(最低) 約 0 円	なし		
	(最高) 約 0 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				
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者	<input type="checkbox"/> 指定を受けている 事業所の番号 ()			
	<input checked="" type="checkbox"/> 指定を受ける予定はない			
介護サービス情報	入院等の不在時も入居契約は継続し、家賃・共益費・生活支援サービス費をお支払いいただきます。食費は利用実績により日割り計算を行い、お支払いいただきます。			

※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。

事業所の名称	(ふりがな) ゆうしょうかいざいたくりにつくかすかべ 悠翔会在宅クリニック春日部
事業所の住所	(郵便番号 336-0926) 埼玉県春日部市中央1-51-12 電話番号 048-878-8258
連携又は協力の内容	協力医療機関 訪問診療
事業所の名称	(ふりがな) とみたびょういん 富田病院
事業所の住所	(郵便番号 330-0804) 埼玉県さいたま市大宮区堀之内町2-564 電話番号 048-812-8301
連携又は協力の内容	協力医療機関 訪問診療
事業所の名称	(ふりがな) おおぶくろしかいいん 大袋歯科医院
事業所の住所	(郵便番号 343-0032) 埼玉県越谷市袋山1503-30 電話番号 048-975-0352
連携又は協力の内容	協力歯科医療機関 訪問歯科

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

人は皆、生命を与えられた時より、尊厳ある生活を始めて年をとりその生命を終えていきます。その尊厳ある生活を大切に「ゆとり」と「やすらぎ」、「なごやかさ」に満ちた「その方らしい心豊かな生活」を送って頂けるように支援していきます。以上の様な基本方針をもとに、県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
おおにし ひろふみ 大西 弘文	理事長
あらお こうぞう 荒尾 幸三	理事
つじた しげよし 辻田 重恵	理事
おかだ ならお 岡田 奈良夫	理事
やまもと かつや 山本 勝也	理事
もりべ せいじゅ 守部 精寿	理事
たかやま としひろ 高山 俊博	理事
しかた のりひさ 志方 紀久	監事
なかたに たかふみ 中谷 隆文	監事

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。

別添 3

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			
1	18.46	×	○	○	×	×	○	2	301,401	60,000
1	18.36	×	○	○	×	×	○	24	302、303、305、307、308、 310、312、313、315、318、 320、321、402、403、405、 407、408、410、412、413、 415、418、420、421	60,000
1	19.38	×	○	○	×	×	○	4	306,322,406,422	60,000
1	19.71	×	○	○	×	×	○	4	311,316,411,416	60,000
1	18.61	×	○	○	×	×	○	2	317,417	60,000

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	4	42.48	3階2箇所、4階2箇所	36	
脱衣室	6	44	3階3箇所、4階3箇所	36	
食堂(居間・ 食堂・台所)	4	143.68	3階2箇所・4階2箇所	36	キッチン各階1箇所
洗濯室	2	13.34	3階1箇所、4階1箇所	36	
共同便所	6	19	3階3箇所、4階3箇所	36	
談話コーナー	2	12.02	3階、4階	36	

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 (法人にあっては主たる事務所の所在地)	(郵便番号)			電話番号		
常駐する場所		事務所					
サービスを提供するために常駐する者	<input checked="" type="checkbox"/> 社会福祉法人の職員		職種	資格名称		人数	
	<input type="checkbox"/> 自らの設置する住宅を管理する医療法人の職員		生活支援員			1 人	
	<input type="checkbox"/> 委託を受けてサービスを提供する社会医療法人の職員					人	
	<input type="checkbox"/> 居宅介護サービス事業者の職員					人	
	<input type="checkbox"/> ホームヘルパー2級以上の資格を有する者					人	
提供方法	提供日	<input checked="" type="checkbox"/> 365日対応 <input type="checkbox"/> 次の期間は緊急通報サービスによる()					
	提供時間	<input type="checkbox"/> 24時間常駐 <input checked="" type="checkbox"/> 夜間は緊急通報サービスによる(下の日中体制の時間以外の時間帯)					
	日中体制	9:00~17:00			人員	1 人	夜間
緊急通報サービスの内容	通報方法	各居室設置の緊急通報用ナースコール					
	通報先	ゆとり庵北越谷			通報先から住宅までの到着予定時間		
サービス提供の対価(概算額)	月額	約 20,000(税別 円	前払金の				
	前払金	約 0 円	算定方法				
備考	※最低1日1回の安否確認 ※食事の配膳、下膳、食事量の確認 ※緊急通報装置作動時の対応 ※日常生活における諸問題についての相談や助言 ※健康相談及び介護相談に関して必要な情報提供や事業所の紹介						

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) もるつうえるかぶしきがいしゃ							
	住所 (法人にあっては主たる事務所の所在地)	(郵便番号 690-0876)			島根県松江市黒田町454-3				
食事提供を行う場所		<input checked="" 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 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 48,000 円	内訳	朝食	350 円	昼食	600 円	夕食	650 円
	前払金	約 0 円	前払金の算定方法						
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、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"/> 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"/> 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 type="checkbox"/> 次の期間を除く()			
	内容				
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					