

年 月 日

りんく大津浦の郷入居契約 重要事項説明書
(生活支援サービス・選択サービス契約 重要事項説明書)

貸主(甲)住所 滋賀県大津市雄琴3丁目13番20号
氏名 ケンセイ介護株式会社 印
代表取締役 安井清司

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) りんくおおつうらのさと りんく大津浦の郷 |
| 所在地 | (住居表示) 滋賀県大津市本堅田二丁目1番12号 |
| 利用交通手段 | <input checked="" type="checkbox"/> 1.電車(JR湖西線 線 堅田 駅から バス で 10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 平成 年 月 日から 平成 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 平成 年 月 日から 平成 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 平成 年 月 日から 平成 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) けんせいかいご かぶしがいいしゃ ケンセイ介護 株式会社 | |
| 住所 (法人にあっては 主たる事務所) | (郵便番号 520-0101) 滋賀県大津市雄琴3丁目13番20号 電話番号 077-578-8267 | |
| 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

| |
|---------------------|
| (ふりがな) けんせいかいご かんりぶ |
|---------------------|

| | | | |
|---------|------------------|-----------------|-------------------|
| 事務所の名称 | ケンセイ介護管理部 | | |
| 事務所の所在地 | (郵便番号 520-0113) | 滋賀県大津市坂本1丁目3-27 | 電話番号 077-579-6622 |

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 | 24 戸 | |
| 居住部分の規模 | (最小) | 18.3 | m ² |
| | (最大) | 18.3 | 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 | 木 | 造 |
| 竣工の年月 | 平成27 | 年 | 4 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。 <input checked="" type="checkbox"/> ①単身高齢者世帯 |
| 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) | |
|-------------------------|--|--------------|-----------------|
| 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 30,000 円 | 詳細については、別添4のとおり |
| 選択サービス | <input type="checkbox"/> 自ら <input type="checkbox"/> 委託 | | |

| | | |
|------------------------|---|-------------------|
| (食事の提供・介護・家事・健康相談) | <input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし | 別添3の5～8参照 |
| 家賃の概算額 | (最低) 約 35,000 円 | 住戸ごとの内容は別添 3 のとおり |
| | (最高) 約 48,000 円 | |
| 共益費の概算額 | (最低) 約 25,000 円 | |
| | (最高) 約 25,000 円 | |
| 敷金の概算額 | (最低) 約 105,000 円 | 家賃の 3 月分 |
| | (最高) 約 144,000 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 | | |
| 家賃等が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 <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 | (特定施設入居者生活介護事業者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 | (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 | 事業所の番号 | 事業所の場所 |
|-----------------|--------------|------------|---|
| ディサービスりんく大津浦の郷 | 通所介護サービス | 2570104238 | <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 |
| 訪問介護事業所りんく大津浦の郷 | 訪問介護サービス | 2570104238 | <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 |
| 短期宿泊所りんく大津浦の郷 | 短期宿泊 | 2570104238 | <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 |

(注) 高齢者居宅生活支援事業について、老人福祉法等関連法令に基づく事業所の指定を受けている場合にあつては、「事業所の番号」を記入すること

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) いりょうほうじんこうえいかいびわこおおしびょういん 医療法人弘英会琵琶湖大橋病院 |
| 事業所の住所 | (郵便番号 520-0232) 滋賀県大津市真野5丁目1-29 電話番号 077-573-4321 |
| 連携又は協力の内容 | 健康相談 往診 |

| 連携又は協力の相手方 | |
|------------|--|
| 事業所の名称 | (ふりがな) たきもといいん 滝本医院 |
| 事業所の住所 | (郵便番号 520-0105) 滋賀県大津市下阪本1丁目20-11 電話番号 077-578-5550 |
| 連携又は協力の内容 | 往診 |

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

基本方針に基づいた適切なサービスの提供により、地域高齢者が住み慣れた地域で安心して暮らせる為の社

会貢献を目指す。

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

代理人 住所

氏名

印

役員名簿

| (ふりがな) 氏名 | 役名等 |
|-------------------|-------|
| やすいきよし 安井 清司 | 代表取締役 |
| みたみちこ 三田 美智子 | 取締役 |
| なかむらしんご 中村 新伍 | 取締役 |
| なかむらみえこ 中村 美恵子 | 監査役 |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |

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 2

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 | 18.3 | × | ○ | ○ | × | × | ○ | 1 | 101 | 35,000 |
| 1 | 18.3 | × | ○ | ○ | × | × | ○ | 7 | 102 103 104 105 106 107 108 | 41,000 |
| 1 | 18.3 | × | ○ | ○ | × | × | ○ | 16 | 201 202 203 204 205 206 207 208 209 210 211 212 213 214 215 216 | 48,000 |
| | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | |

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/脱衣場 | 2 | 20.42 | 1階1か所、2階1か所 | 24 | |
| リビングダイニング | 1 | 24.15 | 1階1か所 | 24 | |
| 共用キッチン | 2 | 14.16 | 1階1か所、2階1か所 | 24 | 共用冷蔵庫設置 |
| 談話室 | 2 | 71.09 | 2階談話室1及び2 | 24 | 談話室1(ダイニング兼用) |
| トイレ | 2 | 8.64 | 1階1か所、2階1か所 | 24 | |
| 乾燥室 | 1 | 8.40 | 2階1か所 | 24 | |
| 洗濯汚物処理室・洗濯室・乾燥室 | 3 | 14.92 | 1階2か所、2階1か所 | 24 | |

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。

生活支援サービス・選択サービス契約 重要事項説明書

1. 生活支援サービス・選択サービス事業主体概要

事業主体の名称、主たる事務所の所在地及び電話番号その他の連絡先

| | | |
|-----------------|---|--------------|
| 事業主体の名称 | (ふりがな) けんせいかいごかぶしきがいしゃ ケンセイ介護株式会社 | |
| 事業主体の主たる事務所の所在地 | 〒520-0101 滋賀県大津市雄琴3丁目13番20号 | |
| 事業主体の連絡先 | 電話番号 | 077-579-6622 |
| | FAX番号 | 077-579-2323 |
| 事業主体の代表者の氏名及び職名 | 代表取締役 安井 清司 | |
| 事業主体の設立年月日 | 平成16年9月29日 | |
| 事業主体が行っている主な事業等 | <ul style="list-style-type: none"> ・事業主体が行っているサービス付き高齢者向け住宅の企画・開発・運営 ・介護保険サービス事業(訪問介護・通所介護・介護予防訪問介護・介護予防通所介護) | |

2. 生活支援サービス・選択サービスを提供する住宅概要

住宅の名称、主たる事務所の所在地及び電話番号その他の連絡先

| | | |
|-------------------|--------------------------------|--------------|
| 住宅の名称 | (ふりがな) りんくおおつうらのさと りんく大津浦の郷 | |
| 住宅の所在地 | 〒520-0204 滋賀県大津市本堅田二丁目1番12号 | |
| 住宅の連絡先 | 電話番号 | 077-548-6622 |
| | FAX番号 | 077-548-6671 |
| 住宅の管理者名 | 高島 健次 | |
| 住宅の開設年月日 | 平成27年6月1日 | |
| サービス付き高齢者向け住宅登録番号 | 大津426001号(平成26年10月16日登録) | |
| 居住の契約方式 | 普通建物賃貸借契約 | |

3. 生活支援サービス・選択サービスの方針

- ・入居者の希望ならびに心身の状況に応じ、安定的かつ適切なサービスを提供します。
- ・必要に応じ、福祉・医療機関との連携を行います。
- ・サービスの内容、提供方法、費用負担など、書面でわかりやすく説明をいたします。
- ・入居者様全員が対象となる生活支援サービスと入居者様のご希望により提供をする選択サービス(食事の提供サービス、介護サービス、家事サービス、健康相談サービス)を提供いたします。

4. 生活支援サービスの内容(入居者全員が対象となります)

| | | |
|-------------|---|-------------------------------|
| 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 商号 名称 | (ふりがな) | |

| | | | | | |
|-----------------------|--|---|----------------------|-----|--------|
| 託する 場合の 委託先 | 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 | | |
| 常駐する場所 | りんく大津浦の郷1階事務所 | | | | |
| サービスを提供する ために常駐する者 | <input 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 | 介護職員 | ホームヘルパー2級以上 | 5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 checked="" 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 | 午前 8 時 30 分 ~ 午後 17 時 30 分 | 人員 | 1 人 | 夜間 0 人 |
| 緊急通報サービス の内容 | 通報方法 | 各居室端末より、事務所・館内職員のコードレス電話へ通報 | | | |
| | 通報先 | 浦の郷事務所・コードレス電話 | 通報先から住宅までの到着予定時間 5 分 | | |
| サービス提供の対 価(概算額) | 月額 | 約 30,000 円 | 前払金の 算定方法 | | |
| | 前払金 | 約 0 円 | | | |
| 備考 | 入居契約者全員が対象となるサービスです。内容は①緊急時対応サービス(緊急通報は、各部屋からの通報システムで受信し部屋に駆けつけ対応します)②巡回サービス(共用部分の巡回点検)③フロントサービス(来訪者の管理等)④生活相談サービス(希望者への日常生活相談・部屋の掃除機かけ・ゴミ出し)⑤健康相談⑥保守点検⑦夜間は併設の事業所が対応 | | | | |

5. 食事の提供サービスの内容(入居者のうちご利用希望の方が選択できるサービスです)

| | | | | | |
|--------------------|---|---|---|----------|-------------------|
| 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) しがまるたまふーずかぶしがいしや 滋賀マルタマフーズ株式会社 | | | |
| | 住所 (法人にあっては主 たる事務所の所在 地) | (郵便番号 612-8255) | 京都府京都市伏見区横大路六反畑57番地 電話番号 075-622-5700 | | |
| 食事提供を行う場所 | <input type="checkbox"/> 食堂 <input type="checkbox"/> 各居住部分 | | <input checked="" type="checkbox"/> その他(1階LD,2階談話室) | | |
| 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 390 円 | 昼食 570 円 夕食 630 円 |
| | 前払金 | 約 0 円 | 前払金の 算定方法 | | |
| 備考 | 厨房管理費はなし。刻み食やお粥対応は無料対応。ミキサー食は別途50円加算。当日キャンセル時は一食の一定金額(朝食100円、昼食150円、夕食200円)を頂きます。朝食キャンセル:前日18:00迄、昼食キャンセル:当日8:30迄、夕食キャンセル:当日正午12:00迄、但し「体調不良等で急遽の場合はキャンセル料は発生しません。おやつ代は別途50円です。 | | | | |

※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。

6. 介護サービスの内容(入居者のうちご利用希望の方が選択できるサービスです)

| | | | | | |
|------|---|---------|-------------------------------|--|--|
| 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 | 商号、名称 又は氏名 | (ふりがな) | | | |
| | 住所 | (郵便番号) | | | |

| | | | | |
|----------------------------------|--|--|----------|--|
| 場合の委託先 | (法人にあっては主たる事務所の所在地) | 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"/> 入浴介助 <input type="checkbox"/> 排泄介助 <input type="checkbox"/> 食事介助 <input type="checkbox"/> 外出同行 | | |
| <input type="checkbox"/> その他 () | | | | |
| サービス提供の対価(概算額) | 月額 | 約 24,000 円 | 前払金の算定方法 | |
| | 前払金 | 約 0 円 | | |
| 備考 | ご利用希望者様への入浴サービスの提供対価(一部介助の方も含め一律2,000円/1回)を月12回利用した場合で算定。当方で入浴準備・清掃等をさせていただく場合500円/1回、全てご自分でされる方は無料) 要介護認定をお持ちのご利用者様は、介護保険として該当するサービスについては「ケアプランに応じて」介護保険利用として訪問介護・ディサービスにて排泄介助・食事介助をご利用頂けます。 | | | |

| | | | | |
|----------------------------------|--|--|----------|--|
| 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"/> 入浴介助 <input checked="" type="checkbox"/> 排泄介助 <input type="checkbox"/> 食事介助 <input type="checkbox"/> 外出同行 | | |
| <input type="checkbox"/> その他 () | | | | |
| サービス提供の対価(概算額) | 月額 | 約 6,000 円 | 前払金の算定方法 | |
| | 前払金 | 約 0 円 | | |
| 備考 | ご利用希望者様への排泄介護サービスの提供対価(誘導、見守りの方も含め一律一日一回)を一月利用した場合で算定。一日二回以上は月額10,000円。時間は当方で決まった時間とします。要介護認定をお持ちのご利用者様は、介護保険として該当するサービスについては「ケアプランに応じて」介護保険利用として訪問介護・ディサービスにて排泄介助・食事介助をご利用頂けます。 | | | |

| | | | | |
|------------|---------------------------|---|--|--|
| 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 | (郵便番号) | | |

| | | | | |
|----------------------------------|---|--|----------|--|
| 託先 | (法人にあつては本業務に係る事業所の所在地) | 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"/> 入浴介助 <input type="checkbox"/> 排泄介助 <input type="checkbox"/> 食事介助 <input checked="" type="checkbox"/> 外出同行 | | |
| <input type="checkbox"/> その他 () | | | | |
| サービス提供の対価(概算額) | 月額 | 約 1,500 円 | 前払金の算定方法 | |
| | 前払金 | 約 0 円 | | |
| 備考 | ご利用希望者様への外出同行サービスの提供対価(一回30分利用した場合)で算定。30分1,500円とし、30分を超えるごとに30分まで1,500円ずつ加算。要介護認定をお持ちのご利用者様は、介護保険として該当するサービスについては「ケアプランに応じて」介護保険利用として訪問介護にて外出同行をご利用頂けます。 | | | |

| | | | | |
|---|--|---|----------|--|
| 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 | |
| | 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 checked="" type="checkbox"/> 365日対応 <input type="checkbox"/> その他() | | |
| | 内容 | <input type="checkbox"/> 入浴介助 <input type="checkbox"/> 排泄介助 <input type="checkbox"/> 食事介助 <input type="checkbox"/> 外出同行 | | |
| <input checked="" type="checkbox"/> その他 (介護全般(5分に対応できる程度のもの)) | | | | |
| サービス提供の対価(概算額) | 月額 | 約 15,000 円 | 前払金の算定方法 | |
| | 前払金 | 約 0 円 | | |
| 備考 | 当サービスを1日2回、30日間提供したとして算定しています(250円/5分間)。事前にご相談の上、ご利用下さい。 | | | |

7. 家事サービスの内容(入居者のうちご利用希望の方が選択できるサービスです)

| | | | | |
|---------|---------------------------|---|------|--|
| 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 | 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 | |

| | | | | |
|----------------|--|-----------|---|------|
| 委託先 | 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"/> 次の期間を除く() | |
| | | 内容 | <input type="checkbox"/> 調理 <input checked="" type="checkbox"/> 洗濯 <input type="checkbox"/> 清掃 <input type="checkbox"/> 買い物代行 <input type="checkbox"/> 居室への食事配膳 <input type="checkbox"/> その他 () | |
| サービス提供の対価(概算額) | 月額 | 約 5,000 円 | 前払金の算定方法 | |
| | 前払金 | 約 0 円 | | |
| 備考 | ご利用希望者様への洗濯サービス(週5回の洗濯サービスとして5,000円/月契約のみ)を利用された場合の提供対価です。なお、要介護認定をお持ちの利用者様は、介護保険利用として該当するサービスについては「ケアプランに応じて」訪問介護にて調理・洗濯・清掃・買い物代行等のサービス等をご利用頂けます。別途訪問介護オプション(実費)での調理・清掃等もご利用頂けます。 | | | |

| | | | | |
|----------------|---|---|----------|------|
| 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"/> 次の期間を除く() | | |
| | 内容 | <input type="checkbox"/> 調理 <input type="checkbox"/> 洗濯 <input checked="" type="checkbox"/> 清掃 <input type="checkbox"/> 買い物代行 <input type="checkbox"/> 居室への食事配膳 <input type="checkbox"/> その他 () | | |
| サービス提供の対価(概算額) | 月額 | 約 1,000 円 | 前払金の算定方法 | |
| | 前払金 | 約 0 円 | | |
| 備考 | ご利用者様への掃除サービス(月一回1,000円/15分)を利用された場合の提供対価です。居室の掃除機かけ・ゴミ出しは、基本契約(生活支援サービス)に含まれています。基本内容よりもしっかりと掃除されたい方のサービスです。なお、要介護認定をお持ちの利用者様は、介護保険利用として該当するサービスについては「ケアプランに応じて」訪問介護にて調理・洗濯・清掃・買い物代行等のサービス等をご利用頂けます。別途訪問介護オプション(実費)での調理・清掃等もご利用頂けます。 | | | |

| | | | | |
|------------|------------------------------|---|--|------|
| 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"/> 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 checked="" type="checkbox"/> 買い物代行 <input type="checkbox"/> 居室への食事配膳 | | |

| | | | | |
|----------------|---|----------------------------------|----------|--|
| | 利用 | <input type="checkbox"/> その他 () | | |
| サービス提供の対価(概算額) | 月額 | 約 1,000 円 | 前払金の算定方法 | |
| | 前払金 | 約 0 円 | | |
| 備考 | ご利用者様への買い物代行サービス(1,000円/一回)を利用された場合の提供対価です。月二回当方指定日に当方指定のスーパーで買い物代行します。なお、要介護認定をお持ちの利用者様は、介護保険利用として該当するサービスについては「ケアプランに応じて」訪問介護にて調理・洗濯・清掃・買い物代行等のサービス等をご利用頂けます。別途訪問介護オプション(実費)での調理・清掃等もご利用頂けます。 | | | |

| | | | | | | |
|----------------|--|---|----------|------|-------------------------------|--|
| 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"/> 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"/> 買い物代行 <input checked="" type="checkbox"/> 居室への食事配膳 <input type="checkbox"/> その他 () | | | | |
| サービス提供の対価(概算額) | 月額 | 約 3,000 円 | 前払金の算定方法 | | | |
| | 前払金 | 約 0 円 | | | | |
| 備考 | ご利用者様への居室への食事配膳サービス(100円/回)を月30回利用された場合の提供対価です。体調不良以外で居室への配膳を希望される場合です。体調不良時は無料です。別途訪問介護オプション(実費)での調理・清掃等もご利用頂けます。 | | | | | |

8. 健康管理サービスの内容(入居者のうちご利用希望の方が選択できるサービスです)

| | | | | | | |
|----------------|------------------------------|--|----------|------|-------------------------------|--|
| 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"/> 次の期間を除く() | | | | |
| | 内容 | <input checked="" type="checkbox"/> 通院同行 <input type="checkbox"/> お薬預かり・服薬介助 <input type="checkbox"/> その他 () | | | | |
| サービス提供の対価(概算額) | 月額 | 約 2,000 円 | 前払金の算定方法 | | | |
| | 前払金 | 約 0 円 | | | | |

| | |
|----|--|
| 備考 | ご利用希望者様への通院同行サービス(一回2,000円/90分、3,000円/120分)を利用された場合の提供対価。居室から病院までの往復時に職員が同行します。交通費は別途かかります。なお、要介護認定をお持ちのご利用者様への介護保険該当サービスについては介護「ケアプランに応じて」保険利用として訪問介護でご利用になれます。 |
|----|--|

| | | | | | |
|----------------|--|---|--------------|-------------------------------|--|
| 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"/> 次の期間を除く() | | | |
| | 内容 | <input type="checkbox"/> 通院同行 <input checked="" type="checkbox"/> お薬預かり・服薬介助 <input type="checkbox"/> インスリンの自己注射見守り <input type="checkbox"/> その他 () | | | |
| サービス提供の対価(概算額) | 月額 | 約 3,000 円 | 前払金の 算定方法 | | |
| | 前払金 | 約 0 円 | | | |
| 備考 | ご利用希望者様へのお薬預かり・服薬介助(3,000円/月)を利用された場合の提供対価です。自己管理が難しく、居宅療養管理指導を利用された方に対し行います。服薬介助は、一包化されたものに名前・日付・用法が記載されているものに限りです。点眼薬・軟膏等も対応します。要介護認定をお持ちのご利用者様への介護保険該当サービスについては介護「ケアプランに応じて」保険利用として訪問介護でご利用になれます。 | | | | |

| | | | | | |
|----------------|--|---|--------------|-------------------------------|--|
| 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"/> 次の期間を除く() | | | |
| | 内容 | <input type="checkbox"/> 通院同行 <input type="checkbox"/> お薬預かり・服薬介助 <input checked="" type="checkbox"/> インスリンの自己注射見守り <input type="checkbox"/> その他 () | | | |
| サービス提供の対価(概算額) | 月額 | 約 3,000 円 | 前払金の 算定方法 | | |
| | 前払金 | 約 0 円 | | | |
| 備考 | ご利用希望者様へのインスリンの自己注射見守り(100円/一回を一日一回)30日利用された場合の提供対価。職員が直接介助を行う事は医療行為にあたるためできません。ご本人様と一緒に手順や単位の確認をします。要介護認定をお持ちのご利用者様への介護保険該当サービスについては介護「ケアプランに応じて」保険利用として訪問介護・デイサービスでご利用になれます。 | | | | |

9. その他サービスの内容(入居者のうちご利用希望の方が選択できるサービスです)

| | | | | | |
|------|---------------|---|--|-------------------------------|--|
| 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 | 商号、名称 又は氏名 | (ふりがな) | | | |
| | | | | | |

| | | | | | |
|------------------------------|--|--|--------------|--|------|
| する 場合 の 委 託 先 | 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 checked="" type="checkbox"/> 365日対応 <input type="checkbox"/> 次の期間を除く() | | | |
| | 内容 | <input type="checkbox"/> 通院同行 <input type="checkbox"/> お薬預かり・服薬介助 | | | |
| | | <input checked="" type="checkbox"/> その他 (お小遣い預かりサービス) | | | |
| サービス提供の対 価(概算額) | 月額 | 約 2,000 円 | 前払金の 算定方法 | | |
| | 前払金 | 約 0 円 | | | |
| 備考 | ご入居様が貴重品の紛失などの可能性がある場合にご利用頂けます。お預かり上限額は5万円までとし、残額が1万円以下となった場合にご家族様や身元引受人様に連絡させていただきます。 | | | | |