

名古屋市サービス付き高齢者向け住宅重要事項説明書

記入年月	2025/12/12
記入者名	横山 功一
所属・職名	シニアライフ事業部

リーシング付の向附有向付仕宅への入居に係る契約を締結するに当たり、向附有の居住の安定確保に関する法律第17条及び名古屋市有料老人ホーム設置運営指導指針13(1)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) ていふえすたくすのき ディーフェスタ楠
所在地	(住居表示) 愛知県名古屋市北区楠五丁目424番地
利用交通手段	<input checked="" type="checkbox"/> 1.電車(東海交通事業 城-線 味美 駅から 徒歩 で 15分) <input checked="" type="checkbox"/> 2.その他(名古屋市バス 幹栄1(栄・黒川方面) 楠三丁目バス停 徒歩5分)
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 2. 及び3. の場合 抵当権の有無 <input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし 契約の自動更新 <input type="checkbox"/> あり <input checked="" type="checkbox"/> なし(契約期間:2019/1/1 ~ 2048/12/31)
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
敷地に関する権原	<input type="checkbox"/> 1.所有権 <input type="checkbox"/> 2. 地上権 <input checked="" type="checkbox"/> 3. 賃借権 <input type="checkbox"/> 4. 使用貸借による権利 3. 及び4. の場合 抵当権の有無 <input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし 契約の自動更新 <input type="checkbox"/> あり <input checked="" type="checkbox"/> なし(契約期間: 2019/1/1 ~ 2048/12/31)

(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) だいわりびんぐけあかぶしきがいしゃ 大和リビングケア株式会社	
住 所 (法人にあつては 主たる事務所)	(郵便番号 160-0023) 東京都新宿区西新宿6丁目11番3号 電話番号 03-5908-0889	
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	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) だいわりびんぐけあかぶしきがいしゃ しにあらいふじぎょうぶ 大和リビングケア株式会社 シニアライフ事業部
事務所の所在地	(郵便番号 160-0023) 東京都新宿区西新宿6丁目11番3号 電話番号 03-5908-0890

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	25 戸
居住部分の規模	(最小)	18.00 m ²
	(最大)	40.96 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	重量鉄骨造 造 階数 3 階建
竣工の年月	2018 年 11 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	
消防用設備等(備えのあるもの)	<input checked="" type="checkbox"/> 消火器 <input checked="" type="checkbox"/> 自動火災報知設備 <input checked="" type="checkbox"/> 火災通報設備 <input checked="" type="checkbox"/> スプリンクラー <input checked="" type="checkbox"/> 防火管理者 <input checked="" type="checkbox"/> 防災計画	

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(利用権契約)
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 <input checked="" type="checkbox"/> 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) (「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入居者から受領する金銭(入居者の選択により別途提供される高齢者生活支援サービスに係る費用を除く)

家賃の概算額	(最低) 約	55,000	円	住戸ごとの内容は別添3のとおり
	(最高) 約	106,000	円	
共益費の概算額	(最低) 約	34,000	円	
	(最高) 約	39,000	円	
敷金の概算額	(最低) 約	165,000	円	家賃の 3 月分
	(最高) 約	318,000	円	
状況把握・生活相談に係る費用		33,000	円 (税抜)	
前払金※の有無	<input type="checkbox"/> あり (<input type="checkbox"/> 全額前払い方式 <input type="checkbox"/> 一部前払い・一部月払い方式) <input checked="" type="checkbox"/> なし(月払い方式)			
家賃等の前払金の概算額	(最低) 約		円	(最高) 約
家賃等の前払金の算定の基礎	家賃			
	サービス提供の対価			
	想定居住期間(償却年月数)			
	想定居住期間を超えて契約が継続する場合に備えて受領する額(初期償却額)			
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	(※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			

※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
計画策定の有無	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし

修繕計画	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
看多機かえりえ楠	看護小規模多機能型居宅介護	2390300362	<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
やさしい手楠巡回訪問介護事業所	訪問介護	2370304293 23A0300773	<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
やさしい手楠居宅介護支援事業所	居宅介護支援事業所	2370304301	<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
やさしい手訪問看護かえりえ楠事業所	訪問看護事業所	2360390401	<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

(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) いりょうほうじんしゃだんせいふうかいきたなごやくりにつく 医療法人社団 青楓会 北名古屋クリニック
事業所の住所	(郵便番号 481-0033) 愛知県北名古屋市長之保青野東53-1 電話番号 0568-54-6180
連携又は協力の内容	医療連携

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

基本方針及び愛知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。

11. サービスの内容

(全体の方針)

運営に関する方針	サービス付き高齢者向け住宅の運用指針を遵守し、適法に運営いたします。
サービスの提供内容に関する特色	安否確認サービス・生活相談サービス・食事提供サービスの基本3サービスを中心に行います。
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
生活相談サービス	1 自ら実施 ② 委託

(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	① <u>救急車の手配</u> ② <u>入退院の付き添い</u> 3 通院介助 4 その他 ()	
協力医療機関	1	名称	北名古屋クリニック
		住所	愛知県北名古屋市長久保青野東53-1 1F
		診療科目	内科、消化器内科、呼吸器内科、緩和ケア内科
		協力内容	入居者の定期受診および必要時の診察対応
	2	名称	
		住所	
		診療科目	
		協力内容	

協力歯科医療機関	名称	
	住所	
	協力内容	

(入居後に居室を住み替える場合)※住み替えを行っていない場合は省略可能

入居後に居室を住み替える場合 ※複数選択可	1 一時介護室へ移る場合 2 介護居室へ移る場合 ③ その他 (契約居室を解約し新規居室にて契約)	
判断基準の内容	入居者の申し出により対応致します	
手続きの内容	解約手続き、新規契約手続きが必要となります	
追加的費用の有無	① あり 2 なし ★新規契約の条件によります	
居室利用権の取扱い		
前払金償却の調整の有無	1 あり 2 なし	
従前の居室との 仕様の変更	面積の増減	1 あり 2 なし
	便所の変更	1 あり 2 なし
	浴室の変更	1 あり 2 なし
	洗面所の変更	1 あり 2 なし
	台所の変更	1 あり 2 なし
	その他の変更	1 あり (変更内容) 2 なし

(入居に関する要件)

入居対象となる者 【表示事項】	自立している者	① あり 2 なし
	要支援の者	① あり 2 なし
	要介護の者	① あり 2 なし
留意事項	賃料支払義務違反、使用目的遵守義務違反、入居資格詐称、反社会的勢力等	
契約の解除の内容	解約条項	契約書解除の各条項に該当の場合
事業主体から解約を求める場合	解約予告期間	相当の期間を定めて催告の上解約致します 1ヶ月
	入居者からの解約予告期間	1 あり (内容 : _____)
体験入居の内容	② なし	40人
	入居定員	
その他		

12. 職員体制

※サ高住の職員について記載すること（同一法人が運営する他の事業所と兼務する職員については、サ高住の職員として勤務する部分についてのみ記載すること）。

（職種別の職員数）

	職員数（実人数）		常勤換算人数 ※1※2
	合計	非常勤	
管理者		1	
生活相談員			
直接処遇職員			
介護職員		5	19
看護職員			
機能訓練指導員			
計画作成担当者			
栄養士			
調理員			
事務員			
その他職員			
1週間のうち、常勤の従業者が勤務すべき時間数※2			
※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。			

（資格等を有している介護職員の人数）

	合計		非常勤
	常勤		
社会福祉士			
介護福祉士		3	11
実務者研修の修了者		2	
初任者研修の修了者			8
介護支援専門員			
社会福祉法人の職員			
医療法人の職員			
指定介護サービス事業者の職員			

（資格を有している機能訓練指導員の人数）

	合計		非常勤
	常勤		
看護師又は准看護師			
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 (時～ 時)			
	平均人数		最少時人数 (休憩者等を除く)
看護職員		人	人
介護職員		2人	2人

(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・介護職員の数 (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)	: 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サ高住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									
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				1	5						
前年度1年間の退職者数					6						
応じたに業務に従事した人数経験年数に	1年未満			1	6						
	1年以上			2	5						
	3年未満										
	3年以上					2					
	5年未満										
	5年以上			3	4						
10年未満											
10年以上					3						
従業者の健康診断の実施状況				1 あり		2 なし					

13. 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	11人
	女性	19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	8人
	85歳以上	22人
要介護度別	自立	0人
	要支援 1	4人
	要支援 2	2人
	要介護 1	2人
	要介護 2	2人
	要介護 3	7人
	要介護 4	11人
	要介護 5	2人
入居期間別	6ヶ月未満	4人
	6ヶ月以上1年未満	4人
	1年以上5年未満	18人
	5年以上10年未満	4人
	10年以上15年未満	0人
	15年以上	0人

(入居者の属性)

平均年齢	88歳
入居者数 [※] の合計	30人
入居率 ^{※※}	88%
※ 入院等で一時的に不在となっている者も入居者に含む。 ※※ 入居者数の合計を入居定員数で除して得られた割合。	

(前年度における退去者の状況)

退去先別の人数	自宅等	3人
	社会福祉施設	0人
	医療機関	1人
	死亡者	4人
	その他	0人
生前解約の状況	施設側の申し出	0人
		(解約事由の例)
	入居者側の申し出	4人
		(解約事由の例)
		他施設へ転居する為

14. 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		ディーフェスタ楠 事務所
電話番号		052-685-2636
対応している 時間	平日	9:00~17:00
	土曜	9:00~17:00
	日曜・祝日	9:00~17:00
定休日		365日対応致します

(外部の苦情処理機関)

窓口の名称		名古屋市住宅都市局住宅企画課/介護保険課
電話番号		052-972-2944/052-972-2539
対応している 時間	平日	8:45~17:30
	土曜	-
	日曜・祝日	-
定休日		土日・祝日・年末年始

(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 <u>あり</u>	損保ジャパン日本興亜株式会社 東京海上日動株式会社
	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 <u>あり</u>	賠償責任保険・テナント総合保険
	② なし	
事故対応及びその予防のための指針	① <u>あり</u>	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 <u>あり</u>	実施日	未定
		結果の開示	① <u>あり</u> ② なし
	② なし		
第三者による評価の実施状況	① <u>あり</u>	実施日	
		評価機関名称	
		結果の開示	1 <u>あり</u> 2 <u>なし</u>
	② <u>なし</u>		

15. 入居希望者への事前の情報開示

入居契約書の雛形	① <u>入居希望者に公開</u> 2 入居希望者に交付 3 公開していない
管理規程	① <u>入居希望者に公開</u> 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 <u>入居希望者に公開</u> 2 入居希望者に交付 3 公開していない
財務諸表の要旨	① <u>入居希望者に公開</u> 2 入居希望者に交付 3 公開していない
財務諸表の原本	① <u>入居希望者に公開</u> 2 入居希望者に交付 3 公開していない

16. その他

運営懇談会	① <u>あり</u> (開催頻度) 年 1 回			
	2 なし			
	<table border="1"> <tr> <td>1 代替措置あり</td> <td>(内容)</td> </tr> <tr> <td colspan="2">2 代替措置なし</td> </tr> </table>	1 代替措置あり	(内容)	2 代替措置なし
1 代替措置あり	(内容)			
2 代替措置なし				
提携ホームへの移行	1 あり (提携ホーム名: _____)			
【表示事項】	② <u>なし</u>			
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	① <u>あり</u> 2 なし			
有料老人ホーム設置運営指導指針の不適合事項	1 あり ② <u>なし</u>			
不適合事項がある場合の内容				

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条及び名古屋市有料老人ホーム設置指導指針13基づく書面による説明を受けました。

○年○月○日
借主 氏名 ○ ○ ○ ○

貸主(説明者) 氏名 ○ ○ ○ ○

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	18.00	×	○	○	×	×	○	4	208・210・211・212	55,000
1	18.00	×	○	○	×	×	○	6	201・202・203・205・206・207	56,000
1	35.01	○	○	○	○	○	○	2	217・311	96,000
1	35.01	○	○	○	○	○	○	9	213・215・216・218・303・ 305・306・307・312	97,000
1	40.96	○	○	○	○	○	○	4	301・302・308・310	106,000

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
食堂	1	130.75	1階1ヶ所	25	
談話コーナー	2	74.63	2階1ヶ所・3階1ヶ所	25	
浴室	2	9.60	2階2ヶ所	10	
脱衣室	2	14.40	2階2ヶ所	10	
共同トイレ	4	16.12	1階2ヶ所・2階1ヶ所・3階1ヶ所	25	

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 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) かぶしがいいしややさしいて 株式会社やさしい手		
	住所 (法人にあっては主たる事務所の所在地)	(郵便番号 153-0044) 東京都目黒区大橋2-24-3 中村ビル4階 電話番号 03-5433-5513		
サービスを提供する法人等の別	<input type="checkbox"/> 医療法人 <input checked="" type="checkbox"/> 指定居宅介護支援事業者 <input type="checkbox"/> 社会福祉法人 <input checked="" type="checkbox"/> 指定介護予防サービス事業者 <input checked="" type="checkbox"/> 指定居宅サービス事業者 <input checked="" type="checkbox"/> 指定介護予防支援事業者 <input checked="" type="checkbox"/> 指定地域密着型サービス事業者 <input 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 type="checkbox"/> 社会福祉士	人員 0人
	<input type="checkbox"/> 看護師	人員 0人	<input type="checkbox"/> 介護支援専門員	人員 0人
	<input type="checkbox"/> 准看護師	人員 0人	<input type="checkbox"/> 養成研修修了者	人員 0人
	<input checked="" type="checkbox"/> 介護福祉士	人員 4人	<input checked="" type="checkbox"/> 上記以外の職員	人員 2人
			合 計	人員 6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 <input type="checkbox"/> (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	9 時 00分 ~ 17 時 00分	人員 1人	
	上記以外の時間	17 時 00分 ~ 9 時 00分	人員 1人	
毎日1回以上の状況把握サービスの提供方法	<input checked="" type="checkbox"/> 日中(食事提供時・9時~17時の間)に各居室を訪問し状況把握を行う <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った場合は、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)		毎日 1 回	
緊急通報サービスの内容	提供時間	常駐する日	0時 00分 ~ 24 時 00分	
		上記以外の日	<input type="checkbox"/> 24時間	
	通報方法	各居室設置の緊急通報ボタンを押す		
	通報先	サービス付き高齢者向け住宅の事務所またはPHS	通報先から住宅までの到着予定時間 1分	
サービス提供の対価(概算額)	月額	約 33,000 円	前払金の算定方法 なし	
	前払金	約 0 円		
備考	サービス提供の対価は課税対象であり、別途消費税が必要となります。お二人入居の場合は、33,000円(税別)×2名分=66,000円(税別)となります。			

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) かぶしきがいしややさしいて 株式会社やさしい手	
	住所 (法人にあっては主たる事務所の所在地)	(郵便番号 153-0044) 東京都目黒区大橋2-24-3 中村ビル4階 電話番号 03-5433-5513	
	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 462-0012) 愛知県名古屋市北区楠五丁目424番地 電話番号 052-685-2636	
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 64,140 円	内訳 朝食 464 円 昼食 670 円 夕食 810 円
	前払金	約 0 円	前払金の算定方法 なし
備考	食事をキャンセルする場合は、5日前の午前10時までに申し出た場合は料金は発生しません。臓病食・補助食品(別途実費負担)を必要とする場合やとろみ食(とろみ剤は実費負担)にも対応可能です。食費の月額・内訳の価格は消費税抜きの価格です。別途所定の消費税を申し受けます。		

※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 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 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、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 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) かぶしきがいしゃやさしいて 株式会社やさしい手			
	住所 (法人にあっては主たる事務所の所在地)	(郵便番号 153-0044)		東京都目黒区大橋2-24-3中村ビル4階 電話番号:03-5433-5513	
	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 462-0012)		愛知県名古屋市中区北區五丁目242番地 電話番号:052-685-2363	
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"/> 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	550 円	前払金の算定方法	
	前払金	約	0 円		
備考 介護保険外サービス(洗濯物サービス550円/網、エアコンフィルター掃除サービス550円/回)を利用できます。 別途費用がかかります。					

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 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 type="checkbox"/> 365日対応 <input type="checkbox"/> その他()			
	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 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) かぶしきがいしゃやさしいて 株式会社やさしい手			
	住所 (法人にあっては主たる事務所の所在地)	(郵便番号 153-0044)		東京都目黒区大橋2-24-3 中村ビル4階	
	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 462-0012)		愛知県名古屋市区楠五丁目424番地	
提供方法	提供日	<input checked="" type="checkbox"/> 365日対応 <input type="checkbox"/> その他()			
	内容	基本サービス(取次・手配業務、アクティビティ等)及び介護保険外サービス(お小遣い立替サービス、救急車同乗サービス)			
サービス提供の対価(概算額)	月額	約	2,200 円	前払金の算定方法	
	前払金	約	円		
備考					
<ul style="list-style-type: none"> 基本サービス費用は状況把握サービス及び生活相談サービス料金月額33,000円(税別)に含まれます。 オプションサービス(おまかせさんサービス)起算・入居は別途費用がかかります。(詳細は重要事項説明書を参照願います) その他に介護保険外サービス(お小遣い立替サービス550円/月・救急車同乗サービス2,200円/回)を利用できます。別途費用がかかります。 					

別添5 事業者が名古屋市内で運営する他の介護サービス事業

介護サービスの種類			事業所の名称	所在地
<居宅サービス>				
訪問介護	あり	なし		
訪問入浴介護	あり	なし		
訪問看護	あり	なし		
訪問リハビリテーション	あり	なし		
居宅療養管理指導	あり	なし		
通所介護	あり	なし		
通所リハビリテーション	あり	なし		
短期入所生活介護	あり	なし		
短期入所療養介護	あり	なし		
特定施設入居者生活介護	あり	なし		
福祉用具貸与	あり	なし		
特定福祉用具販売	あり	なし		
<地域密着型サービス>				
定期巡回・随時対応型訪問介護看護	あり	なし		
夜間対応型訪問介護	あり	なし		
認知症対応型通所介護	あり	なし		
小規模多機能型居宅介護	あり	なし		
認知症対応型共同生活介護	あり	なし		
地域密着型特定施設入居者生活介護	あり	なし		
地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護	あり	なし		
看護小規模多機能型居宅介護	あり	なし		
居宅介護支援	あり	なし		
<居宅介護予防サービス>				
介護予防訪問入浴介護	あり	なし		
介護予防訪問看護	あり	なし		
介護予防訪問リハビリテーション	あり	なし		
介護予防居宅療養管理指導	あり	なし		
介護予防通所リハビリテーション	あり	なし		
介護予防短期入所生活介護	あり	なし		
介護予防短期入所療養介護	あり	なし		
介護予防特定施設入居者生活介護	あり	なし		
介護予防福祉用具貸与	あり	なし		
特定介護予防福祉用具販売	あり	なし		
<地域密着型介護予防サービス>				
介護予防認知症対応型通所介護	あり	なし		
介護予防小規模多機能型居宅介護	あり	なし		
介護予防認知症対応型共同生活介護	あり	なし		
<総合事業>				
予防専門型訪問サービス	あり	なし		
生活支援型訪問サービス	あり	なし		
予防専門型通所サービス	あり	なし		
ミニデイ型通所サービス	あり	なし		
運動型通所サービス	あり	なし		
介護予防支援	あり	なし		
<介護保険施設>				

別添6 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 ※1

特定施設入居者生活介護（地域密着型・介護予防を含む）の指定の有無		有料老人ホームが実施するサービス (介護保険外のサービス)		月額利用料 等を含む	その都度徴 収	料金	備考
介護サービス	特定施設入居者生活介護 費で、実施するサービス (利用者一部負担※2)	有料老人ホームが実施するサービス (介護保険外のサービス)	月額利用料 等を含む	その都度徴 収	料金		なし
食事介助	なし	なし					
排泄介助・おむつ交換	なし	なし					
おむつ代							
入浴（一般浴）介助・清拭	なし	なし					
特浴介助	なし	なし					
身辺介助（移動・着替え等）	なし	なし					
機能訓練	なし	なし					
通院介助	なし	なし					
生活サービス							
居室清掃	なし	なし				550円/回	エアコンフィルター清掃のみ対応
リネン交換	なし	なし				550円/網	1網単位で受付
日常の洗濯	なし	なし					
居室配膳・下膳	なし	なし					
入居者の嗜好に応じた特別な食事							
おやつ							
理美容師による理美容サービス							
買い物代行	なし	なし					
役所手続き代行	なし	なし					
金銭・貯金管理	なし	なし					
健康管理サービス							
定期健康診断	なし	なし					
健康相談	なし	なし					
生活指導・栄養指導	なし	なし					
服薬支援	なし	なし					
生活リズムの記録（排便・睡眠等）	なし	なし		○			
入退院時・入院中のサービス							
移送サービス	なし	なし					
入退院時の同行	なし	なし				2,200円/回	救急車同乗サービス
入院中の洗濯物交換・買い物	なし	なし					
入院中の見舞い訪問	なし	なし					
その他							
巡回	なし	なし		○			1日1回以上の声掛けによる安否確認
緊急時対応（ナースコール等）	なし	なし		○			緊急通報ボタンによるサービス対応

- ※ 1：併設する介護保険事業所等により提供するサービスは記載しない。自立、要支援、要介護、要介護で提供するサービスが異なる場合は、それぞれについてサービスの一覧表を作成する。
- ※ 2：利用者の所得等に応じて負担割合が変わる（1割又は2割の利用者負担）。住宅型有料老人ホーム、健康型有料老人ホームについては「なし」と記載する（項目自体を削除することも）
- ※ 3：「あり」を記入したときは、各種サービスの費用が、前払いまたは月額の前払いによる場合に応じて、いずれかの欄に○を記入する
- ※ 4：都度払いの場合、1回あたりの金額など、単位を明確にして記入する。