

名古屋市サービス付き高齢者向け住宅重要事項説明書

記入年日	2025年11月1日
記入者名	石田 新治
所属・職名	管理者

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) しにあほうすささはらのもり シニアハウス笹原の森
所在地	(住居表示) 名古屋市天白区笹原町1701番地
利用交通手段	<input checked="" type="checkbox"/> 1.電車(地下鉄桜通 線 野並 駅から 徒歩 で 17 分) <input checked="" type="checkbox"/> 2.その他(バス利用 市バス「野並」バス停よりバス3分、「笹原」バス停から徒歩1分)
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 2. 及び3. の場合
	抵当権の有無 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし 契約の自動更新 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし(契約期間: ~)
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
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 3. 及び4. の場合
	抵当権の有無 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし 契約の自動更新 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし(契約期間: ~)

(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 けあまきす 社会福祉法人 ケアマキス	
住 所 (法人にあっては 主たる事務所)	(郵便番号 468-0044) 名古屋市天白区笹原町1701番地 電話番号 052-918-3000	
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) しにあほうすささはらのもり シニアハウス笹原の森
事務所の所在地	(郵便番号 468-0044) 名古屋市天白区笹原町1701番地 電話番号 052-918-3004

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	19 戸
居住部分の規模	(最小)	18.43 m ²
	(最大)	44.62 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 8 階建
竣工の年月	2015 年 12 月 17 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。 <input checked="" type="checkbox"/> 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	65,000	円	住戸ごとの内容は別添 3 のとおり		
	(最高) 約	120,000	円			
共益費の概算額	(最低) 約	31,000	円			
	(最高) 約	49,500	円			
敷金の概算額	(最低) 約	130,000	円	家賃の 2 月分		
	(最高) 約	240,000	円			
状況把握・生活相談に係る費用		22,000	円			
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		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					
	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	
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
デイサービスセンター ケアマキス笹原	通所介護、 予防専門型通所サービス	2371603099 23A1600387	<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
ヘルパーステーション ケアマキス笹原	訪問介護、 予防専門型訪問サービス	2371603107 23A1600221	<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
居宅介護支援事業所 ケアマキス笹原	居宅介護支援事業所	2371603008	<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
ショートステイ ケアマキス笹原	短期入所生活介護、 介護予防短期入所生活介護	2371603115	<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っては、「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）

該当しない為、省略。

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	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。
サービスの提供内容に関する特色	居心地の良い暮らしを提供、安心を提供
入浴、排せつ又は食事の介護のうちいずれか1以上	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施設の指定を受けていない為、省略。

(医療連携の内容)

医療支援 ※複数選択可	① 救急車の手配 2 入退院の付き添い 3 通院介助 4 その他 ()		
協力医療機関	1	名称	かわな病院在宅ケアセンター
		住所	名古屋市昭和区山花町50番地
		診療科目	内科/皮膚科/整形外科
		協力内容	訪問定期診療
	2	名称	覚王山内科・在宅クリニック
		住所	名古屋市千種区覚王山通九丁目19番地8KIRARITO2A号室
		診療科目	内科/皮膚科/緩和ケア
		協力内容	訪問定期診療
協力歯科医療機関	名称		
	住所		
	協力内容		

(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	1. 以下の①または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) (「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。) 2. 要介護2より軽い方を入居の条件としておりますが、要介護3の方もご相談頂くことで入居可能な場合がございます。	
契約の解除の内容	別紙「普通建物賃貸借契約」第11条参照	
事業主体から解約を求める場合	解約条項	11条
	解約予告期間	6ヶ月～12ヶ月
入居者からの解約予告期間	1ヶ月	
体験入居の内容	① あり (内容: 朝夕食2食付き1泊) 2 なし	
入居定員	23人 (住居部屋数19戸)	
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		
		常勤	非常勤
管理者	1	1	
直接処遇職員			
介護職員			
看護職員			
その他職員	11		11
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	
	常勤	非常勤
介護福祉士	1	1
初任者研修の修了者		

（夜勤を行う看護・介護職員の人数）※夜間帯は、夜勤ではなく宿直者による緊急対応のみとなります。

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	0人	0人
介護職員	0人	0人

（夜間帯の緊急対応の人数）

夜勤帯の設定時間（ 17 時 30 分～ 7 時 ）※夜間帯は、宿直者による緊急対応のみとなります。		
	平均人数	最少時人数（休憩者等を除く）
社会福祉法人の職員	1人	1人
上記以外の時間帯 7 時～ 17時 30分 ※宿直者ではなく、勤務者による緊急対応となります。		
	平均人数	最少時人数（休憩者等を除く）
社会福祉法人の職員	1人	1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施設の指定を受けていない為、省略。

(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		介護福祉士、社会福祉施設長資格認定講習修了		
					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										
前年度1年間の退職者数										
に業務に応じた従事した職員の経験年数の人数	1年未満									
	1年以上									
	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					

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	7 人
	女性	12 人
年齢別	65歳未満	0 人
	65歳以上75歳未満	1 人
	75歳以上85歳未満	4 人
	85歳以上	14 人
要介護度別	自立	2 人
	要支援 1	2 人
	要支援 2	5 人
	要介護 1	4 人
	要介護 2	6 人
	要介護 3	0 人
	要介護 4	0 人
	要介護 5	0 人
入居期間別	6ヶ月未満	2 人
	6ヶ月以上1年未満	2 人
	1年以上5年未満	6 人
	5年以上10年未満	9 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	89.7 歳
入居者数 [※] の合計	19 人
入居率 ^{※※}	82.6%
<p>※ 入院等で一時的に不在となっている者も入居者に含む。</p> <p>※※ 入居者数の合計を入居定員数で除して得られた割合。</p>	

(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	2 人
	医療機関	0 人
	死亡者	0 人
	その他	1 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	0 人
		(解約事由の例)

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		ケアマキス笹原 苦情受付係 (責任者 石田)
電話番号		052-918-3000
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		なし

(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 あり	(その内容) 賠償責任保険に加入
	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) 速やかに誠意をもって損害賠償を行う
	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	随時 (ご意見箱を設置)
		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			

15. 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 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 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 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 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 ③ 公開していない

16. その他

運営懇談会	① あり	(開催頻度) 年 1 回
	2 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 【表示事項】	1 あり (提携ホーム名:)	
	② なし	
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 あり 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 なし	
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(1)に基づく書面による説明を受けました。

年 月 日 借主 氏名 印

貸主(説明者) 氏名 印

役員名簿

(ふりがな) 氏名	役名等
まきひろみ 牧 廣美	理事長

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。

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	18.88	×	○	○	×	×	○	1	701	65,000
1	18.68	×	○	○	×	×	○	2	702,705	65,000
1	19.48	×	○	○	×	×	○	1	706	65,000
1	19.12	×	○	○	×	×	○	1	707	65,000
1	18.70	×	○	○	×	×	○	1	708	65,000
1	20.10	×	○	○	×	×	○	1	710	65,000
1	18.89	×	○	○	×	×	○	1	711	65,000
1	19.08	×	○	○	×	×	○	2	712,716	65,000
1	18.43	×	○	○	×	×	○	1	717	65,000
1	22.20	×	○	○	×	×	○	1	718	65,000
1	44.38	○	○	○	○	○	○	1	801	120,000
1	38.65	○	○	○	○	○	○	1	802	120,000
1	39.76	○	○	○	○	○	○	1	803	120,000
1	18.68	×	○	○	×	×	○	1	713	65,000
1	18.87	×	○	○	×	×	○	1	715	65,000
1	44.62	○	○	○	○	○	○	1	805	120,000
1	18.67	×	○	○	×	×	○	1	703	65,000

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	2	8.31	7階	19	
食堂・談話室・台所	1	59.63	7階	19	
便所	1	3.63	7階	19	
洗濯室	1	4.93	7階	19	
談話室	1	7.51	8階	19	
脱衣室	2	10.95	7階	19	

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	7階スタッフ室			
サービスを提供 するために常駐 する物	<input checked="" type="checkbox"/> 社会福祉法人の職員 <input type="checkbox"/> 自らの設置する住宅を管理する医療法人の職員 <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 <input type="checkbox"/> 居宅介護サービス事業者の職員 <input type="checkbox"/> ホームヘルパー2級以上の資格を有する者	職種	資格名称	人数
		管理者	介護福祉士	1人
		サ高住職員	社会福祉法人の職員	11人
提供方法	提供日	<input checked="" type="checkbox"/> 365日対応 <input type="checkbox"/> 次の期間は緊急津法サービスによる(
	提供時間	<input checked="" type="checkbox"/> 24時間常駐		
	日中体制	07時 00 分 ~ 17時 30 分	人員 1人	夜間 1 人
緊急通報サービ スの内容	通報方法	各居室ナースコールにて通話及び通報、またはPHSにて対応する。		
	通報先	7階スタッフ室または、1階事務室	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 22,000 円	前払金の 算定方法	
	前払金	約 0 円		
備考				

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 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	
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"/> その他()	
	内容	<input type="checkbox"/> 3食		<input checked="" type="checkbox"/> 入居者が選択	
	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 53,460 円	内訳	朝食 443 円	昼食 691 円 夕食 648 円
	前払金	約 0 円	前払金の算定方法		
備考	体調不良等について各居室への食事に配膳・下膳サービス 220円/回				

※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 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"/> <input type="checkbox"/> その他()	
	内容	<input checked="" type="checkbox"/> 入浴介護 <input checked="" type="checkbox"/> 排せつ介護 <input checked="" type="checkbox"/> 食事介護 <input checked="" type="checkbox"/> その他 (更衣介助、移乗介助、口腔ケア、食事の配下膳)	
サービス提供の対価(概算額)	月額	約 4,400 円	前払金の算定方法
	前払金	約 0 円	
備考	入浴介助(清拭含む):550円/回(30分程度)、排泄介助:330円/回(15分程度)、食事介助(掛け持ち介助):330円/回、身辺介助(更衣・移乗):330円/回(10分程度)、口腔ケア:220円/回、食事の配下膳:220円/回、誘導介助153円/回 概算額は、入浴介助を月8回利用した場合で算出		

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 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"/> 調理 <input checked="" type="checkbox"/> 洗濯 <input checked="" 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 2,200 円	前払金の算定方法		
	前払金	約 0 円			
備考	洗濯:550円/回清掃:550円/回 居室内の掃除で30分程度を、月4回行った場合で、概算額を試算				

5. その他のサービスの内容(該当する場合のみ)

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"/> 次の期間をの除く()			
	内容	外出の付き添い、役所の代行手続、買い物代行、ゴミ出し			
サービス提供の対価(概算額)	月額	約	9,900	円	前払金の算定方法
	前払金	約	0	円	
備考	外出の付き添い:1,100円/30分、役所の代行手続:1,100円/30分、買い物代行:550円/回、ゴミ出し:110円/回、支払代行手数料:510円/月,102円/回 概算額は、外出の付き添い(30分以内)を月5回、役所の代行手続(60分以内)を月1回、買い物代金を月4回行った場合で算出				

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	ヘルパーステーションケア マキス笹原	名古屋市天白区笹原町1701
通所介護	あり	1. デイサービスセンターケ アマキス笹原 2. サニーガーデン土原	1. 名古屋市天白区笹原町1701 2. 名古屋市天白区土原5-103
短期入所生活介護	あり	ショートスティケアマキス 笹原	名古屋市天白区笹原町1701
訪問入浴介護		なし	
訪問看護		なし	
訪問リハビリテーション		なし	
居宅療養管理指導		なし	
通所リハビリテーション		なし	
短期入所療養介護		なし	
特定施設入居者生活介護		なし	
福祉用具貸与		なし	
特定福祉用具販売		なし	
<地域密着型サービス> なし			
居宅介護支援	あり	居宅介護支援事業所ケアマ キス笹原	名古屋市天白区笹原町1701
<居宅介護予防サービス>			
介護予防訪問入浴介護		なし	
介護予防訪問看護		なし	
介護予防訪問リハビリテーション		なし	
介護予防居宅療養管理指導		なし	
介護予防通所リハビリテーション		なし	
介護予防短期入所生活介護	あり	ショートスティケアマキス 笹原	名古屋市天白区笹原町1701
介護予防短期入所療養介護		なし	
介護予防特定施設入居者生活介護		なし	
介護予防福祉用具貸与		なし	
特定介護予防福祉用具販売		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		なし	
介護予防小規模多機能型居宅介護		なし	
介護予防認知症対応型共同生活介護		なし	
<総合事業>			
予防専門型訪問サービス	あり	ヘルパーステーションケア マキス笹原	名古屋市天白区笹原町1701
生活支援型訪問サービス		なし	
予防専門型通所サービス	あり	1. デイサービスセンターケ アマキス笹原 2. サニーガーデン土原	1. 名古屋市天白区笹原町1701 2. 名古屋市天白区土原5-103
運動型通所サービス		なし	
ミニデイ型通所サービス		なし	
介護予防支援		なし	
<介護保険施設>			
介護老人福祉施設	あり	1. 特別養護老人ホームケアマ キス笹原 2. 特別養護老人ホームケアマ キス柴田	1. 名古屋市天白区笹原町1701 2. 名古屋市南区柴田本通4-15
介護老人保健施設			
介護療養型医療施設		なし	
介護医療院		なし	

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					なし	備考 料金は、消費税抜きで表示
介護サービス	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)				実費	
	月額利用料 等を含む※3	その都度徴 収※3	料金※4			
食事介助	あり	○	300		1回につき、お一人様専任ではなく、複数掛け持ちでの介助となります	
排泄介助・おむつ交換	あり	○	300		15分を目途に	
おむつ代	あり	○	実費			
入浴（一般浴）介助・清拭	あり	○	500		30分を目途に	
身辺介助（移動・着替え等）	あり	○	300		10分を目途に	
移動介助	あり	○	139		1回につき	
口腔ケア	あり	○	200		1回につき10分を目途に、菌磨き、入菌の洗浄	
特浴介助	なし					
機能訓練	なし					
通院介助	なし					
<地域密着型サービス> なし						
居室清掃	あり	○	500		1回につき、居室、トイレ、お風呂場(8Fのみ)、台所(8Fのみ)の清掃、30分を目途に	
リネン交換	あり	○	200		シーツ、枕カバーの交換	
居室配膳・下膳	あり	○	200		居室へ食事を配膳(下膳)します	
理美容師による理美容サービス	あり	○	実費			
買い物代行	あり	○	500		近隣のコンビニへ買い物代行を行います	
役所手続き代行	あり	○	1,000		30分毎、社用車使用時は5キロ以内500円、10キロ以内1,000円を加算	
外出の付添い	あり		1,000		近隣への外出付添い30分毎、社用車使用時は5キロ以内500円、10キロ以内1,000円を加算 ※遠方への付添いは出来ない場合もあります	
ゴミ出し	あり	○	100		1回につき、居室に伺いゴミ回収	
日常の洗濯生活用品	あり	○	149		継続してのご利用が基本となります。日常生活品として、以下の品をセットとして提供し、個別には提供いたしません。消耗したものを新品交換または、補充を行います。また、タオル、バスタオル、おしぼりは、毎日洗濯交換いたします。 日常生活品の内容は、歯ブラシ、歯磨き粉、ハンドソープ、リンスインシャンプー、小分けボソップ、BOXティッシュ、入菌洗浄剤、タオル、バスタオル、ヘアブラシ、口腔ケアスポンジ、義歯用ブラシ、洗濯ネット、おしぼり、箸、スプーンをセットにして提供いたします。	
入居者の嗜好に応じた特別な食事	なし					
おやつ	なし					
日常の洗濯	あり	○	500		洗濯・乾燥までさせて頂き、居室までお運びさせて頂きます。	
金銭・貯金管理	なし					
健康管理サービス						
定期健康診断	なし				※回数（年〇回など）を明記すること	
健康相談	なし					
生活指導・栄養指導	なし					
服薬支援	なし					
生活リズムの記録（排便・睡眠等）	なし					
入退院時・入院中のサービス						
移送サービス	なし					
入退院時の同行	なし				※付添いができる範囲を明確化すること	
入院中の洗濯物交換・買い物	なし					
入院中の見舞い訪問	なし					
その他						
巡回	なし				※具体的な頻度を記載	
緊急時対応（ナースコール等）	あり	○			ナースコール及びPHSによる対応	

※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可）。

※3：「あり」を記入したときは、各種サービスの費用が、前払いまたは月額サービスの費用に包含される場合と、サービス利用の都度払いによる場合に応じて、いずれかの欄に〇を記入する。

※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。