

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	2025/1/1
記入者名	加藤健吾
所属・職名	メディケア八事・事務

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) めでいけあやごとべるこりーぬ メディケア八事ベルコリーヌ
所在地	(住居表示) 名古屋市天白区大坪一丁目101番地
利用交通手段	<input checked="" type="checkbox"/> 1.電車(地下鉄鶴舞線塩釜口駅から、バスで5分降車後徒歩3分/または徒歩15分) <input checked="" type="checkbox"/> 2.その他(最寄りのバス停(北大坪)/植田一本松交差点から徒歩7分程)
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 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 type="checkbox"/> あり <input checked="" 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: 2014/1/1 ~ 2063/12/31)

(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) いりょうほうじんめでいふおー 医療法人メディフォー
住 所 (法人にあっては 主たる事務所)	(郵便番号 460-0008) 名古屋市中区栄五丁目7番25号 電話番号 052-262-7070
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) 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) めでいけあやごとべるこりーぬ メディケア八事ベルコリーヌ
事務所の所在地	(郵便番号 468-0072) 名古屋市天白区大坪一丁目101番地 電話番号 052-833-2100

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	50 戸
居住部分の規模	(最小)	25.02 m ²
	(最大)	50.05 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 6 階建
竣工の年月	2013 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。 <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	69,000	円	住戸ごとの内容は別添 3 のとおり		
	(最高) 約	184,000	円			
共益費の概算額	(最低) 約	25,000	円			
	(最高) 約	60,000	円			
敷金の概算額	(最低) 約	138,000	円	家賃の 2 月分		
	(最高) 約	368,000	円			
状況把握・生活相談に係る費用		33,000	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	(必要に応じ修繕を実施する)

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
訪問介護ステーション フレール	訪問介護、予防専門型訪問サービス、生活支援型訪問サービス	2371602893 23A1600171	<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
			<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
			<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) なかはらくりにつく 中原クリニック
事業所の住所	(郵便番号 490-1142) 愛知県海部郡大治町三本木屋形185 電話番号 052-449-1313
連携又は協力の内容	訪問診療

連携又は協力の相手方	
事業所の名称	(ふりがな) いりょうほうじんせいじゅかいかわなびょういん 医療法人生寿会かわな病院
事業所の住所	(郵便番号 466-0807) 名古屋市昭和区山花町50番地 電話番号 052-761-3225
連携又は協力の内容	訪問診療等の医療連携

連携又は協力の相手方	
事業所の名称	(ふりがな) けあぶらんせんたーさんて ケアプランセンターサンテ
事業所の住所	(郵便番号 460-0008) 名古屋市中央区栄五丁目7番25号 電話番号 052-262-5323
連携又は協力の内容	居宅介護支援

連携又は協力の相手方	
事業所の名称	(ふりがな) ほうもんかんごすてーしょんすずらん 訪問看護ステーションすずらん
事業所の住所	(郵便番号 460-0008) 名古屋市中央区栄五丁目7番25号 電話番号 052-262-7720
連携又は協力の内容	訪問看護、介護予防訪問看護

連携又は協力の相手方	
事業所の名称	(ふりがな) くりたないかくりにつく くりた内科クリニック
事業所の住所	(郵便番号 468-0066) 名古屋市天白区元八事四丁目84元八事メディカルステーション2階 電話番号 052-848-7300
連携又は協力の内容	訪問診療

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

基本方針及び県の高齢者居住安定確保計画に沿って適切に運営いたします。

11. サービスの内容

(全体の方針)

運営に関する方針	自分らしい生活を送っていただくサポートをします。
サービスの提供内容に関する特色	家にいるような感覚で生活していただける、設備、サービスの提供をしていきます。
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

(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	中原クリニック
		住所	愛知県海部郡大治町三本木屋形185
		診療科目	外科,内科,小児科,整形外科,リハビリテーション科
		協力内容	外来診療 訪問診療
	2	名称	医療法人生寿会 かわな病院
		住所	愛知県名古屋市中区昭和区山花町50番地
		診療科目	内科・腎臓内科・人工透析内科・消化器内科・糖尿病内科・リハビリテーション科・放射線科等
		協力内容	訪問診療等の医療連携

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		
契約の解除の内容	契約書 第11条 契約の解除	
事業主体から解約を求める場合	解約条項	契約書 第2条 契約期間、更新等
	解約予告期間	6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 :) ② なし	
入居定員	52人	
その他		

概 算 の 人 数	3年以上 5年未満	0	0	0	6	0	0	0	0	0	0
	5年以上 10年未満	0	0	0	7	0	0	0	0	0	0
	10年以上	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
従業員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	14
	女性	33
年齢別	65歳未満	0
	65歳以上75歳未満	1
	75歳以上85歳未満	7
	85歳以上	39
要介護度別	自立	0
	要支援1	3
	要支援2	6
	要介護1	4
	要介護2	14
	要介護3	7
	要介護4	11
	要介護5	2
入居期間別	6ヶ月未満	2
	6ヶ月以上1年未満	7
	1年以上5年未満	28
	5年以上10年未満	10
	10年以上15年未満	0
	15年以上	0

(入居者の属性)

平均年齢	89.3
入居者数 [※] の合計	47
入居率 ^{※※}	90%
<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	1
	社会福祉施設	5
	医療機関	6
	死亡者	0
	その他	0
生前解約の状況	施設側の申し出	0
	(解約事由の例)	
	入居者側の申し出	12人
	(解約事由の例)	病状の悪化による入院・状態改善し自宅に戻る等

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		メディケア八事ベルコリース
電話番号		052-833-2100
対応している 時間	平日	9:00～18:00
	土曜	9:00～18:00
	日曜・祝日	9:00～18:00
定休日		年末年始

(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		052-972-2944/052-959-3087
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 (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) 責任に応じ対応
	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	年1回
		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(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 加藤 健吾 印

役員名簿

(ふりがな) 氏名	役名等
なかはら ひでや 中原 秀也	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	25.02	○	○	○	○	○	○	2	208・211	69,000
1	25.02	○	○	○	○	○	○	2	202・204	73,000
1	25.02	○	○	○	○	○	○	4	308-311	84,000
1	25.02	○	○	○	○	○	○	11	201・203・205-207・408-413	86,000
1	25.02	○	○	○	○	○	○	11	301-307・508-511	88,000
1	25.02	○	○	○	○	○	○	7	401-407	90,000
1	25.02	○	○	○	○	○	○	7	501-507	92,000
1	50.05	○	○	○	○	○	○	1	312	176,000
1	50.05	○	○	○	○	○	○	1	512	184,000
1	25.02	○	○	○	○	○	○	4	209・210・212・213	82,000

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	53.68	6階	50	
機械浴室	1	19.68	2階	50	
トイレ	2	6.04	5階、6階	50	

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	
サービスを提供する法人等の別	<input checked="" type="checkbox"/> 医療法人 <input type="checkbox"/> 社会福祉法人 <input type="checkbox"/> 指定居宅サービス事業者 <input type="checkbox"/> 指定地域密着型サービス事業者		<input type="checkbox"/> 指定居宅介護支援事業者 <input type="checkbox"/> 指定介護予防サービス事業者 <input type="checkbox"/> 指定介護予防支援事業者 <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	人	<input type="checkbox"/> 社会福祉士	人員 人
	<input type="checkbox"/> 看護師	人員	人	<input type="checkbox"/> 介護支援専門員	人員 人
	<input type="checkbox"/> 准看護師	人員	人	<input checked="" type="checkbox"/> 養成研修修了者	人員 9人
	<input checked="" type="checkbox"/> 介護福祉士	人員	9人	<input checked="" type="checkbox"/> 上記以外の職員	人員 4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 (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	～	18時 00分 人員 1人
	上記以外の時間	18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	各居室への訪問または食事時の確認				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 0 分 ～ 24 時 0分		
		上記以外の日	<input type="checkbox"/> 24時間		
	通報方法	緊急通報装置			
	通報先	職員PHSまたは1階事務所		通報先から住宅までの到着予定時間 3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		
	前払金	約 円			
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。

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) かぶしがいいしやさんわ			
	住所 (法人にあっては主たる事務所の所在地)	株式会社三和 (郵便番号 463-0801) 愛知県名古屋市守山区竜泉寺一丁目919番地 電話番号 052-794-0031			
	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 468-0072) 愛知県名古屋市天白区大坪一丁目101番地 電話番号 052-836-5666			
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 <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 54,210 円	内訳	朝食 389 円 昼食 648 円 夕食 770 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 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 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	2,640 円	前払金の 算定方法
		前払金	約	0 円	
備考		掃除660円/回、月額は月4回実施した場合の金額			

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 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()		
		ご希望に応じた対応			
サービス提供の対価(概算額)	月額	約	2,860	円	前払金の算定方法
	前払金	約	0		
備考		715円/15分、月額は1時間実施した場合の金額、外出時の同行等サービス内容については事前にご相談ください			

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	訪問介護ステーションフレール	天白区大坪1-101
訪問入浴介護	あり	なし		
訪問看護	あり	なし	訪問看護ステーションすずらん	中区栄5-7-25
訪問リハビリテーション	あり	なし	メディケア栄	中区栄5-7-25
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	メディケア栄	中区栄5-7-25
短期入所生活介護	あり	なし		
短期入所療養介護	あり	なし	メディケア栄	中区栄5-7-25
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	ケアプランセンターサンテ	中区栄5-7-25
<居宅介護予防サービス>				
介護予防訪問介護	あり	なし		
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	訪問看護ステーションすずらん	中区栄5-7-25
介護予防訪問リハビリテーション	あり	なし	メディケア栄	中区栄5-7-25
介護予防居宅療養管理指導	あり	なし		
介護予防通所介護	あり	なし		
介護予防通所リハビリテーション	あり	なし	メディケア栄	中区栄5-7-25
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	メディケア栄	中区栄5-7-25
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	訪問介護ステーションフレール	天白区大坪1-101
生活支援型訪問サービス	あり	なし	訪問介護ステーションフレール	天白区大坪1-101
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	ケアプランセンターサンテ	中区栄5-7-25
<介護保険施設>				
介護老人福祉施設	あり	なし		
介護老人保健施設	あり	なし	メディケア栄	中区栄5-7-25
介護療養型医療施設	あり	なし		
介護医療院	あり	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		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※3	その都度徴 収※4	備考
		あり	なし			
介護サービス						
食事介助	あり	なし	あり			
排泄介助・おむつ交換	あり	なし	あり			
おむつ代	あり	なし	あり			一袋ごとの販売、価格はサイズや種類により異なる
入浴（一般浴）介助・清拭	あり	なし	あり			
特浴介助	あり	なし	あり			
身辺介助（移動・着替え等）	あり	なし	あり			
機能訓練	あり	なし	あり			
通院介助	あり	なし	あり			
生活サービス						
居室清掃	あり	なし	あり		660円/回	
リネン交換	あり	なし	あり		99円/日	寝具レンタル利用者のみ実施
日常の洗濯	あり	なし	あり		5,500円/月	週2回の業者洗濯
居室配膳・下膳	あり	なし	あり	○		
入居者の嗜好に応じた特別な食事	あり	なし	あり			
おやつ	あり	なし	あり			
理美容師による理美容サービス	あり	なし	あり		2,040円	カットを行った場合
買い物代行	あり	なし	あり			
役所手続き代行	あり	なし	あり			
金銭・貯金管理	あり	なし	あり			
健康管理サービス						
定期健康診断	あり	なし	あり			
健康相談	あり	なし	あり	○		
生活指導・栄養指導	あり	なし	あり			
服薬支援	あり	なし	あり	○		
生活リズムの記録（排便・睡眠等）	あり	なし	あり			
入退院時・入院中のサービス						
移送サービス	あり	なし	あり			
入退院時の同行	あり	なし	あり			
入院中の洗濯物交換・買い物	あり	なし	あり			
入院中の見舞い訪問	あり	なし	あり			
その他						
巡回	あり	なし	あり	○		1回/日以上
緊急時対応（ナースコール等）	あり	なし	あり	○		定期的なサービスは除く
ご希望に応じた対応	あり	なし	あり	○	715円/15分	内容は事前にご相談ください

- ※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
- ※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
- ※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包含される場合と、サービスの利用の都度払いによる場合に応じて、いずれか
- ※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。