

生活支援サービス重要事項説明書

住宅の入居に係る契約書、生活支援サービス契約書等の内容に合わせて各項目に記載してください。
記載スペースが不足する場合は適宜広げてください。

1. 生活支援サービス提供事業者

事業者の名称・所在地及び電話番号その他の連絡先

事業者の名称	フリガナ	フリガナ
事業者の所在地	〒	〇〇〇-〇〇〇〇
		千葉県 〇〇市△△△
事業者の連絡先	電話番号	
	FAX番号	
	ホームページアドレス	
事業者の代表者名		

生活支援サービス提供事業者が複数になる場合は、全てを記載して下さい。

2. 住宅事業主体概要

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	フリガナ	〇〇〇カブシキカイシャ
		〇〇〇株式会社
事業主体の主たる事務所の所在地	〒	〇〇〇-〇〇〇〇
		千葉県 〇〇市△△△
事業主体の連絡先	電話番号	
	FAX番号	
	ホームページアドレス	<input checked="" type="radio"/> 有 http://www.〇〇〇.△△△.com <input type="radio"/> 無
事業主体の代表者の氏名及び職名	氏名	〇〇 △△
	職名	代表取締役
事業主体が行っている主な事業等		<p>当該事業者の運営する、他の事業についても記載して下さい。 (定款の目的に定めた事業、等)</p>

入居者と入居に係る契約を取り交わす事業者を記載します。

3. 住宅概要

住宅の名称・所在地及び電話番号その他の連絡先

住宅の名称	フリガナ	フリガナ
		(仮称) 〇〇〇サービス付き高齢者向け住宅
住宅の所在地	〒	〇〇〇-〇〇〇〇
		千葉県 〇〇市△△△ (地番)
住宅の連絡先	電話番号	
	FAX番号	
	ホームページアドレス	
住宅の管理者名		
住宅の開設年月日		
居住の契約方式		<p>普通賃貸借契約 定期賃貸借契約 終身賃貸借契約 利用権契約 のいずれかを記入して下さい。</p>

地番表示の場合は、末尾に(地番)と記載して下さい。

4. 生活支援サービスの内容

介護や医療を要する場合の対応及び方針等も記載して下さい。
 医療・介護連携を行う場合は、入居者が連携先以外のサービス事業者のサービス（介護保険サービス、医療サービス等）を自由に選択できる旨を記載して下さい。

生活支援サービスに関する方針等

ご入居者が安心して日常生活を送ることができるよう、以下の基本サービスを提供いたします。
 ご入居者が介護や医療を必要とする場合は、円滑に介護サービスや医療サービスを受けられるよう、介護事業所や医療機関と連携を図ります。
 なお、介護事業所や医療機関と連携する場合にも、ご入居者は、連携先以外のサービス事業者のサービス（介護保険サービス、医療サービス等）を自由に選択することができます。

基本サービス（入居者様全員が受けるサービスです。）

サービスの種類	料金	(提供方法・提供者)
状況把握（安否確認）		<ul style="list-style-type: none"> ・毎日、午前10時頃に各住戸に住宅職員が伺い安否の確認を行います。 ・上記以外の時間帯も、ご入居者様（ご家族様）とご相談の上、必要に応じて行います。 ※提供者：〇〇〇
生活相談		<ul style="list-style-type: none"> ・日常生活を送る中で、お困りのこと、介護度が重くなった場合のご不安等について、住宅職員がご相談をお受けします。 ※提供者：〇〇〇
緊急時対応	〇〇〇円 / 月額 税込（総額）表示して下さい。	【〇時～〇時】 <ul style="list-style-type: none"> ・日中は、各住戸のベッドサイド、トイレ、浴室に設置してあるナースコールを押していただければ事務室及び住宅職員が携帯しているPHSにて通報を受信の上、住宅職員が駆けつけ必要な対応（〇〇、〇〇等）を行います。 【〇時～〇時（委託）】 <ul style="list-style-type: none"> ・夜間（委託先である㈱△△△警備がナースコールを受信した場合、必要に応じて、各住戸まで〇分以内に駆けつけます。 ・委託事業者では対応が困難な場合には、住宅職員に連絡し連携して対応を行います。 ※提供者：〇〇〇
.....	

上記以外の生活支援サービス等
 (本住宅では以下のサービスを入居者様に選択していただくことができます。なお、入居者様の希望により、他のサービス事業者を利用することもできます。)

サービスの種類	料金	(提供内容・方法・提供者)
(例) 食事の提供サービス	〇〇〇円 / 月	<ul style="list-style-type: none"> ・食費は月単位での請求となります。 ・食費：月額〇〇〇円（30日の場合）[朝食〇〇〇円、昼食〇〇〇円、夕食〇〇〇円] ・朝食は〇時～〇時まで、夕食は〇時～〇時まで。 ・食事は、住宅内の厨房にて専属の調理員により調理いたします。 ・キャンセル、変更等は提供される日の前日〇〇時までにお知らせ下さい。それ以降のキャンセルについては、キャンセル料（実費）が発生してしまいますので、お気をつけ下さい。 ※提供者：□□□
(例) 住戸内の清掃サービス	〇〇〇円 / 1回30分	<ul style="list-style-type: none"> ・居室内の清掃を行います。 （換気扇、エアコン等電子機器については、別途業者をご案内します） ※提供者：△△△
(例) 付添・送迎	〇〇〇円	<ul style="list-style-type: none"> ・買物や病院の通院付添いに職員1名が同行します。（交通費代は実費負担） ※提供者：〇〇〇
(例) 健康管理サービス	〇〇〇円	<ul style="list-style-type: none"> ・住宅職員が健康に関する相談をお受けします。また、必要に応じて提携医療機関（〇〇〇〇〇〇）の情報提供をすることができます。 ※提供者：〇〇〇
(例) 配膳下膳サービス	〇〇〇円 / 1回

5. 生活支援サービス職員体制

職員の有する資格を記載してください。
 生活支援サービスを委託により提供する場合には、委託先の事業者名を記載して下さい。
 夜間体制が機械警備等の場合は警備会社等の委託先について記載して下さい。
 サービス付き高齢者向け住宅登録申請書の別添3「1. 状況把握及び生活相談サービスの内容」に記載の人数と同じ人数を記載して下さい。

生活支援サービス職員体制等

生活支援サービス職員		人数	資格・委託先等
サービス種別	サービス種別ごとに、業務に係る人数を記載してください。		
(例) 生活支援サービススタッフ		〇人	介護職員初任者研修課程の修了者・株式会社〇〇〇〇
(例) 介護スタッフ		〇人～〇人	介護職員初任者研修課程の修了者・株式会社〇〇〇〇
(例) 調理スタッフ		〇人～〇人	株式会社〇〇〇〇
夜間の職員体制	常駐の（有・無）	〇人	委託先（〇〇総合警備会社） 連絡先（〇〇-〇〇〇〇-〇〇〇〇）

6. 月額利用料の請求及び支払方法

請求方法	
毎月〇〇日に請求書を発行し、入居者様に送付します。振り込み手数料は〇〇負担となります。(生活支援サービス契約書第〇条参照)	
・基本サービス.....	
・選択サービス.....	
支払方法	
毎月〇〇日に支払請求分を〇〇の方法でお支払いいただきます(生活支援サービス契約書第〇条参照)。	

7. 生活支援サービスへの苦情に対応する窓口等

苦情に対応する窓口等の状況						
窓口の名称	入居者が生活支援サービスに関して、相談や要望等を話すことが出来る窓口及び事故発生時の対応について記載して下さい。					
電話番号						
対応している時間	平日	時	分	～	時	分
	土曜	時	分	～	時	分
	日曜	時	分	～	時	分
	祝日	時	分	～	時	分
定休日						
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						
具体的な対応	本契約に基づき、生活支援サービス等を入居者に提供した場合に、万一、事故が発生し、入居者の生命・身体等に損害が生じた場合は、速やかに必要な対応及び措置(ご家族への連絡、救急車の呼び出し等)を行います。					

8. 生活支援サービス利用に当たっての留意事項

外出・帰宅・訪問等		各生活支援サービスごとに、必要な留意事項を記載して下さい。
外出・帰宅及びご家族様等の来訪等の時間制限はありません。なお、夜間の外出の際や外泊時は、事前に住宅職員へご連絡下さい。		
共用施設の利用について		
(例) 浴室	共用浴室をご使用される場合は、使用時間を事前にお知らせ下さい。	
(例) 共用キッチン	共用キッチンの利用希望については、予約表に記載下さい。	

9. 契約の解除内容等

入居者からの解約	
入居者は事業者に対して、解約する30日前までに文書にて解約の申し出を下記連絡先に通知することで、本契約を解約することができます(生活支援サービス契約書第〇条参照)。	
契約解約時の連絡先	名称
	電話番号
事業者からの解除	
事業者は、生活支援サービス契約書第〇条の規定に基づき、以下の場合には本契約を解除することができます。 ①他の入居者の生命の危害を及ぼす恐れがある場合 ②本契約を継続することが社会通念上、著しく困難な場合 ③入居者が正当な理由なく支払うべきサービス利用料を3か月以上滞納し、相当の期間を定めて催告したにもかかわらず、なお期間内に滞納額の全額の支払いがない場合	

10. 損害賠償責任保険の内容

損害賠償責任保険の加入状況	
<input checked="" type="radio"/> 有	<input type="radio"/> 無 (〇〇〇総合保険会社)

説明年月日

平成 年 月 日

□□□□〔入居者氏名〕様に対して、賃貸借契約書、生活支援サービス契約書及び生活支援サービス重要事項説明書に基づいて、重要な事項を説明しました。

登録事業者名 ○○株式会社

所在地 千葉県○○市△△△

代表者名 ○○ △△

説明者氏名 □□

住宅事業主体者（サービス付き高齢者向け住宅登録申請者）名、所在地、代表者名、説明者名を記載してください。

私は上記事業者から、賃貸借契約書、生活支援サービス契約書及び生活支援サービス重要事項説明書に基づいて、重要な事項の説明を受けました。

署名

印

生活支援サービス重要事項説明書

1. 生活支援サービス提供事業者

事業者の名称・所在地及び電話番号その他の連絡先			
事業者の名称	フリガナ		
事業者の所在地	〒		
事業者の連絡先	電話番号		
	F A X 番号		
	ホームページアドレス		
事業者の代表者名			

2. 住宅事業主体概要

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	フリガナ			
事業主体の主たる事務所の所在地	〒			
事業主体の連絡先	電話番号			
	F A X 番号			
	ホームページアドレス	有		
		無		
事業主体の代表者の氏名及び職名	氏名			
	職名			
事業主体が行っている主な事業等				

3. 住宅概要

住宅の名称・所在地及び電話番号その他の連絡先			
住宅の名称	フリガナ		
住宅の所在地	〒		
住宅の連絡先	電話番号		
	F A X 番号		
	ホームページアドレス		
住宅の管理者名			
住宅の開設年月日			
居住の契約方式			

4. 生活支援サービスの内容

生活支援サービスに関する方針等

--

基本サービス（入居者様全員が受けるサービスです。）

サービスの種類	料金	(提供方法・提供者)
状況把握（安否確認）		
生活相談		
緊急時対応		

上記以外の生活支援サービス等

（本住宅では以下のサービスを入居者様に選択していただくことができます。なお、入居者様の希望により、他のサービス事業者を利用することもできます。）

サービスの種類	料金	(提供内容・方法・提供者)

5. 生活支援サービス職員体制

生活支援サービス職員体制等

生活支援サービス職員		
サービス種別	人数	資格・委託先等
夜間の職員体制	常駐の（有・無）	人

6. 月額利用料の請求及び支払方法

請求方法	
支払方法	

7. 生活支援サービスへの苦情に対応する窓口等

苦情に対応する窓口等の状況						
窓口の名称						
電話番号						
対応している時間	平日	時	分	～	時	分
	土曜	時	分	～	時	分
	日曜	時	分	～	時	分
	祝日	時	分	～	時	分
定休日						
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						
具体的な対応						

8. 生活支援サービス利用に当たっての留意事項

外出・帰宅・訪問等	
共用施設の利用について	

9. 契約の解除内容等

入居者からの解約		
契約解約時の連絡先	名称	
	電話番号	
事業者からの解除		

10. 損害賠償責任保険の内容

損害賠償責任保険の加入状況	有 ・ 無
---------------	-------

説明年月日

平成 年 月 日

□□□□〔入居者氏名〕様に対して、賃貸借契約書、生活支援サービス契約書及び生活支援サービス重要事項説明書に基づいて、重要な事項を説明しました。

登録事業者名

所在地

代表者名

印

説明者氏名

印

私は上記事業者から、賃貸借契約書、生活支援サービス契約書及び生活支援サービス重要事項説明書に基づいて、重要な事項の説明を受けました。

署名

印
