

入居契約重要事項説明書  
(賃貸借契約重要事項説明書)

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条及び千葉県有料老人ホーム設置運営指導指針13-4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。なお、生活支援サービスに関する契約については、サービス付高齢者向け住宅入居契約書により、別途説明します。

## 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) あいかーさ ひがしまつど アイカーサ東松戸			
所在地	(住居表示) 千葉県松戸市東松戸2-19-1			
	TEL	047-311-3330	FAX	047-331-3320
利用交通手段	<input checked="" type="checkbox"/> 1.電車( JR武蔵野 線 東松戸 駅から 徒歩 で 2分) <input type="checkbox"/> 2.その他( (北総鉄道) )			
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 期間 2014年 1月 1日から 2043年 12月 31日まで			
施設に関する権原	<input 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 年 月 日から 年 月 日まで			
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 期間 2014年 1月 1日から 2043年 12月 31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) かぶしきがいしゃ あいめでいけあ 株式会社アイメディケア	
住所 (法人にあっては 主たる事務所)	(郵便番号 271-0091 ) 千葉県松戸市本町14-1 電話番号 047-361-7722	
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	(郵便番号 )
	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) かぶしきがいしゃ あいめでいけあ 株式会社アイメディケア	
事務所の所在地	(郵便番号 271-0091 ) 千葉県松戸市本町14-1 電話番号 047-361-7722	

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	67	戸	
居住部分の規模	(最小)	18.60	m <sup>2</sup>	詳細については、別添 3 のとおり
	(最大)	29.14	m <sup>2</sup>	
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 3 階建
竣工の年月	2013	年	12	月 11 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又は②に該当する者である。 <input 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。）
入居対象者	<input checked="" type="checkbox"/> 自立 <input checked="" type="checkbox"/> 要支援 <input checked="" type="checkbox"/> 要介護
入居契約の内容	別添入居契約書のとおり
備考欄	
入居開始時期(※)	年 月 日から

契約解除の内容	<p>○㈱アイメディケアは、入居者が次に掲げる義務に違反した場合において、㈱アイメディケアが相当の期間を定めて当該義務の履行を催告したにもかかわらず、その期間内に当該義務が履行されないときは、本契約を解除することができる。</p> <p>①賃料支払義務、②共益費支払義務、③敷金預入義務、④状況把握・生活相談サービス等の料金支払義務、⑤入居者の故意又は過失により必要となった修繕に要する費用負担義務</p> <p>○㈱アイメディケアは、入居者が次に掲げる義務に違反した場合において、㈱アイメディケアが相当の期間を定めて当該義務の履行を催告したにもかかわらず、その期間内に当該義務が履行されず当該義務違反により本契約を継続することが困難であると認められるに至ったときは、本契約を解除することができる。</p> <p>①本物件の使用目的遵守義務、②禁止又は制限される行為を遵守する義務、③その他本契約書に規定する入居者の義務</p> <p>○㈱アイメディケアは、入居者が年齢を偽って入居資格を有すると誤認させるなどの不正の行為によって本物件に入居したときは、本契約を解除することができる。</p> <p>○㈱アイメディケア又は乙入居者一方について、次のいずれかに該当した場合には、その相手方は、何らの催告も要せずして、本契約を解除することができる。</p> <p>①反社会的勢力に関する確約に反する事実が判明した場合、②契約締結後に自ら又は自らの役員が反社会的勢力に該当することとなった場合</p> <p>○㈱アイメディケアは、入居者が契約書別表第1第六号から第八号までに掲げる行為を行った場合には、何らの催告も要せずして、本契約を解除することができる。</p> <p>○㈱アイメディケア又は入居者が前各項の規定により本契約を解除した場合は、相手方に損害が生じても、これを一切賠償しない。</p>							
事業主体から解約を求める場合(終身建物賃貸借の場合のみ)	解約条項							
	解約予告期間							
入居者からの解約予告期間	<p>○入居者は、㈱アイメディケアに対して少なくとも30日前に解約の申入れを行うことにより、本契約を解約することができる。</p> <p>○前項の規定にかかわらず、入居者は、解約申入れの日から30日分の賃料及び状況把握・生活相談サービス等料金(本契約の解約後の賃料相当額及び状況把握・生活相談サービス等料金相当額を含む。)を㈱アイメディケアに支払うことにより、解約申入れの日から起算して30日を経過する日までの間、随時に本契約を解約することができる。</p>							
入院時の取扱い	入院による不在時は、食事サービス費を除く月額利用料をお支払いいただきます。							
体験入居の内容	<input checked="" type="checkbox"/> あり (内容下記) <input type="checkbox"/> なし							
	29泊30日まで。料金下記。							
	(内容)	① 体験入居料(税込) <b>【29泊30日まで】1日5,000円+食費</b> ② 食事代(税込) 1人1食当り	<table border="1"> <tr> <td>朝食</td> <td>昼食</td> <td>夕食</td> </tr> <tr> <td>562円</td> <td>691円</td> <td>691円</td> </tr> </table>	朝食	昼食	夕食	562円	691円
朝食	昼食	夕食						
562円	691円	691円						
その他								

※入居開始時期は、入居の用に供する前である場合に限り記入すること。

## 6 職員体制

日中の職員体制(※生活支援サービスを提供する常駐職員の配置)			
人員配置	1人	常駐する時間	9時00分～18時00分
常駐場所	<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 )		
夜間の職員体制			
人員配置	1人	常駐する時間	18時00分～翌9時00分
常駐場所	<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 )		
備考			

(職種別の職員数)

( 2023 年 7 月 1 日現在)※入居開始(開設)前は、予定を記載。

① 職員の人数及びその勤務形態											
職種	延べ人数	常勤		非常勤		合計	兼務状況等 (委託である場合はその旨を記入)				
		専従	非専従	専従	非専従						
管理者	⇒③-1	0	1			1.0人	訪問介護員と兼務				
生活支援サービス提供職員 (食事提供サービスを除く)	⇒③-2			1	1	2.0人	アイカーサ東松戸介護事業所				
うち、看護職員：直接雇用				1	1	2.0人					
うち、看護職員：派遣						0.0人					
うち、介護職員：直接雇用	⇒③-3		1			1.0人					
うち、介護職員：派遣						0.0人					
うち、機能訓練指導員	⇒③-4					0.0人					
栄養士						0.0人					
調理員		1		6		7.0人					
事務員		1				1.0人					
その他		1				1.0人					
② 1週間のうち、常勤の従業者が勤務すべき時間数							40	時間			
③-1 管理者の資格				初任者研修							
③-2 生活支援サービス提供職員の資格											
資格	延べ人数	常勤		非常勤							
		専従	非専従	専従	非専従						
医師		0	0	0	0						
看護師		0	0	1	0						
准看護師		0	0	0	1						
介護福祉士		0	0	0	0						
社会福祉士		0	0	0	0						
介護支援専門員		0	0	0	0						
養成研修修了者		0	0	1	0						
上記以外の職員		1	0	0	0						
③-3 介護職員の資格											
資格	延べ人数	常勤		非常勤							
		専従	非専従	専従	非専従						
介護福祉士		0	0	0	0						
介護支援専門員		0	0	0	0						
実務者研修		0	0	0	0						
介護職員初任者研修		0	1	0	0						
たん吸引等研修 (不特定)		0	0	0	0						
たん吸引等研修 (特定)		0	0	0	0						
資格なし		0	0	1	0						
③-4 機能訓練指導員の資格											
資格	延べ人数	常勤		非常勤							
		専従	非専従	専従	非専従						
理学療法士		0	0	0	0						
作業療法士		0	0	0	0						
言語聴覚士		0	0	0	0						
看護師又は准看護師		0	0	0	0						
柔道整復師		0	0	0	0						
あん摩マッサージ指圧師		0	0	0	0						
はり師又はきゅう師		0	0	0	0						
④職員の職種別・勤続年数別人数 (本住宅における勤続年数)											
勤続年数	職種	管理者		生活支援サービス提供職員		看護職員		介護職員		機能訓練指導員	
		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
1年未満		0	0	1	0	1	0	0	0	0	0
1年以上3年未満		0	0	0	0	0	1	0	0	0	0
3年以上5年未満		1	0	0	0	0	0	0	0	0	0
5年以上10年未満		0	0	0	0	0	0	0	1	0	0
10年以上		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
合計		1	0	1	0	1	1	0	1	0	0

7 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

サービスの種類	提供形態		提供の対価(概算・月額)		詳細については、 別添 4 のとおり
	状況把握 生活相談	■ 自ら □ 委託	約	22,000 円	
高齢者生活支援サービス	食事の提供	■ 自ら □ 委託 □ 提供しない	約	58,320 円	
	入浴等の介護	□ 自ら □ 委託 ■ 提供しない	約	円	
	調理等の家事	□ 自ら □ 委託 ■ 提供しない	約	円	
	健康の維持増進	□ 自ら □ 委託 ■ 提供しない	約	円	
	その他	■ 自ら □ 委託 □ 提供しない	約	11,000 円	
家賃の概算額	(最低) 約	40,000 円	住戸ごとの内容は別添 3 のとおり		
	(最高) 約	136,000 円			
管理費(共益費)の概算額	(最低) 約	15,000 円			
	(最高) 約	15,000 円			
水光熱費(共益費)の概算額	(最低) 約	13,200 円			
	(最高) 約	13,200 円			
上下水道料金	(最低) 約	水光熱費に含む 円			
	(最高) 約	水光熱費に含む 円			
ガス料金	(最低) 約	水光熱費に含む 円			
	(最高) 約	水光熱費に含む 円			
敷金の概算額	(最低) 約	120,000 円	家賃の 3 月分		
	(最高) 約	408,000 円			
家賃・共益費・敷金に関する特記事項	・家賃の最多価格帯は80,000円 ・振込による支払となった場合の振込手数料は借主負担 ・敷金等振込先は右記 (振込先) 三菱UFJ銀行(0005) 松戸支店(386) 普通預金 0122015 口座名義 : 株式会社アイメディケア 代表取締役 浅井 清一				
前払金※の有無	□ あり ■ 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( )				

※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。

特定施設入居者生活介護事業所	<input type="checkbox"/> 指定を受けている	介護保険事業所番号 ( )
	<input checked="" type="checkbox"/> 指定を受けていない	
地域密着型特定施設入居者生活介護事業所	<input type="checkbox"/> 指定を受けている	介護保険事業所番号 ( )
	<input checked="" type="checkbox"/> 指定を受けていない	
介護予防特定施設入居者生活介護事業所	<input type="checkbox"/> 指定を受けている	介護保険事業所番号 ( )
	<input checked="" type="checkbox"/> 指定を受けていない	
介護サービス情報	(特定施設入居者生活介護事業者、地域密着型特定施設入居者生活介護事業所若しくは介護予防特定施設入居者生活介護事業所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。)	

8 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 <small>(法人にあっては 主たる事務所の所在地)</small>	(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		

9 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	事業所の場所
居宅介護支援事業所アイカーサ東松戸	居宅介護支援事業 要介護状態にある利用者に対し、適正な居宅介護支援業務を提供する。	<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
アイカーサ東松戸介護事業所	訪問介護及び第1号訪問事業 利用者が可能な限りその居宅において、その有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるよう、入浴、排泄、食事の介護 その他必要な日常生活上の世話及び生活全般にわたる援助を提供する。	<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

10 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)
事業所の所在地	(郵便番号) 電話番号
連携又は協力の内容	

11 入居者の現況

( 2023 年 7 月 1 日現在)

介護度別・年齢別入居者数				平均年齢	86.5 歳	入居者数合計	40 人		
年齢 / 介護度	合計	※要介護度を把握している場合に記載。							
		自立	要支援1	要支援2	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
65歳未満	1	0	0	0	0	0	1	0	0
65歳以上75歳未満	1	0	0	0	0	0	0	1	0
75歳以上85歳未満	10	0	0	0	2	0	4	0	4
85歳以上	28	0	0	0	0	6	9	10	3
合計	40	0	0	0	2	6	14	11	7

入居継続期間別入居者数							
入居期間	6か月未満	6か月以上1年未満	1年以上5年未満	5年以上10年未満	10年以上15年未満	15年以上	合計
入居者数	5	4	24	7	0	0	40

男女別入居者数	男性	13 人	女性	27 人
---------	----	------	----	------

入居率 (一時的に不在となっているものを含む。)	56.3 % (全戸数に対する入居戸数)
--------------------------	----------------------

直近一年間に退去した者の人数と理由				退去者数合計:	11 人
理由	人数(人)	理由	人数(人)	理由	人数(人)
自宅・家族同居	1	他の有料老人ホームへの転居	1	医療機関への入院	
介護老人福祉施設(特養等)へ転居	1		うち、他のサービス付き高齢者向け住宅への転居	1	死亡
介護老人保健施設へ転居	1				その他( )
介護療養型医療施設へ転居		その他の福祉施設・高齢者住宅等への転居	0		

12 入居希望者への事前の情報開示

入居契約書のひな形	<input type="checkbox"/> 入居希望者に公開 <input checked="" type="checkbox"/> 入居希望者に交付 <input type="checkbox"/> 公開していない	財務諸表の要旨 (※前払金を受領する場合に記載)	<input type="checkbox"/> 入居希望者に公開 <input type="checkbox"/> 入居希望者に交付 <input checked="" type="checkbox"/> 公開していない
管理規程 (※必要事項が盛り込まれていれば、重要事項説明書を管理規程に代えることも可。)	<input checked="" type="checkbox"/> 入居希望者に公開 <input type="checkbox"/> 入居希望者に交付 <input type="checkbox"/> 公開していない	財務諸表の原本 (※前払金を受領する場合に記載)	<input type="checkbox"/> 入居希望者に公開 <input type="checkbox"/> 入居希望者に交付 <input checked="" type="checkbox"/> 公開していない
事業収支計画書 (※前払金を受領する場合に記載)	<input type="checkbox"/> 入居希望者に公開 <input type="checkbox"/> 入居希望者に交付 <input type="checkbox"/> 公開していない	その他 ( )	<input type="checkbox"/> 入居希望者に公開 <input type="checkbox"/> 入居希望者に交付 <input type="checkbox"/> 公開していない

13. 医療連携の内容

医療支援 ※複数選択可	<input checked="" type="checkbox"/> 救急車の手配 <input type="checkbox"/> 入退院の付き添い <input type="checkbox"/> 通院介助 <input type="checkbox"/> その他 ( )	
協力医療機関(1)	名称	医療法人財団 明理会 新松戸中央総合病院
	所在地	千葉県松戸市新松戸1丁目380番地
	診療科目	内科/呼吸器内科/消化器・肝臓内科/循環器内科/血液内科/神経内科/感染症内科/外科/心臓血管外科/乳腺外科/大腸肛門外科/呼吸器外科/整形外科/脳神経外科/形成外科/精神科/リウマチ科/小児科/皮膚科/泌尿器科/眼科/耳鼻咽喉科/放射線科/病理診断科/救急科/麻酔科/リハビリテーション科/小児外科/腎臓高血圧内科/糖尿病・内分泌代謝内科
	協力の内容	通院、緊急時受入れ
協力医療機関(2)	名称	
	所在地	
	診療科目	
	協力の内容	
協力歯科医療機関	名称	医療法人社団立靖会ラビット歯科
	所在地	千葉県松戸市日暮1-16-1 RG八柱ビル3F
	協力の内容	歯科健康相談、訪問歯科診療、往診、口腔衛生

14 その他

運営懇談会	<input checked="" type="checkbox"/> あり (年 2 回予定) (開催方法等)	㈱アイメディアケアは、本契約の履行に伴って生ずる諸種の問題に関し、契約当事者が意見交換を行う場として運営懇談会を設置し、年1回定例会を、また必要に応じて臨時会を開催します。運営懇談会の構成員は、入居者、保証人、当住宅の管理者ならびにその他の職員とします。
	<input type="checkbox"/> 以下の内容の代替措置により対応(※入居者が概ね9人以下の場合等) (内容)	
有料老人ホーム設置時の老人福祉法第29条第1項に規定する届出	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> サービス付き高齢者向け住宅の登録を行っているため、高齢者の居住の安定確保に関する法律第23条の規定により、届出が不要	
(介護予防)特定施設入居者生活介護事業所(地域密着型を含む)	<input type="checkbox"/> 指定を受けている    介護保険事業所番号 ( ) <input checked="" type="checkbox"/> 指定を受けていない	



15. 苦情に関する体制(利用者からの苦情に対応する窓口等状況)※複数ある場合は欄を増やして記入

窓口の名称	株式会社アイメディケア 苦情受付相談窓口					
電話番号	047-361-7722					
対応している時間	平日	9時	0分	～	17時	0分
	土曜	時	分	～	時	分
	日曜	時	分	～	時	分
	祝日	時	分	～	時	分
定休日	土曜日・日曜日・祝休日・年末年始(12月31日から1月3日)を除く)					

16 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

基本方針及び千葉県の「高齢者の居住安定確保計画プラン」に沿って適切に運営します。

\_\_\_\_\_  
様に対し

説明年月日 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

入居契約書及び入居契約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	住 所	〒271-0091 千葉県松戸市本町14-1			
	事業者名	株式会社アイメディケア 代表取締役 浅井 清一 ㊞			
説明者署名	㊞				

私は上記事業者から、入居契約書及び入居契約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	㊞
-----	---

役員名簿

(ふりがな) 氏 名	役名等
あさい せいいち 浅井 清一	代表取締役
わたりや かずいき 渡谷 和行	取締役
まつなが もとひろ 松永 元宏	取締役
しろとり としあき 白鳥 敏章	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。

## 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	18.60		○	○			○	10	225～228,230,325～ 328,330	40,000
1	18.60		○	○			○	43	102,103,105～ 107,202,203,205～ 208,210,211,213,215～ 218,220,221,231～ 233,235,302,303,305～ 308,310,311,313,315～ 318,320,321,331～ 333,335	85,000
1	19.84		○	○			○	10	101,108,201,212,222,2 23,301,312,322,323	88,000
1	27.90		○	○			○	2	236,336	130,000
1	29.14		○	○			○	2	237,337	136,000

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	3	339.04	1F(1),2F(1),3F(1)	67	
浴室	4	53.62	1F(1),2F(1),3F(2)	67	
脱衣室	3	33.60	1F(1),2F(1),3F(1)	67	
談話室	1	32.86	1F	67	
共同台所	2	8.60	2F(1),3F(1)	67	
ランドリー	1	22.54	1F	67	
ラウンジ	1	17.55	1F	67	
トイレ	5	21.03	1F(2),2F(1),3F(1)	67	

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 <span style="float: right;"><input type="checkbox"/> 委託する</span>							
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 type="checkbox"/> 医療法人 <span style="margin-left: 150px;"><input type="checkbox"/> 指定居宅介護支援事業者</span> <input type="checkbox"/> 社会福祉法人 <span style="margin-left: 150px;"><input checked="" type="checkbox"/> 指定介護予防サービス事業者</span> <input checked="" type="checkbox"/> 指定居宅サービス事業者 <span style="margin-left: 150px;"><input type="checkbox"/> 指定介護予防支援事業者</span> <input type="checkbox"/> 指定地域密着型サービス事業者 <span style="margin-left: 150px;"><input type="checkbox"/> 上記以外の法人等</span>								
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 checked="" type="checkbox"/> 看護師	人員	1人	<input type="checkbox"/> 介護支援専門員	人員	人			
	<input type="checkbox"/> 准看護師	人員	0	<input checked="" type="checkbox"/> 養成研修修了者	人員	1人			
	<input type="checkbox"/> 介護福祉士	人員	人	<input checked="" type="checkbox"/> 上記以外の職員	人員	1人			
			合 計		人員	4人			
常駐する場所	<input checked="" type="checkbox"/> 同一の敷地内 <span style="margin-left: 50px;"><input type="checkbox"/> 隣接する土地</span> <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 <span style="margin-left: 50px;"><input type="checkbox"/> 次の期間を除く( )</span>								
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	～	翌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	食事や外出の機会を利用して、毎日少なくとも1回の声掛けを行い、安否確認をします。						毎日	1	回
	<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)								
緊急通報サービスの内容	提供時間	常駐する日	時 分 ～		時 分				
		上記以外の日	<input checked="" type="checkbox"/> 24時間						
	通報方法	居室内に設置された緊急呼び出しボタン							
	通報先	1F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	無	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 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	
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 checked="" 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 58,320 円	内訳	朝食 16,860 円    昼食 20,730 円    夕食 20,730 円	
	前払金	約 無 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 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 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 (介護保険サービスに適用されないサービス)			
サービス提供の 対価(概算額)	月額	約 円	前払金の		
	前払金	約 円	算定方法		
備考		入居者の依頼に基づき調整の上、275円/5分にて提供。介護保険適用者以外、介護保険限度額を超える場合などにも利用。			

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)	(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 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 12,100 円	前払金の		
	前払金	約 無 円	算定方法		
備考					

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 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)	(郵便番号)		電話番号	
提供方法	提供日	<input type="checkbox"/> 365日対応 <input checked="" type="checkbox"/> その他( 月曜日～金曜日 9:00～17:00 )			
	内容	<input checked="" 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		
	前払金	約 円	算定方法		
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)	(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( )			
		介護保険サービスに適用されないサービスについて、入居者の依頼に基づき調整の上、275円/5分にて提供。			
サービス提供の 対価(概算額)	月額	約 円	前払金の		
	前払金	約 円	算定方法		
備考					

事業主体が千葉県内で実施する介護保険制度による指定介護サービスの一覧表

介護サービスの種類		箇所数	主な事業所の名称	所在地
<b>&lt;居宅サービス&gt;</b>				
訪問介護	有り	2	アイカーサ東松戸介護事業所	千葉県松戸市東松戸2-19-1
訪問入浴介護	無し			
訪問看護	無し			
訪問リハビリテーション	無し			
居宅療養管理指導	無し			
通所介護	無し			
通所リハビリテーション	無し			
短期入所生活介護	無し			
短期入所療養介護	無し			
特定施設入居者生活介護	有り	4	アイホームまつど小金	千葉県松戸市大金平2-71
福祉用具貸与	無し			
特定福祉用具販売	無し			
<b>&lt;地域密着型サービス&gt;</b>				
定期巡回・随時対応型訪問介護看護	無し			
夜間対応型訪問介護	無し			
認知症対応型通所介護	無し			
小規模多機能型居宅介護	有り			
認知症対応型共同生活介護	無し			
地域密着型特定施設入居者生活介護	無し			
地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護	無し			
看護小規模多機能型居宅介護	無し			
地域密着型通所介護	無し			
居宅介護支援	有り	1	居宅介護支援事業所アイカーサ東松戸	千葉県松戸市東松戸2-19-1
<b>&lt;居宅介護予防サービス&gt;</b>				
介護予防訪問入浴介護	無し			
介護予防訪問看護	無し			
介護予防訪問リハビリテーション	無し			
介護予防居宅療養管理指導	無し			
介護予防通所リハビリテーション	無し			
介護予防短期入所生活介護	無し			
介護予防短期入所療養介護	無し			
介護予防特定施設入居者生活介護	有り	4	アイホームまつど小金	千葉県松戸市大金平2-71
介護予防福祉用具貸与	無し			
特定介護予防福祉用具販売	無し			
<b>&lt;地域密着型介護予防サービス&gt;</b>				
介護予防認知症対応型通所介護	無し			
介護予防小規模多機能型居宅介護	無し			
介護予防認知症対応型共同生活介護	無し			
介護予防支援				
<b>&lt;介護保険施設&gt;</b>				
介護老人福祉施設	無し			
介護老人保健施設	無し			
介護療養型医療施設	無し			
介護医療院	無し			