

有料老人ホーム重要事項説明書

		記入年月日(西暦)	2023年4月1日
記入者名	山本 崇広	所属・職名	事務

1. 事業主体概要

種類	個人 / 法人	
	※法人の場合、その種類	株式会社
名称	(ふりがな) (かぶ)しるばーさーびすふくしまえん 株式会社シルバーサービス福島苑	
主たる事務所の所在地	〒 299-4114 千葉県茂原市本納2983	
連絡先	電話番号	0475-34-2024
	FAX	0475-34-4611
	ホームページアドレス	http://www.sunrize-mobara.co.jp/
代表者	氏 名	山本 雅喜
	職 名	代表取締役
設立年月日	1990年3月6日 (平成2年3月6日)	
主な実施事業	※別添1(別の実施する介護サービス一覧表)	

2. 有料老人ホーム事業の概要

(住まいの概要)

名称	(ふりがな) さんらいずもばら サンライズ茂原		
所在地	〒299-4114 千葉県茂原市本納3356-1		
主な利用交通手段	〒 299-4114 千葉県茂原市本納2983		
	最寄駅	本納駅	
	交通手段と所要時間	<ul style="list-style-type: none"> ・JR外房線 本納駅より800m(徒歩15分) ・JR外房線 大網駅より5.4km(車で15分) 	
連絡先	電話番号	0475-34-2024	
	FAX	0475-34-4611	
	ホームページアドレス	http://www.sunrize-mobara.co.jp/	
管理者	氏 名	山本 順子	
	職 名	(株)シルバーサービス福島苑 取締役 苑長	
建物の竣工日		1991年3月1日	
有料老人ホーム事業の開始日		1991年3月16日	

(類型)【表示事項】

1 介護付(一般型特定施設入居者生活介護を提供する場合)		
2 介護付(外部サービス利用型特定施設入居者生活介護を提供する場合)		
3 住宅型		
4 健康型		
1又は2に該当する場合	介護保険事業所番号	・特定施設入居者生活介護事業所 ・介護予防特定施設入居者生活介護事業所 千葉県指定第1271500074号
	指定した自治体名	千葉県

事業所の指定日	・特定施設:1999年11月1日 ・(介護予防特定施設:2006年4月1日)
指定の更新日	2020年4月1日

3. 建物概要

土地	敷地面積	2,729 m ²				
	所有関係	1 事業者が自ら所有する土地				
		2 事業者が賃借する土地(普通賃借・定期賃借)				
		抵当権の有無	1 あり 2 なし			
		契約期間	1 あり			
(年月日～年月日)						
契約の自動更新	1 あり 2 なし					
建物	延床面積	全体	2,216 m ²			
		うち、老人ホーム部分	2,138 m ²			
	耐火構造	1 耐火建築物				
		2 準耐火建築物				
		3 その他()				
	構造	1 鉄筋コンクリート造				
		2 鉄骨造				
		3 木造				
		4 その他()				
	所有関係	1 事業者が自ら所有する建物				
2 事業者が賃借する建物(普通賃借・定期賃借)						
抵当権の設定		1 あり 2 なし				
契約期間		1 あり				
		(年月日～年月日)				
契約の自動更新	1 あり 2 なし					
居室の状況	居室区分【表示事項】	1 全室個室				
		2 相部屋あり				
		最少	1人部屋			
		最大	4人部屋			
		トイレ	浴室	面積	戸数・室数	区分※
	タイプ 1	有/無	有/無	21 m ²	7	介護居室個室
	タイプ 2	有/無	有/無	21 m ²	13	介護居室相部屋
	タイプ 3	有/無	有/無	39 m ²	7	介護居室相部屋
	タイプ 4	有/無	有/無	39 m ²	1	一時介護室
※「一般居室個室」「一般居室相部屋」「介護居室個室」「介護居室相部屋」「一時介護室」の別を記入。						
共用施設	共用便所における便房	4ヶ所	うち男女別の対応が可能な便房	4ヶ所		
			うち車椅子等の対応が可能な便房	4ヶ所		
	共用浴室	1ヶ所	個室	0ヶ所		
			大浴場	1ヶ所		
	共用浴室における介護浴槽	2ヶ所	特殊浴槽	1ヶ所		
中間浴			1ヶ所			
食堂	1 あり 2 なし					

	入居者や家族が利用できる調理設備	1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし		
	エレベーター	1 あり (車椅子対応) <input checked="" type="checkbox"/> 2 あり (ストレッチャー対応) 3 あり (上記1・2に該当しない) 4 なし		
消防用設備等	消火器	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり 2 なし		
	自動火災報知設備	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり 2 なし		
	火災通報設備	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり 2 なし		
	スプリンクラー	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり 2 なし		
	防火管理者	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり 2 なし		
	防災計画	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり 2 なし		
緊急通報装置等	居室	便所	浴室	その他
	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり	1 あり
	2 一部あり	2 一部あり	2 一部あり	2 一部あり
	3 なし	3 なし	3 なし	<input checked="" type="checkbox"/> 3 なし
その他				

4. サービスの内容

(全体の方針)

運営に関する方針	<ul style="list-style-type: none"> 要支援1から要介護5まで幅広い利用者に満足頂ける介護の提供 衛生かつ快適な住環境及びバランスの取れた食事の提供
サービスの提供内容に関する特色	<ul style="list-style-type: none"> 温かい心の交流と優しさ、そして一人一人の心身の状態に合わせた、きめ細かい健康管理に努めます。
入浴、排せつ又は食事の介護	<input checked="" type="checkbox"/> 1 自ら実施 2 委託 3 なし
食事の提供	<input checked="" type="checkbox"/> 1 自ら実施 2 委託 3 なし
洗濯、掃除等の家事の供与	<input checked="" type="checkbox"/> 1 自ら実施 2 委託 3 なし
健康管理の供与	<input checked="" type="checkbox"/> 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	<input checked="" type="checkbox"/> 1 自ら実施 2 委託 3 なし
生活相談サービス	<input checked="" type="checkbox"/> 1 自ら実施 2 委託 3 なし
入浴、排せつ又は食事の介護	<input checked="" type="checkbox"/> 1 自ら実施 2 委託 3 なし

(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	入居継続支援加算	1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし	
	生活機能向上連携加算	1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし	
	個別機能訓練加算	1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし	
	夜間看護体制加算	1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし	
	若年性認知症入居者受入加算	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり 2 なし	
	医療機関連携加算	1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし	
	口腔衛生管理体制加算	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり 2 なし	
	栄養スクリーニング加算	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり 2 なし	
	退院・退所時連携加算	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり 2 なし	
	看取り介護加算	1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし	
	認知症専門ケア加算	(I)	1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし
		(II)	1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし
	サービス提供体制強化加算	(I) イ	1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし
		(I) ロ	1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし
		(II)	1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし
		(III)	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり 2 なし

介護職員処遇改善加算	(Ⅰ)	1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし
	(Ⅱ)	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり 2 なし
	(Ⅲ)	1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし
	(Ⅳ)	1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし
	(Ⅴ)	1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし
介護職員等特定処遇改善加算	(Ⅰ)	1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし
	(Ⅱ)	<input checked="" type="checkbox"/> 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	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり	(介護・看護職員の配置率) 3 : 1
	2 なし	

(医療連携の内容)

医療支援 選択可	※複数	1 救急車の手配	
		2 入退院の付き添い	
		3 通院介助	
		<input checked="" type="checkbox"/> 4 その他 (訪問診療医の確保・入居者の健康相談)	
協力医療機関	1	名称	医療法人社団三愛会 君塚病院
		住所	千葉県茂原市高師2-8 (当施設から6km)
		診療科目	外科・呼吸器科・循環器科・内科・泌尿器科他
		協力内容	外来診療及び入院治療・年一回の健康診断 (医療費等は入居者の自己負担)
	2	名称	
		住所	
		診療科目	
		協力内容	
協力歯科医療機関	名称	医療法人社団千歯会 大網歯科医院	
	住所	山武郡大網白里町みやこ野2-2-1	
	協力内容	訪問歯科診療 (医療費等は入居者の自己負担)	

(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	<input checked="" type="checkbox"/> 1 一時介護室へ移る場合
	2 介護居室へ移る場合
	<input checked="" type="checkbox"/> 3 その他 (同一室タイプへの居室移動、室タイプの変更)
判断基準の内容	1. 一時介護室へ移る場合 ・病気やけがの為、24時間介護が必要な場合。 ・各自の居室での生活に危険が予想される場合。 ・職員の監視が必要な場合。
	2. 同一室タイプへの居室移動の場合、室タイプの変更の場合 ・入居時の居室では必要となる介護サービスの提供に支障をきたすこととなった場合 ・事業主のその他の事情による場合。 ・本人及び家族の希望による場合
手続きの内容	①医師の意見を聴く ②本人及び身元引受人の意向を確認した上で決定する。
追加的費用の有無	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり (室タイプを変更する場合) <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし (同一室タイプの居室移動の場合)
居室利用権の取扱い	・同一室タイプへの居室移動の場合、利用権は変わりません。 ・室タイプ変更時は利用権も変更となります。
前払金償却の調整の有無	1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし

従前の居室との様の変更	面積の増減	<input type="checkbox"/> 1 あり(個室・2人室から多床室へ移る場合、またはその逆の場合) <input type="checkbox"/> 2 なし(同一室タイプへの居室移動の場合)
	便所の変更	<input type="checkbox"/> 1 あり(個室から2人室・多床室へ移る場合) <input type="checkbox"/> 2 なし(個室から他の個室へ移る場合)
	浴室の変更	1 あり <input type="checkbox"/> 2 なし
	洗面所の変更	1 あり <input type="checkbox"/> 2 なし
	台所の変更	1 あり <input type="checkbox"/> 2 なし
	その他の変更	<input type="checkbox"/> 1 あり <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 2 なし
	要支援の者	<input type="checkbox"/> 1 あり 2 なし
	要介護の者	<input type="checkbox"/> 1 あり 2 なし
留意事項	なし	
契約の解除の内容	①入居者が逝去した場合 ②入居者から契約解除が行なわれた場合	
事業主体から解約を求める場合	解約条項	①入居申込書に虚偽の事項を記載する等の不正手段により入居した時 ②管理費その他の費用の支払いを正当な理由なく、3か月以上遅滞したとき ③禁止または制限される行為(入居申込資料第20条参照)の規定に違反した時 ④入居者の行動が、他の入居者に危害や著しい迷惑を及ぼす恐れがあり、かつ入居者に対する通常の介護方法ではこれを防止することができない時
	解約予告期間	14日間
入居者からの解約予告期間	30日間	
体験入居の内容	<input type="checkbox"/> 1 あり (以下内容) ・介護費(非課税)日額3,500円(ただし介護保険非該当の方のみ) ・滞在費(税込み)日額4人室2,145円、2人室3,190円、個室5,280円 ・食費(税込み)日額1,980円。2泊3日を限度とする)	
	<input type="checkbox"/> 2 なし	
入居定員	61人	
その他	【短期解約特例】 入居一時金の償却起算日後 90日以内に解約される場合は、契約書第40条に基づき、入居一時金及び月額利用料等、受領済総額の契約期間に係る日割り分を除き、全額を返還いたします。	

5. 職員体制

※有料老人ホーム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の職員については記載する必要はありません)。

(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(A,B)	非常勤(C,D)	
管理者	1	1	0	0.3
生活相談員	1	1	0	1
直接処遇職員	28	12	16	19.7
介護職員	25	10	15	17.1
看護職員	4	2	2	2.6
機能訓練指導員	1	0	1	0.4

計画作成担当者	1	1	0	0.7
栄養士	1	0	1	0.1
調理員	10	2	8	4.6
事務員	4	2	2	3
その他職員	3	0	3	1.3
1週間のうち、常勤の従業者が勤務すべき時間数※2				38
※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。				

(資格を有している介護職員の人数)

	合計		
		常勤	非常勤
社会福祉士	0	0	0
介護福祉士	4	2	2
実務者研修の修了者	1	0	1
初任者研修の修了者	11	3	8
介護支援専門員	1	1	0

(資格を有している機能訓練指導員の人数)

	合計		
		常勤	非常勤
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	1	0	1
はり師			
きゅう師			

(夜勤を行う看護・介護職員の人数)

夜勤帯の設定時間(17時～9:00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	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・介護職員の割合 (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)	2.4:1
※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有料老人ホーム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	介護支援専門員								
		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		0	1	1	4	0	1	0	0	0	0	
前年度1年間の退職者数		0	1	4	2	0	2	0	0	0	0	
就業した業務に従事した経験年数に応じた経年人数	1年未満	0	1	0	4	0	0	0	0	0	0	
	1年以上3年未満	0	0	5	4	0	0	0	0	0	0	
	3年以上5年未満	0	0	2	2	0	0	0	0	0	0	
	5年以上10年未満	0	0	2	2	0	0	0	1	0	0	
	10年以上	2	1	1	3	1	0	0	0	1	0	
従業者の健康診断の実施状況					1 あり 2 なし							

6. 利用料金

(利用料金の支払い方法)

居住の権利形態 【表示事項】	1 利用権方式 2 建物賃貸借方式 3 終身建物賃貸借方式	
利用料金の支払い方式 【表示事項】	1 全額前払い方式	
	2 一部前払い・一部月払い方式	
	3 月払い方式	
	4 選択方式 ※該当する方式を全て選択	1 全額前払い方式 2 一部前払い・一部月払い方式 3 月払い方式
年齢に応じた金額設定	1 あり 2 なし	
要介護状態に応じた金額設定	1 あり 2 なし	
入院等による不在時における利用料金(月払い)の取扱い	1 減額なし 2 日割り計算で減額(食費のみ) 3 不在期間が 日以上の場合に限り、日割り計算で減額	
利用料金の改定	条件	施設の所在する地域の自治体が発表する消費者物価指数及び人件費等を勘案し、改定することがある。
	手続き	入居者及び身元引受人等へ事前に通知する。

(利用料金のプラン【代表的なプランを2例】)

		プラン1	プラン2
入居者の状況	要介護度	要介護2	要介護5
	年齢	78歳	85歳
居室の状況	床面積	(4人部屋_通路側) 39㎡	(個室) 21㎡
	便所	1 有 2 無	1 有 2 無
	浴室	1 有 2 無	1 有 2 無
	台所	1 有 2 無	1 有 2 無
入居時点で必要な費用	前払金	0円	0円
	敷金	0円	0円
月額費用の合計		175,831円	256,228円
家賃		30,000円	81,600円
サービス費用	特定施設入居者生活介護※1の費用	(要介護2) 20,431円	(要介護5) 27,228円
	食費	59,400円	59,400円
	管理費	66,000円	88,000円
	介護費用	-	-
	光熱水費	理費に含む(※一部負担あり)	管理費に含む(※一部負担あり)
	その他	都度払いサービスあり	都度払いサービスあり
<p>※1 介護予防・地域密着型の場合を含む。 ※2 有料老人ホーム事業として受領する費用(訪問介護などの介護保険サービスに関わる介護費用は、同一法人によって提供される介護サービスであっても、本欄には記入していない)</p>			

(利用料金の算定根拠)

費目	算定根拠
家賃	介護居室及び共用部分利用のための家賃相当額に充当される。賃料、修繕費等を基礎とし、近傍家賃を参考として、想定居住期間を勘案して算出。
敷金	なし
介護費用	※介護保険サービスの自己負担額は含まない。
管理費	共用施設等の維持管理、水光熱費、居室内の水光熱費、事務費、本社経費、日常生活サービス、健康管理に係る職員の人件費、事務員及び管理部門の人件費。
食費	月額：59,400円固定(税込) {1日あたり：1,980円(税込)} ※一日3食欠食した場合は、喫食実績に基づいて清算いたします。 ※トロミ食は月額：70,200円固定(税込)です。
光熱水費	管理費に含む(※一部負担あり【例】持ち込みの電熱ストーブ等で使用される電力料金)
利用者の個別的な選択によるサービス利用料	別添2
その他のサービス利用料	

(特定施設入居者生活介護に関する利用料金の算定根拠)※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

費目	算定根拠
特定施設入居者生活介護※に対する自己負担	基本報酬、P3に記載する加算の利用者負担分。
特定施設入居者生活介護※における人員配置が手厚い場合の介護サービス(上乘せサービス)	-
※ 介護予防・地域密着型の場合を含む。	

(前払金の受領)※前払金を受領していない場合は省略可能

算定根拠	介護居室及び共用部分利用のための家賃相当額に充当される。1人当りの居室の面積・利便性、建物構造、共用スペース/設備、及び入居者の年齢と想定居住期間等を勘案し、算出。	
想定居住期間(償却年月数)	108/72/48ヶ月(70/80/90代以上)	
償却の開始日	入居日の翌日	
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)	0円	
初期償却率	21/23/9%(70/80/90代以上)	
返還金の算定方法	入居後3月以内の契約終了	$(\text{入居一時金}) - (1\text{ヶ月分の家賃相当額}) \div 30 \times (\text{入居日から起算して契約終了日までの日数})$
	入居後3月を超えた契約終了	契約終了日以降、想定居住期間が経過するまでの期間につき、日割り計算により算出した家賃相当額
前払金の保全先	1 連帯保証を行う銀行等の名称	
	2 信託契約を行う信託会社等の名称	
	3 保証保険を行う保険会社の名称	
	4 全国有料老人ホーム協会	(内容) (公社)全国有料老人ホーム協会の入居者生活保証制度に加入。当社が個別入居者について制度に拠出金を支払うことにより、万一倒産等に至り、入居者のすべてが退去せざるを得なくなり、かつ入居者から入居契約が解除された場合に、償却期間終了後においても保証金として500万円が入居者に支払われる。(500万円は前払い金総額に対する保証額)
	5 その他(名称:)	

7. 入居者の状況【冒頭に記した記入日現在】(入居者の人数)

(入居者の人数)

性別	男性	14人
	女性	34人
年齢別	65歳未満	1人
	65歳以上75歳未満	0人
	75歳以上85歳未満	13人
	85歳以上	34人
要介護度別	自立	0人
	要支援1	0人
	要支援2	0人
	要介護1	9人
	要介護2	4人
	要介護3	6人
	要介護4	13人
	要介護5	14人
入居期間別	6ヶ月未満	14人
	6ヶ月以上1年未満	3人
	1年以上5年未満	22人
	5年以上10年未満	5人
	10年以上15年未満	4人
	15年以上	0人

(入居者の属性)

平均年齢	89.0歳
入居者数の合計	48人
入居率※	78.6 (48/61)%
※ 入居者数の合計を入居定員数で除して得られた割合。一時的に不在となっている者も入居者に含む。	

(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	11人
	死亡者	8人
	その他	0人
生前解約の状況	施設側の申し出	(解約事由の例) 0人
	入居者側の申し出	(解約事由の例) 他施設へ転居、病院への入院等 13人

8. 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1	当施設苦情受付窓口	
電話番号	0475-34-2024	
対応している時間	平日	9:00~17:00
	土曜	9:00~17:00
	日曜・祝日	休み
定休日	日曜日及び年始(1/1~1/3)	
窓口の名称1	(公社)全国有料老人ホーム協会	
電話番号	03-3458-1077	
対応している時間	平日	10:00~16:00
	土曜	休み
	日曜・祝日	休み
定休日	土曜・日曜・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) (公社)全国有料老人ホーム協会の「有料老人ホーム賠償責任保険」に加入しており、サービス提供上の事故により入居者の生命、身体、財産に損害が発生した場合、不可抗力による場合を除き賠償される。
	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) 損害賠償保険にて補償する。
	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	(事故マニュアル)

(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	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり	実施日	2012年1月30日
	2 なし	結果の開示	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり 2 なし
第三者による評価の実施状況	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり	実施日	2011年1月17日
		評価機関名称	株川原経営総合センター
	2 なし	結果の開示	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり 2 なし

9. 入居希望者への事前の情報開示

入居契約書の雛形	<input type="checkbox"/> 1 入居希望者に公開 <input checked="" type="checkbox"/> 2 入居希望者に交付 <input type="checkbox"/> 3 公開していない
管理規程	<input type="checkbox"/> 1 入居希望者に公開 <input checked="" type="checkbox"/> 2 入居希望者に交付 <input type="checkbox"/> 3 公開していない
事業収支計画書	<input type="checkbox"/> 1 入居希望者に公開 <input type="checkbox"/> 2 入居希望者に交付 <input checked="" type="checkbox"/> 3 公開していない
財務諸表の要旨	<input type="checkbox"/> 1 入居希望者に公開 <input type="checkbox"/> 2 入居希望者に交付 <input checked="" type="checkbox"/> 3 公開していない
財務諸表の原本	<input type="checkbox"/> 1 入居希望者に公開 <input type="checkbox"/> 2 入居希望者に交付 <input checked="" type="checkbox"/> 3 公開していない

10. その他

運営懇談会	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり	(開催頻度)年 1 回
	2 なし	
	<input type="checkbox"/> 1 代替措置あり <input type="checkbox"/> 2 代替措置なし	(内容)
提携ホームへの移行 【表示事項】	<input type="checkbox"/> 1 あり(提携ホーム名:) <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし	
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 checked="" type="checkbox"/> 1 あり(H3 年 3 月 30 日届出) <input type="checkbox"/> 2 なし <input type="checkbox"/> 3 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	
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	<input type="checkbox"/> 1 あり(年 月 日登録) <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし	

千葉県有料老人ホーム設置運営指導指針「規模及び構造設備」に合致しない事項	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり <input type="checkbox"/> 2 なし (2021年 9月 1日施行の設置運営指導指針を適用)
合致しない事項がある場合の内容	・居室トイレなし、居室面積不足
「既存建築物等の活用の場合等の特例」への適合性	1 適合している(代替措置) 2 適合している(将来の改善計画) 3 適合していない
千葉県有料老人ホーム設置運営指導指針の不適合事項	
不適合事項がある場合の内容	・居室トイレなし、居室面積不足

付書類：別添1（別の実施する介護サービス一覧表）
別添2（個別選択による介護サービス一覧表）

※ _____ 様

説明年月日 年 月 日

説明者署名 _____

※契約を前提として説明を行った場合は、説明を受けた者の署名を求める。