

有料老人ホーム重要事項説明書

| | |
|-------|----------|
| 記入年月日 | 令和2年7月1日 |
| 記入者名 | 薬王寺 由里 |
| 所属・職名 | 所長 |

1. 事業主体概要

| | | |
|------------|--|---|
| 種類 | 個人 / <input checked="" type="checkbox"/> 法人 | |
| | ※法人の場合、その種類 | 社会福祉法人 |
| 名称 | (ふりがな) しゃかいふくしほうじん させほはくじゆかい 社会福祉法人 佐世保白寿会 | |
| 主たる事務所の所在地 | 〒 858-0922 長崎県佐世保市鹿子前町 904 番 1 | |
| 連絡先 | 電話番号 | 0956-28-1181 |
| | FAX番号 | 0956-28-1610 |
| | ホームページアドレス | http://www.hakuzyusou.or.jp/ |
| 代表者 | 氏名 | 富永 雅也 |
| | 職名 | 理事長 |
| 設立年月日 | <input checked="" type="checkbox"/> 昭和 ・ 平成 ・ 令和 43年 1月 8日 | |
| 主な実施事業 | ※別添1 (別に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) じゅうたくがたゆうりようろうじんほむ どりーむすてい かがやき 住宅型有料老人ホーム ドリームステイ かがやき | |
| 所在地 | 〒 858-0922 長崎県佐世保市鹿子前町 904 番 1 | |
| 主な利用交通手段 | 最寄駅 | 佐世保駅 |
| | 交通手段と所要時間 | ① バス利用の場合 ・市バス乗車 15分、赤崎小学校下停留所で下車、徒歩0分。 ② 自動車利用の場合 (中央インターチェンジを下りて鹿子前方面へ) ・乗車5分 |
| 連絡先 | 電話番号 | 0956-28-1181 |
| | FAX番号 | 0956-28-1610 |
| | ホームページアドレス | http://www.hakuzyusou.or.jp/ |
| 管理者 | 氏名 | 薬王寺 由里 |
| | 職名 | 所長 |
| 建物の竣工日 | | 既存建物 |
| 有料老人ホーム事業の開始日 | | 令和1年11月1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 | 介護保険事業者番号 | | | | |
| | 指定した自治体名 | | 県 (市) | | |
| | 事業所の指定日 | | 平成 | 年 | 月 日 |
| | 指定の更新日 (直近) | | 平成 | 年 | 月 日 |

3. 建物概要

| | | | | |
|-----------|----------------|---|-----------------------|------|
| 土地 | 敷地面積 | 5,268.93 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 | | |
| | | 抵当権の有無 | 1 あり | 2 なし |
| 契約期間 | | 1 あり (R2年4月1日 ~ R.3年3月31日) 2 なし | | |
| | 契約の自動更新 | 1 あり | 2 なし | |
| 建物 | 延床面積 | 全体 | 826.66 m ² | |
| | | うち、老人ホーム部分 | 826.66 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 | | | |
| | 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) 2 なし | | |
| | 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 | 人部屋 | | |
|--|---|-------------------------------|---------------------------------------|---------------|---------------|--|
| | | | 最大 | 人部屋 | | |
| | トイレ | 浴室 | 面積 | 戸数・室数 | 区分※ | |
| タイプ1 | <input checked="" type="checkbox"/> 有/ <input type="checkbox"/> 無 | 有/ <input type="checkbox"/> 無 | 14.65 m ² | 1 | 一般居室個室 | |
| タイプ2 | <input checked="" type="checkbox"/> 有/ <input type="checkbox"/> 無 | 有/ <input type="checkbox"/> 無 | 15.05 m ² | 1 | 一般居室個室 | |
| タイプ3 | <input checked="" type="checkbox"/> 有/ <input type="checkbox"/> 無 | 有/ <input type="checkbox"/> 無 | 14.82 m ² | 1 | 一般居室個室 | |
| タイプ4 | <input checked="" type="checkbox"/> 有/ <input type="checkbox"/> 無 | 有/ <input type="checkbox"/> 無 | 14.70 m ² | 3 | 一般居室個室 | |
| タイプ5 | <input checked="" type="checkbox"/> 有/ <input type="checkbox"/> 無 | 有/ <input type="checkbox"/> 無 | 14.71 m ² | 1 | 一般居室個室 | |
| タイプ6 | <input checked="" type="checkbox"/> 有/ <input type="checkbox"/> 無 | 有/ <input type="checkbox"/> 無 | 15.18 m ² | 2 | 一般居室個室 | |
| タイプ7 | <input checked="" type="checkbox"/> 有/ <input type="checkbox"/> 無 | 有/ <input type="checkbox"/> 無 | 15.62 m ² | 3 | 一般居室個室 | |
| タイプ8 | <input checked="" type="checkbox"/> 有/ <input type="checkbox"/> 無 | 有/ <input type="checkbox"/> 無 | 15.42 m ² | 1 | 一般居室個室 | |
| タイプ9 | <input checked="" type="checkbox"/> 有/ <input type="checkbox"/> 無 | 有/ <input type="checkbox"/> 無 | 16.69 m ² | 1 | 一般居室個室 | |
| タイプ10 | <input checked="" type="checkbox"/> 有/ <input type="checkbox"/> 無 | 有/ <input type="checkbox"/> 無 | 21.06 m ² | 1 | 一般居室個室 | |
| タイプ11 | <input checked="" type="checkbox"/> 有/ <input type="checkbox"/> 無 | 有/ <input type="checkbox"/> 無 | 22.95 m ² | 1 | 一般居室個室 特室Ⅰ | |
| タイプ12 | <input checked="" type="checkbox"/> 有/ <input type="checkbox"/> 無 | 有/ <input type="checkbox"/> 無 | 28.44 m ² | 1 | 一般居室個室 特室Ⅱ | |
| タイプ13 | <input checked="" type="checkbox"/> 有/ <input type="checkbox"/> 無 | 有/ <input type="checkbox"/> 無 | 29.01 m ² | 1 | 一般居室個室 特室Ⅲ | |
| タイプ14 | <input checked="" type="checkbox"/> 有/ <input type="checkbox"/> 無 | 有/ <input type="checkbox"/> 無 | 48.96 m ² | 1 | 一般居室個室 特室Ⅳ | |
| ※「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 | 1ヶ所 | うち男女別の対応が可能な便房 | ヶ所 | | |
| | | | うち車椅子等の対応が可能な便房 | 1ヶ所 | | |
| | 共用浴室 | 2ヶ所 | 個室 | 2ヶ所 | | |
| | | | 大浴場 | ヶ所 | | |
| | 共用浴室における 介護浴槽 | 1ヶ所 | チェアー浴 | ヶ所 | | |
| | | | リフト浴 | 1ヶ所 | | |
| | | | ストレッチャー浴 | ヶ所 | | |
| その他（ ） | | | ヶ所 | | | |
| 食堂 | <input checked="" type="checkbox"/> 1 | あり | <input type="checkbox"/> 2 | なし | | |
| 入居者や家族が利用 できる調理設備 | <input type="checkbox"/> 1 | あり | <input checked="" type="checkbox"/> 2 | なし | | |
| エレベーター | <input checked="" type="checkbox"/> 1 | あり（車椅子対応） | <input type="checkbox"/> 2 | あり（ストレッチャー対応） | | |
| | <input type="checkbox"/> 3 | あり（上記1・2に該当しない） | <input type="checkbox"/> 4 | なし | | |

| | | | | | |
|--------|----------|----------------------------|----|----------------------------|----|
| 消防用設備等 | 消火器 | <input type="checkbox"/> 1 | あり | <input type="checkbox"/> 2 | なし |
| | 自動火災報知設備 | <input type="checkbox"/> 1 | あり | <input type="checkbox"/> 2 | なし |
| | 火災通報設備 | <input type="checkbox"/> 1 | あり | <input type="checkbox"/> 2 | なし |
| | スプリンクラー | <input type="checkbox"/> 1 | あり | <input type="checkbox"/> 2 | なし |
| | 防火管理者 | <input type="checkbox"/> 1 | あり | <input type="checkbox"/> 2 | なし |
| | 防災計画 | <input type="checkbox"/> 1 | あり | <input type="checkbox"/> 2 | 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 | <p>(1) 事業の実施に当たっては、入居者が可能な限りその有する能力に応じて、自立した生活を営むことができるようにします。</p> <p>(2) 入居者がゆったり落ち着いた自由な安定した生活ができるように努めます。</p> <p>(3) 入居者又はその家族に対して、サービスの内容及び提供方法について分かりやすく説明します。</p> | | |
| サービスの提供内容に関する特色 | 入居者ができるところは、自分で行うという考えのもと、自立支援を促す。 | | |
| 入浴、排せつ、又は食事の介護 | <input type="checkbox"/> 1 | 自ら実施 | <input type="checkbox"/> 2 委託 <input type="checkbox"/> 3 なし |
| 食事の提供 | <input type="checkbox"/> 1 | 自ら実施 | <input checked="" type="checkbox"/> 2 委託 <input type="checkbox"/> 3 なし |
| 洗濯、掃除等の家事の供与 | <input type="checkbox"/> 1 | 自ら実施 | <input type="checkbox"/> 2 委託 <input type="checkbox"/> 3 なし |
| 健康管理の供与 | <input type="checkbox"/> 1 | 自ら実施 | <input type="checkbox"/> 2 委託 <input type="checkbox"/> 3 なし |
| 安否確認又は状況把握サービス | <input type="checkbox"/> 1 | 自ら実施 | <input type="checkbox"/> 2 委託 <input type="checkbox"/> 3 なし |
| 生活相談サービス | <input type="checkbox"/> 1 | 自ら実施 | <input type="checkbox"/> 2 委託 <input type="checkbox"/> 3 なし |

(医療連携の内容)

| | | | |
|--------|--|----|---------------|
| 医療支援 | <p>※複数選択可</p> <p><input type="checkbox"/> 1 救急車の手配</p> <p><input type="checkbox"/> 2 入退院の付き添い</p> <p><input type="checkbox"/> 3 通院介助</p> <p><input type="checkbox"/> 4 その他 ()</p> | | |
| 協力医療機関 | 1 | 名称 | 佐世保中央病院 |
| | | 住所 | 佐世保市大和町 15 番地 |

| | | | |
|----------|------|------|---|
| | | 診療科目 | 外科/整形外科/脳神経外科/心臓血管外科 小児科/眼科/皮膚科/泌尿器科/耳鼻咽喉科 神経内科/循環器内科/呼吸器内科/腎臓内科 消化器内科 |
| | | 協力内容 | 入居者が診療・治療を要する場合の対応、夜間等においての診療、治療等が必要な場合の緊急対応、職員への指示、必要な診療科への紹介、斡旋 |
| | 2 | 名称 | |
| | 住所 | | |
| | 診療科目 | | |
| | | 協力内容 | |
| 協力歯科医療機関 | | 名称 | 歯科タナカ |
| | | 住所 | 佐世保市谷郷町 2-15 |
| | | 協力内容 | 入居者が診療・治療を要する場合の対応、治療等が必要な場合の緊急対応、職員への指示 |

(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 | <input checked="" type="checkbox"/> 1 あり 2 なし |
| | 要支援の者 | <input checked="" type="checkbox"/> 1 あり 2 なし |
| | 要介護の者 | <input checked="" type="checkbox"/> 1 あり 2 なし |
| 留意事項 | 概ね 65 歳以上 | |
| 契約の解除の内容 | ① 入居者が死亡した場合 ② 入居者から契約解除が行われた場合 ③ 事業主体から契約解除が行われた場合 | |
| 事業主体から解約を求める場合 | 解約条項 | 入居契約書 第 28 条 |
| | 解約予告期間 | 3 ヶ月 (条件あり) |
| 入居者からの解約予告期間 | 1 ヶ月 | |
| 体験入居の内容 | <input checked="" type="checkbox"/> 1 あり (内容: 一泊二日 1,750 円) 2 なし | |
| 入居定員 | 19 人 | |
| その他 | | |

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 | 常勤兼務 | 非常勤 | |
| 管理者 | 1 | 1 | | |
| 生活相談員 | | | | |
| 直接処遇職員 | | | | |
| 介護職員 | | | | |
| 看護職員 | | | | |
| 機能訓練指導員 | | | | |
| 計画作成担当者 | | | | |
| 栄養士 | | | | |
| 調理員 | | | | |
| 事務員 | | | | |
| その他職員 | | | | |
| 1週間のうち、常勤の従事者が勤務すべき時間数 ※2 | | | | |
| ※1 常勤換算人数とは、当該事業所の従事者の勤務延時間数を当該事業所において常勤の従事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ていない場合は、記入不要。 | | | | |

(資格を有している介護職員の人数)

| | 合計 | | |
|-----------|----|------|-----|
| | | 常勤兼務 | 非常勤 |
| 社会福祉士 | | | |
| 介護福祉士 | 1 | 1 | |
| 実務者研修の修了者 | | | |
| 初任者研修の修了者 | | | |
| 介護支援専門員 | | | |

(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 | | | |

(夜勤を行う看護・介護職員の人数)

| | | |
|------------------|------|-----------------|
| 夜間帯の設定時間 (時～ 時) | | |
| | 平均人数 | 最少時人数 (休憩者等を除く) |
| 看護職員 | 人 | 人 |
| 介護職員 | 人 | 人 |

(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・主任介護支援専門員 | | | | | | | |
| | 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 | | | | | | | | | | |
| 前年度1年間の退職者数 | | | | | | | | | | |
| 業務に従事した経験年数に応じた職員の人数 | 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 | | | | | |

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 <input type="checkbox"/> 2 なし <input checked="" type="checkbox"/> |
| 要介護状態に応じた金額設定 | 1 あり <input type="checkbox"/> 2 なし <input checked="" type="checkbox"/> |
| 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 <input checked="" type="checkbox"/> 日割り計算で減額 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 手続き |
| | 消費者物価指数及び人件費等を勘案し、必要と考えられる場合。 運営懇談会の意見を聴取する。 |

(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 | 要支援1 | |
| | 年齢 | 80歳 | 70歳 | |
| 居室の状況 | 床面積 | 15.18 m ² | 14.71 m ² | |
| | 便所 | <input checked="" type="checkbox"/> 有 2 無 | <input checked="" type="checkbox"/> 有 2 無 | |
| | 浴室 | 1 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 | 1 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 | |
| | 台所 | 1 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 | 1 有 <input checked="" type="checkbox"/> 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 | | 60,000円 | 60,000円 | |
| 家賃 | | 21,000円 | 21,000円 | |
| サービス費用 | 特定施設入居者生活介護※1の費用 | 円 | 円 | |
| | 介護保険外※2 | 食費 | 30,000円 | 30,000円 |
| | | 管理費 | 9,000円 | 9,000円 |
| | | 介護費用 | 円 | 円 |
| | | 光熱水費 | 円 | 円 |
| | | その他 | 円 | 円 |

※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、本欄には記入しない）

(利用料金の算定根拠)

| 費目 | 算定根拠 |
|----------------------|----------------------|
| 家賃 | 近辺の有料老人ホームの家賃相当額を参照 |
| 敷金 | 家賃の ヶ月分 |
| 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 | 水光熱費、事務費、共用施設の維持管理費 |
| 食費 | 1,000円/日 |
| 光熱水費 | 管理費に含む |
| 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 | 医療費、その他個人的な支出費用 |

7. 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 | 1人 |
| | 女性 | 6人 |
| 年齢別 | 65歳未満 | 1人 |
| | 65歳以上75歳未満 | 2人 |
| | 75歳以上85歳未満 | 2人 |
| | 85歳以上 | 2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 | 1人 |
| | 要介護2 | 2人 |
| | 要介護3 | 2人 |
| | 要介護4 | 2人 |
| | 要介護5 | 0人 |
| 入居期間別 | 6ヶ月未満 | 7人 |
| | 6ヶ月以上1年未満 | 0人 |
| | 1年以上5年未満 | 0人 |
| | 5年以上10年未満 | 0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 | 77.9歳 |
| 入居者数の合計 | 7人 |
| 入居率 ※ | 37% |
| ※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 | 1人 |
| | 死亡者 | 0人 |
| | その他 | 0人 |
| 生前解約の状況 | 施設側の申し出 | 人 (解約事由の例) |
| | 入居者側の申し出 | 人 (解約事由の例) |

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)

(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3回程度 |
| | 2 なし | 結果の開示 | 1 あり 2 なし |
| 第三者による評価の実施状況 | 1 あり | 実施日 | 年2回程度 |
| | 2 なし | 評価機関名称 | 地域民生児童委員 |

| | | |
|----------|------------------------|------------|
| 窓口の名称 | 住宅型有料老人ホーム ドリームステイかがやき | |
| 電話番号 | 0956-28-1181 | |
| 対応している時間 | 平日 | 8:30~17:30 |
| | 土曜 | 8:30~17:30 |
| | 日曜・祝日 | 8:30~17:30 |
| 定休日 | なし | |

(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) あいおいニッセイ同和損保「介護保険・社会福祉事業者総合保険」に加入予定 |
| | 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) あいおいニッセイ同和損保「介護保険・社会福祉事業者総合保険」に加入予定 |
| | 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 | |

9. 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 |

10. その他

| | | |
|--|---|-------------|
| 運営懇談会 | 1 あり | (開催頻度) 年 2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 | |
| 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 | 1 あり 2 なし 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 | 1 あり 2 なし | |
| 有料老人ホーム設置運営指導指針「5. 規模及び構造設備」に合致しない事項 | 1 あり 2 なし | |
| 合致しない事項がある場合の内容 | | |
| 「6. 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 | |

| | | |
|---------------------------|------|--|
| 有料老人ホーム設置運営指導指針 の不適合事項 | 1 あり | <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし |
| 不適合事項がある場合の内容 | | |

添付書類： 別添1 (別に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 令和 _____ 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。