

重要事項説明書

(サービス付高齢者向け住宅でのサービス提供)

あなたに対する、サービス付高齢者向け住宅でのサービス提供開始にあたり、あなたに説明すべき重要事項は次のとおりです。

1、サービス付高齢者向け住宅の名称及び所在地

住宅の名称	(フリガナ) サービスツキ コウレイシヤムケジユウタク アイキ	
	サービス付高齢者向け住宅 愛輝	
所在地	長崎県佐世保市江迎町三浦22-19	
利用交通手段	電車 : 松浦鉄道 松浦佐世保線 江迎鹿町駅から徒歩10分 その他 :	
住宅に関する権原	所有権	期間
施設に関する権原	所有権	期間
敷地に関する権原	賃借権	期間
問合わせ先	サービス付高齢者向け住宅 愛輝 電話番号0956-73-1500・1501	

2、サービス付高齢者向け住宅事業を行うもの

法人・個人の別	法人	
商号・名称又は氏名	有限会社 金子	
住所	〒857-0341 長崎県北松浦郡佐々町羽須和免927 電話番号:0956-42-7010	
法人の役員	代表取締役 : 下津浦 正明	
法定代理人	氏名	
	住所	
法人の役員		

3、サービス付高齢者向け住宅事業を行う者の事務所

事務所の名称	有限会社 金子	
住所	〒857-0341 長崎県北松浦郡佐々町羽須和免927 電話番号:0956-42-7010	

4、サービス付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	10戸	居住部分の規模	最小 18.38㎡	詳細については 次頁、4-1に記載
共同利用設備	あり	構造	木造り造	
階数	1階建	竣工の年月日	2012年10月31日	
加齢対応構造等	登録基準に適合し手入る／緊急通報装置を備えてる。			

4-1、専用部分の規模並びに構造及び設備等と賃貸料

専用部分の 床面積(m ²)	構造及び設備						住戸数 戸	住戸 番号	月額家賃 (概算円)	共益費 (概算円)	間 取り
	*完備	便所	洗面	浴室	台所	収納					
18.38	×	○	○	×	×	○	10	1~10	¥40,000	¥20,000	1

○ 敷金については別途、家賃の1.0ヶ月分、退去時の室内清掃等の修復費用へ充当し精算致します。

* 構造及び設備の「完備」とは、各戸に便所、洗面、浴室、台所、収納の全てを備えて居る事を表します。

4-2、共同利用設備等

設備等	設備箇所	合計床面積(m ²)	整備箇所	想定利用戸数	備 考
浴室	1	7.79	1階	10	
台所	1	18.89	1階	10	IHコンロ設置
食堂	1	28.5	1階	10	

5、サービス付高齢者向け住宅の契約、入居資格について

入居契約の別	賃貸借契約	終身賃貸事業者の事業認可	認可を受けていない
入居者の資格	次の①又は②に該当するものである。 ① 単身高齢者世帯 ② 高齢者＋同居者(配偶者/60歳以上の親族/要介護・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・要支援認定を受けている60歳未満の者をいう)		

6、提供される生活支援サービス内容及び利用料、その他の費用について。

サービスの種類	サービス内容	提供形態	利用料
状況把握・生活相談	体調管理、緊急時の医療機関及び家族への連絡等 本建物内での日常生活に関する相談に応じる。入院時、後の連携。	自ら	月額 ¥5,000
食事の提供	ホームの厨房にて調理、配食致します。 状態に応じ介助を行います。	自ら	朝食300円昼食450円 夕食450円
入浴・排泄等の介護	衣類の着脱、身体の清拭、洗髪、洗身の介助 排泄への自立支援及び、状況に応じ適切な介助	自ら	入浴1回200円 月額約3000円
家事サービス	洗濯・清掃・調理等の日常生活における支援 洗濯1回 100円、リネン1日100円	自ら	月額 6000円
健康維持増進	検温、血圧測定等で身体状況の把握 病院付添いは、1回500円、10Km以上1000円(別途)	自ら	月額 3000円
その他	生活娯楽サービス(花見、ドライブ、買い物) 地域社会行事参加(おくんち、蘭玉祭り)	自ら	無料

* 入院中でありましても、居室の保管、掃除等行いますので家賃、共益費、ベッドリース代、生活相談費は月額です。しかし、洗濯代などの家事サービスは日割りとなります。

7、サービス付高齢者向け住宅で、生活支援サービスに従事する職員数並びに職種及び勤務体制

職員の職種	資格	員数	勤務体制
管理者		1人	常勤 午前 時 ~ 午後 時
介護職	ホームヘルパー 2級	3人	常勤 午前 時 ~ 午後 時 午後 時 ~ 午前 時
	介護福祉士	5人	
	ケアマネージャー	1人	
	看護師	2人	

8、サービス付高齢者向け住宅での、緊急時の対応について

- 利用者の主治医又は事業者の協力医療機関への連絡を行い、医師の指示に従います。
- 緊急医療を必要とする場合に下記、連絡先へ連絡いたします。

利用者の主治医	所属医療機関の名称	
	医師の氏名	
	所在地	
	電話番号	

- 当施設が、緊急医療時に対応していただく医療機関

協力医療機関	所属医療機関の名称	
	医師の氏名	
	所在地	
	電話番号	
	救急指定の有無	

ご家族様の緊急連絡先	氏名	
	住所	
	電話番号(自宅)	
	携帯電話番号 その他連絡先	

9、非常災害対策について

関係機関への通報、連絡体制の整備について	緊急時対応は自主防災計画書に基づき対処
避難、救出等必要な訓練実施について。	法令に基づき、消防署等へその旨の届出し訓練

10、サービス付高齢者向け住宅の賃貸料及び生活支援サービス利用料の支払方法

支払い方法	銀行口座自動振替方式 持参方式	・銀行振替依頼申込書を記入提出。(振替日は毎月18日) 当施設への持参
-------	--------------------	--

令和 年 月 日

(甲)当事者は乙に対するサービス付高齢者向け住宅での、サービス提供開始に当り、
上記重要事項を説明しました。

サービス付高齢者向け住宅でのサービス事業者

長崎県北松浦郡佐々町羽須和免927番地

(甲) 有限会社 金子

サービス付高齢者向け住宅 愛輝

印

説明者・氏名

印

(乙)私は、本書面に基づいて甲から上記重要事項の説明を受けました。

私は、サービス付高齢者向け住宅での、サービス提供開始に同意します。

(乙)利用者

住所

氏名

印

(乙')署名代行者

住所

氏名

印