

リハビリング明石西 入居契約書

(1) 賃貸借の目的物

| | | | | | |
|-------------------|---|---|--|---|---|
| 建物の名称・所在地等 | 名称 | リハビリング明石西 | | | |
| | 所在地 | 兵庫県明石市大久保町茜3丁目15-4 | | | |
| | 建て方 | <input checked="" type="radio"/> 共同建 <input type="radio"/> 長屋建 <input type="radio"/> 一戸建 <input type="radio"/> その他 | 構造 | 木造 | 工事完了年 平成29年 ()年に 大規模修繕を 実施 |
| | | | | <input checked="" type="radio"/> 非木造(鉄骨造) | |
| | | 戸数 | 36戸 | | |
| 住戸部分 | 住戸番号 | 号室 | 間取り | ()LDK・DK・K/ <input checked="" type="radio"/> バルコニー | |
| | 面積 | 18.68~18.75㎡ | | | |
| | 設備等 | 加齢対応構造等 | <input checked="" type="radio"/> 有 | | |
| | | 台所 | <input type="radio"/> 有・ <input checked="" type="radio"/> 無 | | |
| | | トイレ | <input checked="" type="radio"/> 専用(水洗) | | |
| | | 収納設備 | <input type="radio"/> 有・無 | | |
| | | 洗面設備 | <input type="radio"/> 有・無 | | |
| | | 浴室 | <input type="radio"/> 有・ <input checked="" type="radio"/> 無 | | |
| | | シャワー | <input type="radio"/> 有・ <input checked="" type="radio"/> 無 | | |
| | | 洗濯機置場 | <input type="radio"/> 有・ <input checked="" type="radio"/> 無 | | |
| 給湯設備 | | <input type="radio"/> 有 <input checked="" type="radio"/> IH・ガス)・無 | | | |
| ガスコンロ・電気コンロ・IH調理器 | | <input type="radio"/> 有・ <input checked="" type="radio"/> 無 | | | |
| 冷暖房設備 | <input type="radio"/> 有・無 | | | | |
| 緊急通報設備 | <input type="radio"/> 有・無 | | | | |
| 安否確認設備 | <input type="radio"/> 有・ <input checked="" type="radio"/> 無 | | | | |
| 備え付け照明設備 | <input type="radio"/> 有・ <input checked="" type="radio"/> 無 | | | | |
| オートロック | <input type="radio"/> 有・ <input checked="" type="radio"/> 無 | | | | |
| 地デジ対応 | <input type="radio"/> 有・無 | | | | |
| インターネット対応 | <input type="radio"/> 有・ <input checked="" type="radio"/> 無 | | | | |
| メールボックス | <input type="radio"/> 有・無 | | | | |
| 宅配ボックス | <input type="radio"/> 有・ <input checked="" type="radio"/> 無 | | | | |
| 鍵 | <input type="radio"/> 有・無 (鍵No. . 本) | | | | |
| ガス | <input type="radio"/> 有 (都市ガス・プロパンガス)・ <input checked="" type="radio"/> 無 | | | | |
| 上水道 | <input checked="" type="radio"/> 水道本管より直結・受水槽・井戸水 | | | | |
| 下水道 | <input type="radio"/> 有 <input checked="" type="radio"/> 公共下水道・浄化槽)・無 | | | | |
| 共用部分 | 設備等 | 談話室(兼食堂) | <input type="radio"/> 有 (2階: 43.63㎡・3階43.64㎡)・無 | | |
| | | 台所 | <input type="radio"/> 有 (各階: 7.53㎡)・無 | | |
| | | トイレ | <input type="radio"/> 有 (2階: 3.31㎡・3階3.5㎡)・無 | | |
| | | 食堂(兼談話室) | <input type="radio"/> 有 (103.96)㎡・無 | | |
| | | 収納設備 | <input type="radio"/> 有 ()㎡・ <input checked="" type="radio"/> 無 | | |
| | | 共同浴場(脱衣所含) | <input type="radio"/> 有 (各階35.12)㎡・無 | | |
| | | 洗濯室 | <input type="radio"/> 有 (各階2箇所: 9.06㎡・8.5㎡)・無 | | |
| 緊急通報設備 | <input type="radio"/> 有 (設置場所: 談話兼食堂、トイレ)・無 | | | | |
| 附属施設 | 駐車場 | <input type="radio"/> 含む・ <input checked="" type="radio"/> 含まない | | | |
| | 物置 | <input type="radio"/> 含む・ <input checked="" type="radio"/> 含まない | | | |
| | 専用庭 | <input type="radio"/> 含む・ <input checked="" type="radio"/> 含まない | | | |

(2) 契約期間

| | | |
|----------------|---------|--------|
| 始 期 (契約開始日) | 年 月 日から | 2年 0月間 |
| 終 期 | 年 月 日まで | |

(3) 賃料等

| 賃料の支払い方法 | 額 | 支払期限 |
|----------|--|-----------------|
| 毎 月 払 い | 75,000円 | 当月分・翌月分を毎月27日まで |
| 管理共益費 | 額 | 支払期限 |
| | 30,000円 | 当月分・翌月分を毎月27日まで |
| 敷 金 | 賃料の 2か月相当分 150,000円 | |
| 支 払 方 法 | <input checked="" type="checkbox"/> 振込方式 振込先金融機関名：三井住友銀行 明石支店 預金：(普通)・当座 口座番号：7074660 口座名義人：株式会社セラピット 名義フリガナ：カ)セラピット 振込手数料負担者：貸主・借主 | |
| | <input checked="" type="checkbox"/> 口座自動振替方式 | |
| | <input type="checkbox"/> 支払委託方式 (収納会社名：) | |
| | <input checked="" type="checkbox"/> 持参方式 (持参先：リハリビング明石西) 平日9:00～17:30 | |

(4) 基本サービス費 (状況把握・生活相談サービスの内容等)

| | | | |
|-----------|--|--------------|------------------------------|
| サービス内容 | ・状況把握サービス (居室訪問による安否確認) (食事摂取量確認) (必要に応じ関係各所への連絡調整) ・生活相談サービス (健康相談) (各種手続き相談) (必要に応じ関係各所への連絡調整) (受付での来訪者の対応) (外部事業者への取次・案内) (宅配便や郵便預かり対応) (不在時の来訪者の対応) | | |
| サービスの提供方法 | 常駐する者 及び時間帯 | 昼間1名 夜間1名 | 8時30分～17時30分 17時30分～8時30分 |
| | 額 | 19,800円 (税込) | |

(5) 貸主及び管理人

| | |
|-----------------|---|
| 貸 主 (社名・代表者) | 住所：〒651-2109 兵庫県神戸市西区前開南町2丁目13-14 氏名：株式会社セラピット 代表取締役 大浦由紀 電話番号：078-945-6500 |
| | サービス付き高齢者向け住宅事業の登録番号 平成28年10月5日 28-16125号 |

※貸主と建物の所有者が異なる場合は、次の欄も記載すること。

| | |
|--------|---|
| 建物の所有者 | 住所：〒674-0059 兵庫県明石市大久保町茜三丁目14番15号 氏名：株式会社H・Kコーポレーション 代表取締役 立花広志 電話番号：078-936-2305 |
|--------|---|

(6) 借主及び同居人

| 氏名 生年月日 | 借主 | 同居人 |
|------------|----------|----------|
| | 氏名 | 氏名 |
| | 年 月 日生 歳 | 年 月 日生 歳 |
| | | 借主との続柄等： |

| | | |
|-------|-------|---------|
| 身元引受人 | 住所：〒 | |
| | 氏名： | |
| | 電話番号： | 借主との関係： |

| | | |
|---------------|--------|---------|
| 緊急連絡先 となる者 | 住所：〒 | |
| | 氏名： | 借主との関係： |
| | 電話番号①： | |
| | 電話番号②： | |

(7) 連帯保証人及び極度額

| | | |
|-------|-------|---------|
| 連帯保証人 | 住所：〒 | |
| | 氏名： | |
| | 電話番号： | 借主との関係： |
| 極度額 | 150万円 | |

(契約の締結)

第1条 貸主（以下「甲」という。）及び借主（以下「乙」という。）は、頭書（1）に記載する賃貸借の目的物（以下「本物件」という。）及び頭書（4）に記載する状況把握・生活相談サービスの内容等について、以下の条項により、高齢者の居住の安定確保に関する法律（以下「法」という。）第5条第1項に規定するサービス付き高齢者向け住宅で状況把握・生活相談サービスが提供されるものに係る賃貸借契約（以下「本契約」という。）を締結した。

2 建物の賃貸借が終了した場合には、状況把握・生活相談サービスの提供も終了するものとする。

3 状況把握・生活相談サービスの提供が終了した場合には、建物の賃貸借も終了するものとする。ただし、乙の責によらない事由により状況把握・生活相談サービスの提供が終了した場合には、乙は、建物の賃貸借の継続又は終了のいずれかを選択することができる。

(契約期間、更新等)

第2条 契約期間は、頭書（2）に記載するとおりとする。

2 乙は、物件が完成しているなど、入居可能な状態になっていることを前提として、契約期間の始期（入居予定日）に入居することとする。ただし、契約締結後における乙の急な入院などやむを得ない理由があるときは、甲の同意を得て契約期間の始期（入居予定日）を延期することができる。

3 甲及び乙は、協議の上、本契約を更新することができる。その際、建物の賃貸借契約を更新した場合には、状況把握・生活相談サービスの提供契約も更新することとする。

(使用目的)

第3条 乙は、居住のみを目的として本物件を使用しなければならない。

(賃料)

第4条 乙は、頭書（3）の記載に従い、賃料を甲に支払わなければならない。

2 1か月に満たない期間の賃料は、1か月を30日として日割計算した額とする。

3 甲及び乙は、次の各号のいずれかに該当する場合には、協議の上、賃料を改定することができる。

一 土地又は建物に対する租税その他の負担の増減により賃料が不相当となった場合

二 土地又は建物の価格の上昇又は低下その他の経済事情の変動により賃料が不相当となった場合

三 近傍同種の建物の賃料に比較して賃料が不相当となった場合

(管理共益費)

第5条 乙は、各戸の光熱費、上下水道使用料及び階段、廊下等の共用部分の維持管理に必要な光熱費、上下水道使用料、清掃費等（以下この条において「維持管理費」という。）に充てるため、管理共益費を甲に支払うものとする。

2 前項の管理共益費は、頭書（3）の記載に従い、支払わなければならない。

3 1か月に満たない期間の管理共益費は、1か月を30日として日割計算した額とする。

4 甲及び乙は、維持管理費の増減により管理共益費が不相当となったときは、協議の上、管理共益費を改定することができる。

(敷金)

第6条 乙は、本契約から生じる債務の担保として、頭書（3）に記載する敷金を甲に預け入れるものとする。

2 乙は、本物件を明け渡すまでの間、敷金をもって賃料、管理共益費その他の債務と相殺をすることができない。

3 乙は、賃料が増額された場合、増額に見合う敷金の追加分を甲へ預け入れなければならない。乙が本契約による責務を履行しなかったときは、甲は敷金をもって任意にその弁済に充当することができる。この場合、乙は甲より充当の連絡を受けてから7日以内に敷金の不足分を預け入れなければならない。

4 甲は、本物件の明渡しがあったときは、遅滞なく、敷金の全額を無利息で乙に返還しなければならない。ただし、甲は、本物件の明渡し時に、賃料及び共益費の滞納、第18条に規定する原状回復に要する費用の未払いその他の本契約（建物の賃貸借に係る部分に限る。）から生じる乙の債務の不履行が存在する場合には、当該債務の額を敷金から差し引くことができる。

5 前項ただし書の場合には、甲は、敷金から差し引く債務の額の内訳を乙に明示しなければならない。

6 敷金（残金）の返還にかかる振込み等の費用は、乙の負担とする。

(状況把握・生活相談サービスの内容、料金等)

第7条 甲は、乙に対し、乙が安全かつ安心して主体的に生活できる住まいの充実を図ることができるよう、基本サービスとして状況把握・生活相談サービスを提供し、乙は、状況把握・生活相談サービスの提供の対価として基本サービス費を甲に支払うこととする。

2 甲は、乙に対し、頭書(4)の状況把握・生活相談サービスを提供する。

3 乙は、頭書(4)の記載に従い、基本サービス費を甲に支払わなければならない。

4 1か月に満たない期間の基本サービス費は、1か月を30日として日割計算した額とする。

5 甲及び乙は、消費者物価指数、雇用情勢その他の経済事情の変動により基本サービス費が不相当となった場合には、協議の上、基本サービス費を変更することができる。

6 甲及び状況把握・生活相談サービスを提供する者は、状況把握・生活相談サービスを提供する上で知り得た乙及びその家族等に関する秘密及び個人情報については、個人情報保護法を遵守してその保護に努め、乙又は第三者の生命、身体等に危険がある場合その他の正当な理由がある場合又は乙の事前の同意がある場合を除いて、契約中及び契約終了後において、第三者に漏らさないこととする。

7 甲は、状況把握・生活相談サービスの提供に伴って、甲の責めに帰すべき事由により乙の生命、身体又は財産に損害を及ぼした場合は、乙に対してその損害を賠償する。

8 甲は、状況把握・生活相談サービスの提供に係る乙の苦情等に対し、誠実かつ迅速に対応するものとする。

9 甲の状況把握サービスの提供につき、乙の外出や外泊時はサービスの対象外であることを、甲及び乙は確認する。

(反社会的勢力の排除)

第8条 甲及び乙は、それぞれ相手方に対し、次の各号の事項を確約する。

一 自らが、暴力団、暴力団関係企業、総会屋若しくはこれらに準ずる者又はその構成員(以下総称して「反社会的勢力」という。)ではないこと。

二 自らの役員(業務を執行する社員、取締役、執行役又はこれらに準ずる者をいう。)が反社会的勢力ではないこと。

三 反社会的勢力に自己の名義を利用させ、この契約を締結するものでないこと。

四 自ら又は第三者を利用して、次の行為をしないこと。

イ 相手方に対する脅迫的な言動又は暴力を用いる行為

ロ 偽計又は威力を用いて相手方の業務を妨害し、又は信用を毀損する行為

(禁止又は制限される行為)

第9条 乙は、本物件の全部又は一部につき、賃借権を譲渡し、又は転貸してはならない。

2 乙は、甲の書面による承諾を得ることなく、本物件の増築、改築、移転、改造若しくは模様替又は本物件の敷地内における工作物の設置を行ってはならない。

3 乙は、本物件の使用に当たり、別表第1に掲げる行為を行ってはならない。

4 乙は、本物件の使用に当たり、甲の書面による承諾を得ることなく、別表第2に掲げる行為を行ってはならない。

5 乙は、本物件の使用に当たり、別表第3に掲げる行為を行う場合には、甲に通知しなければならない。

(鍵の管理)

第10条 甲は本契約時に乙に本物件の鍵等を貸与し、乙はこれを本物件の引渡し時に甲に返却するものとする。

なお、複製したものがある場合は、本数に関わりなく全て甲へ返却するものとする。

2 乙は鍵等を善良な管理者の注意を持って保管及び利用しなければならない。

3 乙は鍵の保管及び利用期間中に紛失、破損したときは、直ちに甲に連絡し、その指示によりこれを取り替える。なお、取替え修理等に要する費用は乙の負担とする。

(契約期間中の修繕)

第11条 甲は、乙が本物件を使用するために必要な修繕を行わなければならない。この場合において、乙の故意又は過失により必要となった修繕に要する費用は、乙が負担しなければならない。

2 前項の規定に基づき甲が修繕を行う場合は、甲は、あらかじめ、その旨を乙に通知しなければならない。

この場合においては、乙は、正当な理由がある場合を除き、当該修繕の実施を拒否することができない。

3 乙は、甲の承諾を得ることなく、別表第4に掲げる修繕を自らの負担において行うことができる。

(契約の解除)

第12条 甲は、乙が次に掲げる義務に違反した場合において、甲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。

- 一 第4条第1項に規定する賃料支払義務
 - 二 第5条第2項に規定する管理共益費支払義務
 - 三 第7条第3項に規定する基本サービス費支払義務
 - 四 前条第1項後段に規定する費用負担義務
- 2 甲は、乙が次に掲げる義務に違反した場合において、甲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に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。
- 一 第3条に規定する本物件の使用目的遵守義務
 - 二 第9条各項に規定する義務（同条第3項に規定する義務のうち、別表第1第六号から第八号までに掲げる行為に係るものを除く。）
 - 三 その他本契約書に規定する乙の義務

3 甲は、乙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。

4 甲又は乙の一方について、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。

- 一 第8条各号の確約に反する事実が判明した場合
- 二 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

5 甲は、乙が別表第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。

(乙からの解約)

第13条 乙は、甲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。

2 前項の規定にかかわらず、乙は、解約申入れの日から30日分(1ヶ月相当分)の賃料、基本サービス費及び管理共益費(本契約の解約後の賃料相当額、基本サービス費相当額及び管理共益費相当額を含む。)を甲に支払うことにより、解約申入れの日から起算して30日(1ヶ月)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。

(乙からの入居前の解約申し入れ)

第14条 乙は、本契約締結後入居前に、解約の申し入れを行う際は、乙の解約申し入れにより、甲が被った実損害を甲に対して賠償しなければならない。

(契約の消滅)

第15条 本契約は、天災、地変、火災その他甲乙双方の責めに帰さない事由により本物件が滅失した場合には、当然に消滅する。

(乙の損害賠償責任)

第16条 乙(その家族、その他本物件に出入りする者を含む。)が故意又は過失により、建物、その設備、備品等について、汚損、破壊又は滅失等の損害を与えたときには、甲が定める代価、その他甲が被った損害を甲に支払わなければならない。なお、ここにいう代価とは、修繕等についてはその実費相当額、物品については汚損、破壊又は滅失時の交換価格に基づくものとする。

2 乙(その家族、その他本物件に出入りする者を含む。)が、乙の責に帰すべき事由により、他の賃借人その他第三者に対し、人的損害又は物的損害を被らせたときには、乙は、速やかにその旨を甲に連絡し、その損害を賠償しなければならない。

3 乙は契約締結と同時に自己所有の動産および入居中に起こりうる事故に対応するために甲の指定する火災保険(借家人賠償責任担保特約付き)に加入するものとする。

(明渡し)

第 17 条 乙は、本契約が終了する日までに（第 12 条の規定に基づき本契約が解除された場合にあっては、直ちに）本物件を明け渡さなければならない。

2 乙は、前項の明渡しをするときには、明渡し日を事前に甲に通知しなければならない。

(明渡し時の原状回復)

第 18 条 乙は、通常の使用に伴い生じた本物件の損耗を除き、本物件を原状回復しなければならない。ただし、乙の責めに帰することができない事由により生じたものについては、原状回復を要しない。

2 甲及び乙は、本物件の明渡し時において、契約時に特約を定めた場合は当該特約を含め、別表第 5 の規定に基づき乙が行う原状回復の内容及び方法について協議するものとする。

(甲からの連絡、相談等に応じ、適切な対応を行う者及び残置物の引取り等)

第 19 条 乙は、甲からの連絡、相談等に応じ、適切な対応を行う者として及び乙が残置物を引き取ることができない又は困難であるときに備えて、当該残置物の引取人を兼ねた身元引受人を定めるものとする。

2 身元引受人に支障が生じた場合にあっては、乙は、甲に対し、直ちにその旨を通知しなければならない。この場合においては、乙は、甲の承認を得て、新たな身元引受人を定めることができる。

3 第 1 項の規定により身元引受人を定めた場合にあっては、甲は、本契約が終了した後遅滞なく、乙又は身元引受人に本契約が終了した旨を連絡するものとする。

4 乙又は身元引受人は、本契約の終了する日までに、当該残置物を引き取らなければならない。

5 甲は、乙又は身元引受人が、本契約の終了する日までに当該残置物を引き取らない場合にあっては、当該残置物を乙又は身元引受人に引き渡すことができるものとする。この場合においては、当該引渡しの費用を敷金から差し引くことができる。

6 甲は、甲の責めに帰すべき事由によらないで前項の残置物の引渡しをなし得ない場合又は乙又は身元引受人が当該残置物を受領しない場合若しくは受領し得ない場合には、乙又は身元引受人が当該残置物の所有権を放棄したものとみなし、当該残置物を処分することができるものとする。この場合においては、当該処分の費用を敷金から差し引くことができる。

(立入り)

第 20 条 甲は、本物件の防火、本物件の構造の保全その他の本物件の管理上特に必要があるときは、あらかじめ乙の承諾を得て、本物件内に立ち入ることができる。

2 乙は、正当な理由がある場合を除き、前項の規定に基づく甲の立入りを拒否することはできない。

3 本契約終了後において本物件を賃借しようとする者又は本物件を譲り受けようとする者が下見をするときは、甲及び下見をする者は、あらかじめ乙の承諾を得て、本物件内に立ち入ることができる。

4 甲は、火災による延焼を防止する必要がある場合、災害その他により乙又は第三者の生命又は財産に重大な損害が生じるおそれがある場合その他の緊急の必要がある場合においては、あらかじめ乙の承諾を得ることなく、本物件内に立ち入ることができる。この場合において、甲は乙の不在時に立ち入ったときは、立入り後その旨を乙に通知しなければならない。

(債務の保証)

第 21 条 連帯保証人（以下「丙」という。）は、乙と連帯して、本契約から生じる乙の債務を負担するものとする。本契約が更新された場合においても、同様とする。

2 前項の丙の負担は、頭書（7）に記載する極度額を限度とする。

3 丙が負担する債務の元本は、乙又は丙が死亡したときに、確定するものとする。

4 丙の請求があったときは、甲は、丙に対し、遅滞なく、賃料及び共益費等の支払状況や滞納金の額、損害賠償の額等、乙の全ての債務の額等に関する情報を提供しなければならない。

(緊急連絡先の指定)

第 22 条 乙は、乙の病気、死亡等に備えて、甲からの連絡、相談等に応じ、適切な対応を行う者として、身元引受人以外に緊急連絡先となる者を定めることができる。

2 緊急連絡先となる者に支障が生じた場合にあっては、乙は、甲に対し直ちにその旨を通知しなければならない。この場合においては、乙は、甲の承認を得て、新たな緊急連絡先となる者を定めることができる。

(協議)

第 23 条 甲及び乙は、本契約書に定めがない事項及び本契約書の条項の解釈について疑義が生じた場合は

民法、借地借家法その他の法令及び慣行に従い、誠意をもって協議し、解決するものとする。
(特約条項)

第24条 第22条までの規定以外に、本契約の特約については、下記のとおりとする。

| |
|---|
| 甲：株式会社セラピット 大浦由紀 ㊦ 乙： ㊦ |
|---|

別表第1 (第9条第3項関係)

| |
|--|
| 一 銃砲、刀剣類又は爆発性、発火性を有する危険な物品、電気ストーブ、ガスストーブ、ろうそく、線香、お香など発火、発煙の可能性があるもの等を製造又は保管すること。 |
| 二 大型の金庫その他の重量の大きな物品等を搬入し、又は備え付けること。 |
| 三 排水管を腐食させるおそれのある液体を流すこと。 |
| 四 大音量でテレビ、ステレオ等の操作、ピアノ等の演奏を行うこと。 |
| 五 動物を飼育すること。 |
| 六 本物件を、反社会的勢力の事務所その他の活動の拠点に供すること。 |
| 七 本物件又は本物件の周辺において、粗野若しくは乱暴な言動を行い、又は威勢を示すことにより、付近の住民又は通行人に不安を覚えさせること。 |
| 八 本物件に反社会的勢力を居住させ、又は反復継続して反社会的勢力を出入りさせること。 |
| 九 上記のほか、騒音、振動、不潔行為、臭い、セクハラ、いじめ等により、近隣又は他の入居者に迷惑をかけること。 |

別表第2 (第9条第4項関係)

| |
|--|
| 一 階段、廊下等の共用部分に物品を置くこと。 |
| 二 階段、廊下等の共用部分に看板、ポスター等の広告物を掲示すること。 |
| 三 鑑賞用の魚等であって明らかに近隣に迷惑をかけるおそれがなく自己管理が可能なペットを飼育すること。 |
| 四 頭書(6)に記載する同居人に新たな同居人を追加すること。 |

別表第3 (第9条第5項関係)

| |
|-----------------------|
| 一 外泊により本物件を留守にすること。 |
| 二 安否確認がある時間帯に留守にすること。 |

別表第4（第11条第3項関係）

| | |
|------------------|-------------|
| 電球、蛍光灯、LED照明の取替え | 給水栓の取替え |
| 浄水器の取り付け | 排水栓の取替え |
| ヒューズの取替え | その他費用が軽微な修繕 |

別表第5（第18条関係）

【原状回復の条件について】

本物件の原状回復条件は、別に定める特約事項以外は、賃貸住宅の原状回復に関する費用負担の一般原則の考え方によります。すなわち、

- ・ 賃借人の故意・過失、善管注意義務違反、その他通常の使用方法を超えるような使用による損耗等については、賃借人が負担すべき費用となる。
- ・ 建物・設備等の自然的な劣化・損耗等（経年変化）及び賃借人の通常の使用により生ずる損耗等（通常損耗）については、賃貸人が負担すべき費用となる

ものとしします。

その具体的内容は、国土交通省の「原状回復をめぐるトラブルとガイドライン（再改訂版）」において定められた別表1及び別表2のとおりですが、その概要は、下記Iのとおりです。

I 本物件の原状回復条件

| 賃貸人の負担となるもの | 賃借人の負担となるもの |
|--|--|
| 【床（畳・フローリング・カーペットなど）】 | |
| 1. 畳の裏返し、表替え（特に破損してないが、次の入居者確保のために行うもの） 2. フローリングのワックスがけ 3. 家具の設置による床、カーペットのへこみ、設置跡 4. 畳の変色、フローリングの色落ち（日照、建物構造欠陥による雨漏りなどで発生したもの） | 1. カーペットに飲み物等をこぼしたことによるシミ、カビ（こぼした後の手入れ不足等の場合） 2. 冷蔵庫下のサビ跡（サビを放置し、床に汚損等の損害を与えた場合） 3. 引越作業等で生じた引っかきキズ 4. フローリングの色落ち（賃借人の不注意で雨が吹き込んだことなどによるもの） |
| 【壁、天井（クロスなど）】 | |
| 1. テレビ、冷蔵庫等の後部壁面の黒ずみ（いわゆる電気ヤケ） 2. 壁に貼ったポスターや絵画の跡 3. 壁等の画紙、ピン等の穴（下地ボードの張替えは不要な程度のもの） 4. エアコン（賃借人所有）設置による壁のビス穴、跡 5. クロスの変色（日照などの自然現象によるもの） | 1. 賃借人が日常の清掃を怠ったための台所の油污れ（使用後の手入れが悪く、ススや油が付着している場合） 2. 賃借人が結露を放置したことで拡大したカビ、シミ（賃貸人に通知もせず、かつ、拭き取るなどの手入れを怠り、壁等を腐食させた場合） 3. クーラーから水漏れし、賃借人が放置したため壁が腐食 4. タバコのヤニ、臭い（喫煙等によりクロス等が変色したり、臭いが付着している場合） 5. 壁等のくぎ穴、ネジ穴（重量物をかけるためにあけたもので、下地ボードの張替えが必要な程度のもの） 6. 賃借人が天井に直接つけた照明器具の跡 7. 落書き等の故意による毀損 |
| 【建具等、襖、柱等】 | |
| 1. 網戸の張替え（特に破損はしてないが、次の入居者確保のために行うもの） 2. 地震で破損したガラス 3. 網入りガラスの亀裂（構造により自然に発生したもの） | 1. 飼育ペットによる柱等のキズ、臭い（ペットによる柱、クロス等にキズが付いたり、臭いが付着している場合） 2. 落書き等の故意による毀損 |
| 【設備、その他】 | |
| 1. 専門業者による全体のハウスクリーニング（賃借人が通常の清掃を実施している場合） 2. エアコンの内部洗浄（喫煙等の臭いなどが付着していない場合） 3. 消毒（台所・トイレ） 4. 浴槽、風呂釜等の取替え（破損等はないが、次の入居者確保のために行うもの） 5. 鍵の取替え（破損、鍵紛失のない場合） 6. 設備機器の故障、使用不能（機器の寿命によるもの） | 1. ガスコンロ置き場、換気扇等の油污れ、すす（賃借人が清掃・手入れを怠った結果汚損が生じた場合） 2. 風呂、トイレ、洗面台の水垢、カビ等（賃借人が清掃・手入れを怠った結果汚損が生じた場合） 3. 日常の不適切な手入れもしくは用法違反による設備の毀損 4. 鍵の紛失又は破損による取替え 5. 戸建賃貸住宅の庭に生い茂った雑草 |

1 賃貸人・賃借人の修繕分担表

下記貸主（甲）と借主（乙）は、本物件及び頭書（４）に記載する状況把握・生活相談サービスの内容等について上記のとおり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で状況把握・生活相談サービスが提供されるものに係る賃貸借契約を締結したことを証するため、本契約書２通を作成し、記名押印の上、各自その１通を保有する。

令和 年 月 日

貸主（甲） 住所 兵庫県神戸市西区前開南町２丁目１３－１４
氏名 株式会社セラピット 代表取締役 大浦由紀 印
電話番号 ０７８－９４５－６５００

借主（乙） 住所
氏名 印
電話番号

身元引受人 住所
※残置物引取人を兼ねる
氏名 印
電話番号

連帯保証人 住所
氏名 印
電話番号

緊急連絡先となる者 住所
氏名
電話番号１
電話番号２

生活支援サービス 契約書

株式会社 セラピット（以下「甲」という）と入居者（以下「乙」という）とは、賃貸借（高齢者向け住宅）の目的である建物「リハビリング明石西」（以下「本建物」という）における基本サービス及びリハビリングサービス（基本サービスとリハビリングサービスを併せたサービスを「生活支援サービス」という）の提供について、次のとおり契約（以下「本契約」という）を締結する。

第1条（契約の目的）

甲は、乙に対し基本サービス及びリハビリングサービス（それぞれの内容は次条に定めるとおり）を提供することを約し、乙は、本契約に定めるサービス料金を甲に支払うことを約す。

第2条（基本サービス・リハビリングサービス）

甲が乙に提供する基本サービス・リハビリングサービスは次の欄に掲げるとおりとする。提供者は甲の職員、甲がサービスの提供を第三者へ委託した場合は委託先の職員とする。

1 基本サービス

基本サービスとは、「リハビリング明石西 入居契約書」上の（4）に記載する基本サービス（状況把握サービス及び生活相談サービス）のことをいう（内容は下記のとおり）。

| | |
|----------|---|
| 状況把握サービス | 居室訪問による安否確認、食事摂取量確認、その他必要に応じて関係各所へ連絡調整。但し、乙の外出や外泊時は、サービスの対象外とする。 |
| 生活相談サービス | 健康相談、各種手続き相談、その他必要に応じて関係各所へ連絡調整。受付での来訪者の対応、外部事業者の取次ぎ、案内、宅配便や郵便預かり対応、不在時の来訪者の対応。 |

2 リハビリングサービス

リハビリングサービスとは、下記に定めるオプションのサービスのことであり、乙は希望するサービスを自由に選択することができ、甲は乙の希望に応じて、サービスを提供するものとする。

| 種類 | 料金 | 提供方法・内容 |
|-------------|--|--|
| アクティビティサービス | 無償 ※但し、季節行事の場合は、別途費用を徴収する場合がある。 | カルチャースタジオの使用及び運動指導員等による運動指導、エクササイズ、趣味活動、買物支援を実施。季節行事などの企画を立案し参加希望者を募る。季節行事などの参加者希望者を募る企画については、内容により、職員の交通費や職員同行にかかる人件費、材料費等につき、別途費用を徴収する場合がある。 |
| 食事の提供 | 56,100円/30日 (税込、ただし将来、消費税率が変更された際には変更後の消費税率が適用されるものとする) | 朝 390円・昼 690円・夕 790円（税込、ただし将来、消費税率が変更された際には変更後の消費税率が適用されるものとする）。原則として月額単位での申し込みとする。3日前までの申告によりキャンセルを受け付ける。 |

| | | |
|--------------|------------------------|---|
| スマイルサービス | 180円 /1スマイル (税抜) | 原則として居宅内の日常生活全般にわたる支援を行い、1スマイルあたりの単価は180円(税抜)とする。通常は5分あたり1スマイルを要し、利用の最小単位を5分(1スマイル)とする。ただし車両使用時には、5分あたり2スマイルを要し、利用の最小単位を5分(2スマイル)とする。 |
| スマイルサービスAプラン | 16,000円/月 (税抜) | 概ね1日20分までのスマイルサービスによる支援が必要な方への定額プラン。ご自身で自立可能である行為を代わりに実施することは致しません。また、外出支援は含みません。 |
| スマイルサービスBプラン | 32,000円/月 (税抜) | 概ね1日40分までのスマイルサービスによる支援が必要な方への定額プラン。ご自身で自立可能である行為を代わりに実施することは致しません。また、外出支援は含みません。 |
| 金銭管理サービス | 10,000円/月 (税抜) | ご入居者自身での現金管理を無くす支払い代行サービスです。 |

第3条 (基本サービスの料金)

基本サービスの料金は、「リハビリング明石西 入居契約書」頭書(4)に記載するとおり月額19,800円(税込)であり、乙は別途甲に対してサービス料金を支払う義務を負わない。

第4条 (リハビリングサービスの料金)

- 1 乙が甲より提供を受けたリハビリングサービスについては、乙は甲に対し、第2条に規定した料金を支払うものとする。
- 2 1ヶ月に満たない期間のサービスで、月額制で申し込んでいるサービスの場合は1ヶ月を30日として日割り計算し1円未満の端数を四捨五入した額とする。
- 3 乙によるサービス料金の支払い時期・方法については、甲の発行する請求書が乙に到達したその月の27日までに口座振替、持参、現金振込みの方法で支払うものとする。振込の方法による場合、振込手数料は乙の負担とする。

第5条 (利用料金の変更)

- 1 甲は、消費者物価指数、雇用情勢、その他の経済事情の変動により利用料金が不相当になった場合には甲乙協議のうえで、利用料金を変更することが出来る。
- 2 甲が料金変更を行なう場合は、変更の理由や算定根拠等について、事前に乙および丙に説明しなければならない。

第6条 (有効期間)

本契約は、次の各号の場合に終了する。

- ① 乙が死亡したとき
- ② 甲乙間の本建物に関する入居契約が終了したとき

第7条（秘密保持）

- 1 甲及び甲の職員は、生活支援サービスを提供する上で知り得た乙、連帯保証人及びその家族等に関する秘密を第三者に漏らさないこととする。この守秘義務は契約終了後も同様とする。
- 2 第1項の定めに関わらず、乙の個人情報を提供する必要がある場合は、必要の都度、本人の同意を得るものとする。

第8条（緊急時の対応等）

甲は、乙に緊急な事態が生じた場合又は必要があると判断した場合は、緊急時マニュアルに応じて対応し、必要な措置を講じる。

第9条（賠償責任）

甲は、生活支援サービスの提供に伴って、甲の責めに帰すべき事由により乙の生命、身体又は財産に損害を及ぼした場合は、乙に対してその損害を賠償する。

第10条（相談・苦情対応）

甲は窓口を設置し、乙の相談、生活支援サービス事業に関わる要望、苦情等に対し、誠実かつ迅速に対応する。

記

株式会社セラピット：078-945-6500

受付時間：平日8:30～17:30

第11条（連帯保証人）

- 1 乙は、契約時に連帯保証人（以下「丙」という。）を定めるものとする。
- 2 丙は、乙と連帯して、本契約から生じる乙の債務を負担するものとする。
- 3 前項の丙の負担は、記名押印欄に記載する極度額を限度とする。
- 4 乙は、第1項に規定する丙に支障が生じたときは、直ちに甲にその旨を届け出るとともに、甲の承認を得て新たに連帯保証人を定めるものとする。
- 5 丙は、住所を変更したときは直ちにその旨を甲に届けるものとする。

第12条（重要事項の説明・確認）

契約の締結にあたり、甲は乙及び丙に対し、別に作成する生活支援サービス内容説明書に基づき重要な事項の説明を行い、乙及び丙はその内容を了承した。

第13条（合意管轄）

本契約に関してやむを得ず訴訟となる場合は、神戸地方裁判所本庁（又は明石支部）を第一審の専属的合意管轄裁判所とする。

第14条（本契約に定めのない事項）

- 1 甲、乙及び丙は、信義誠実をもってこの契約を履行するものとする。
- 2 この契約に定めのない事項については、双方が誠意を持って協議のうえ定める。

前記の契約を証するため、本書2通を作成し甲乙丙が記名押印の上、甲及び乙が1通ずつを保管

するものとする。

令和 年 月 日

(甲) 提供者 <住 所> 兵庫県神戸市西区前開南町2丁目13-14
<氏 名> 株式会社 セラピット
代表取締役 大浦由紀 ⑩

(乙) 入居者 <住 所>
<氏 名> ⑩

(丙) 連帯保証人 <住 所>
<氏 名> ⑩
<極度額> 150万円

登録事項等についての説明書(重要事項説明書)

(説明する者)

貸主(甲) 住所 兵庫県神戸市西区前開南町2丁目13-14

商号、名称又は氏名株式会社 セラピット 印

代表取締役 大浦 由紀

代理人 所属 リハビリング明石西

職名及び氏名 管理者 熊 直美 印

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(及び老人福祉法第29条第5項)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。

事業の目的、運営の方針、サービスの提供内容に関する特色等

リハビリ・看護・介護の三位一体のサービスの中で中～重度要介護状態の方に適した最期までお付き合いさせていただき住宅です。専門職が多数在籍し、日々の健康管理、体調不良などのアクシデントに速やかに対応します。これまでのリハビリの事業で培ったノウハウを活用し、自立支援への取り組みを行います。介護状態の程度に関係なく、いつまでもいきいきと暮らし続けられることを目指します。

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)りほりびんぐあかしにし リハビリング明石西 |
| 所在地 | (住居表示※)兵庫県明石市大久保町茜3丁目15-4 |
| 利用交通手段 | ■ 1. 電車 (JR山陽本線 大久保 駅から 徒歩で 18分) ■ 2. その他 (神姫バス:大久保駅2のりば19山手台方面「茜南」で下車し徒歩3分) |
| 住宅に関する 権原 | <input type="checkbox"/> 1. 所有権 ■ 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 |
| 施設に関する 権原 | <input type="checkbox"/> 1. 所有権 ■ 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 type="checkbox"/> 3. 賃借権 ■ 4. 使用貸借による権利 期間 平成 29 年 5 月 18 日から 平成 59 年 5 月 31 日まで |

※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 | ■ 法人 <input type="checkbox"/> 個人 | |
| 商号、名称 又は氏名 | (ふりがな)かぶしきがいしや せらびつと 株式会社 セラピット | |
| 住所 (法人にあっては主たる事務所の所在地) | (郵便番号 651-2109) 兵庫県神戸市西区前開南町2丁目13-14 2F本部事務所 電話番号 078-945-6500 | |
| 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) | 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 |
| | 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)りはりびんぐあかしにし リハリピング明石西 | |
| 事務所の所在地 | (郵便番号 674-0059) 兵庫県明石市大久保町茜3丁目15-4 | 電話番号 078-937-1516 |

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 36 戸 | 入居定員 36 人 |
| 居住部分の規模 | (最小) 18.68 m ² | 詳細については、別添3のとおり |
| | (最大) 18.75 m ² | |
| 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 S(鉄骨) 造 階数 3 階建 | |
| 竣工の年月 | 2017 年 5 月 17 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。 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 type="checkbox"/> 自立している者 <input checked="" type="checkbox"/> 要支援の者 <input checked="" type="checkbox"/> 要介護の者 | | |
| | 留意事項 | 医療処置の内容、頻度によって対応が困難な場合あり。 医療処置が必要な方については事前相談により対象の可否を決定。 | |
| 入居契約の内容 | 別添入居契約書のとおり | | |
| 契約の解除の内容 | 貸主から解約を求める場合 | 解約条項 | 入居者の行動が他の入居者・職員の生命に危害を及ぼすかその恐れがあり、通常の介護方法・接遇方法では防止できない場合、等。 |
| | | 解約予告期間 | 6ヶ月 |
| | 入居者からの解約予告期間 | 30日(1ヶ月) | |

※以下は、入居の用に供する前である場合に限り記入すること。

| | |
|---------|----------|
| 入居開始時期※ | 年 月 日 から |
|---------|----------|

6. サービス付き高齢者向け住宅において提供される高齢者生活支援サービス及び入居者から受領する金銭

| 高齢者生活支援サービス | 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 特定施設入居者生活介護等の提供を受ける場合の費用は、次ページのとおり |
|-------------------------|---|---|--------------|---|
| | 状況把握・生活相談 | <input checked="" type="checkbox"/> 自ら <input type="checkbox"/> 委託 | 約 19,800 円 | |
| 食事の提供 | <input type="checkbox"/> 自ら <input checked="" type="checkbox"/> 委託 <input type="checkbox"/> 提供しない | 約 56,100 円 | | |
| 入浴等の介護 | <input type="checkbox"/> 自ら <input type="checkbox"/> 委託 <input checked="" type="checkbox"/> 提供しない | 約 円 | | |
| 調理等の家事 | <input type="checkbox"/> 自ら <input type="checkbox"/> 委託 <input checked="" type="checkbox"/> 提供しない | 約 円 | | |
| 健康の維持増進 | <input type="checkbox"/> 自ら <input type="checkbox"/> 委託 <input checked="" type="checkbox"/> 提供しない | 約 円 | | |
| その他 | | <input checked="" type="checkbox"/> 自ら <input type="checkbox"/> 委託 <input type="checkbox"/> 提供しない | 約 16,000 円 | |
| 家賃の概算額 | (最低) 約 75,000 円 | 住戸ごとの内容は、別添3のとおり | | |
| | (最高) 約 75,000 円 | | | |
| 共益費の概算額 | (最低) 約 30,000 円 | | | |
| | (最高) 約 30,000 円 | | | |
| 敷金の概算額 | (最低) 約 150,000 円 | 家賃の 2 月分 | | |
| | (最高) 約 150,000 円 | | | |
| 入院等による不在時における家賃等の費用の取扱い | 入院等の不在時も入居契約は継続し、家賃・共益費をお支払いいただきます。サービス費、食費は利用実績により日割り計算を行い、お支払いいただきます。 | | | |
| 家賃等の費用の改定 | 条件 | 土地建物価格や物価の変動、人件費の上昇等により改定する場合があります。 | | |
| | 手続 | 運営懇談会の意見を聴きます。 | | |
| 前払金※有無 | <input type="checkbox"/> あり [<input type="checkbox"/> 前払方式のみ <input type="checkbox"/> 前払方式と月払方式を選択可] <input checked="" type="checkbox"/> なし | | | |
| 家賃等の前払金の概算額 | (最低) 約 円 | (最高) 約 円 | | |
| 前払金を支払った場合の月々の家賃概算額 | (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 | 入居後3箇月以内の契約解除等 | | | |
| | 入居後3箇月を超えた契約解除等 | | | |
| 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() | | | |
| 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 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 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 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所、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。) | | | |

※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。
なお、ここでいう「前払方式」には一部を前払いし、一部を月払いする支払方式(併用方式)を含む。

| 特定施設入居者生活介護等の費用(該当する場合のみ) | | | | | |
|---|--|--|-----------|-----------------------------|---|
| 特定施設入居者生活介護等の月額費用(介護保険給付対象分、1箇月30日の場合)※ | | 利用者負担(1割) | 利用者負担(2割) | 利用者負担(3割) | 詳細については、別添5のとおり |
| | 要支援1 | 円 | 円 | 円 | |
| | 要支援2 | 円 | 円 | 円 | |
| | 要介護1 | 円 | 円 | 円 | |
| | 要介護2 | 円 | 円 | 円 | |
| | 要介護3 | 円 | 円 | 円 | |
| | 要介護4 | 円 | 円 | 円 | |
| | 要介護5 | 円 | 円 | 円 | |
| 特定施設入居者生活介護等の加減算の対象となるサービスの体制の有無 | 身体拘束廃止未実施減算 | <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし | | 入居者継続支援加算 | <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし |
| | 生活機能向上連携加算 | <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし | | 個別機能訓練加算 | <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし |
| | 夜間看護体制加算 | <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし | | 若年性認知症入居者受入加算 | <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし |
| | 医療機関連携加算 | <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし | | 口腔衛生管理体制加算 | <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし |
| | 栄養スクリーニング加算 | <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし | | 退院・退所時連携加算 | <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし |
| | 看取り介護加算 | <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし | | | |
| | 認知症専門ケア加算 | <input type="checkbox"/> あり [<input type="checkbox"/> (I) <input type="checkbox"/> (II)] | | | <input type="checkbox"/> なし |
| | サービス提供体制強化加算 | <input type="checkbox"/> あり [<input type="checkbox"/> (I)イ <input type="checkbox"/> (I)ロ <input type="checkbox"/> (II) <input type="checkbox"/> (III)] | | | <input type="checkbox"/> なし |
| 介護職員処遇改善加算 | <input type="checkbox"/> あり [<input type="checkbox"/> (I) <input type="checkbox"/> (II) <input type="checkbox"/> (III) <input type="checkbox"/> (IV) <input type="checkbox"/> (V)] | | | <input type="checkbox"/> なし | |
| 人員配置が手厚い介護サービスの実施の有無 | <input type="checkbox"/> あり | 介護・看護職員の配置率 : 上乗せ介護費(月額) 円 | | <input type="checkbox"/> なし | |
| 利用者の個別選択によるサービスの費用 | 別添4のとおり | | | | |

※身体拘束廃止未実施減算、入居継続支援加算、生活機能向上連携加算、個別機能訓練加算、夜間看護体制加算、医療機関連携加算、口腔衛生管理体制加算、認知症専門ケア加算、サービス提供体制強化加算及び介護職員処遇改善加算を含めて記入すること。

7. 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 (法人にあつては主たる事務所の所在地) | (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 | | |

8. 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 |
|--|---|---|
| アクティブスタジオ リハ・リハ ACTIVE STUDIO REHA・REHA | 専門的なリハビリで心身機能の維持向上を図るデイサービスです。入浴も提供し昼間の介護支援を担います。 | <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 |
| ステディホーム リハ・リハ STEADY HOME REHA・REHA | 登録制のサービスで通い、泊まり、訪問介護、訪問看護を包括的に提供します。24時間365日の対応が可能です。 | <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 |

| | | |
|---|--|---|
| スィフトステーション リハ・リハ SWIFT STATION REHA・REHA | ヘルパーの事業所です、ご自宅の環境で入浴や家事や清掃などのサービスを提供し生活をしっかり支援します。 | <input type="checkbox"/> 同一の建築物内 <input checked="" type="checkbox"/> 同一の敷地内 <input type="checkbox"/> 隣接する土地 |
| アイルプラン リハ・リハ I'LL PLAN REHA・REHA | ケアマネジャーの事業者です。各種介護保険を中心としたサービスを調整し、自立支援・介護支援のためのケアプランを作成します。 | <input type="checkbox"/> 同一の建築物内 <input checked="" type="checkbox"/> 同一の敷地内 <input type="checkbox"/> 隣接する土地 |

9. 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)

| | |
|---------------------------------------|--|
| 協力医療機関 | |
| 医療機関の名称 | (ふりがな) まついえいようあんどにんちしょうくりにつく まつい栄養&認知症クリニック |
| 医療機関の所在地 | (郵便番号 673-0891) 兵庫円明石市大明石町1-3-3 エスポア明石3F/4F 電話番号 078-921-5151 |
| 診療科目 | 内科、神経内科、脳神経外科、人工透析内科 |
| 連携又は協力の内容 | 訪問診療、健康相談。(医療費は自己負担) |
| 医療機関の名称 | (ふりがな) |
| 医療機関の所在地 | (郵便番号) 電話番号 |
| 診療科目 | |
| 連携又は協力の内容 | |
| 協力歯科医療機関 | |
| 歯科医療機関の名称 | (ふりがな) つがわしかしんりょうじよ 津川歯科診療所 |
| 歯科医療機関の所在地 | (郵便番号 674-0051) 兵庫県明石市大久保町大窪945-1 電話番号 078-935-2444 |
| 連携又は協力の内容 | 訪問診療、健康相談。(医療費は自己負担) |
| その他の連携又は協力の相手方(自らが運営する併設施設でない事業所を含む。) | |
| 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 | |

10. 登録の申請が基本方針(及び高齢者住居安定確保計画)に照らして適切なものである旨

基本方針及び県の高齢者住居安定確保計画に沿って適切に運営します。

11. その他事業運営状況(有料老人ホームに該当するサービス付き高齢者向け住宅である場合に作成)

| | | | | | |
|--|---|--|---|--|---|
| 体験入居 | <input checked="" type="checkbox"/> あり 内容(空室がある場合に対応) <input type="checkbox"/> なし | | | | |
| 居住部分(住戸)の変更に關する事項※ ※住み替えを行っていない場合は、記入不要 | 入居後に居住部分の変更をお願いする場合 | <input type="checkbox"/> 一時介護室へ移る場合 <input type="checkbox"/> 介護居室へ移る場合 <input type="checkbox"/> その他 内容() | | | |
| | 変更をお願いする判断基準の内容 | | | | |
| | 変更をお願いする手続の内容 | | | | |
| | 居住部分を利用する権利の取扱い | | | | |
| | 追加的費用の有無 | <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし | | | |
| | 前払金償却の調整の有無 | <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし | | | |
| | 従前の居住部分から面積又は仕様が変更になる場合 | 面積の変更 | <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし | 台所の変更 | <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし |
| | | 便所の変更 | <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし | 収納の変更 | <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし |
| 洗面の変更 | | <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし | その他の変更 | <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし | |
| 浴室の変更 | | <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし | 内容() | | |
| 職員体制 | 別添6のとおり | | | | |
| 入居者からの苦情に対する窓口等の状況 | 窓口の名称 | (株)セラピット 本部 | | | |
| | 電話番号 | 078-945-6500 | | | |
| | 対応している時間 | 平日 | 9:00-17:00 | | |
| | | 土曜日 | | | |
| | | 日曜・祝日 | | | |
| 定休日 | 土・日 | | | | |
| 緊急時等における対応方法 | 体調の急変等医療が必要になったときの対応 | 24時間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ただけであれば事務所およ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、必要に応じ救急車の手配、家族への連絡を行います。 | | | |
| | 緊急やむを得ず身体的拘束を行う際の手続 | 身体拘束は原則禁止としており、三原則(切迫性・非代替性・一時性)に照らし、緊急やむを得ず身体拘束を行う場合、入居者の身体状況に応じて、その方法、期間(最長で1ヶ月)を定め、それらを含む入居者の状況、行う理由を記録します。また家族等へ説明を行い、同意書をいただきます。継続して行う場合は経過を記録し、概ね1ヶ月ごとに同意書をいただきます。 | | | |
| | 事故発生時の対応 | 本契約に基づき、介護サービス等を利用者に提供した場合に、万が一事故が発生し、利用者の生命・身体等に損害が生じた場合は、速やかに必要な対応及びまた、速やかに事故原因の調査及び再発防止のための取り組みを実施します。 | | | |
| | 事故に関する緊急時対応マニュアルの有無 | <input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし | | | |
| | 損害賠償責任保険の加入状況 | <input checked="" type="checkbox"/> あり 内容(損保ジャパン日本興亜株式会社の個人用火災総合保険) <input type="checkbox"/> なし | | | |
| 防火体制 | 耐火構造 | <input checked="" type="checkbox"/> 耐火建築物 <input type="checkbox"/> 準耐火建築物 <input type="checkbox"/> その他() | | | |
| | 消火器 | <input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし | 防火管理者 | <input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし | |
| | 自動火災報知設備 | <input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし | 消防計画 | <input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし | |
| | 火災通報設備 | <input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし | 避難訓練 | <input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし | |

スプリンクラー

あり なし

(年 2 回実施)

| | | | | | | | | |
|-------------------------------|--------------------|---|------|------------|--------------------------|----------|--------|----|
| アンケート調査、意見箱等入居者の意見等を把握する取組の状況 | | ■あり 実施日() 結果の開示 ■あり □なし □なし | | | | | | |
| 運営懇談会 | | ■あり 開催頻度(年2回) 構成員〔入居者、家族、職員、地域住民の代表者、 □なし 介護保険事業所の職員等〕 | | | | | | |
| 第三者による評価の実施状況 | | □あり 実施日() 結果の開示 □あり □なし 評価機関名() ■なし | | | | | | |
| 入居希望者への事前の情報開示 | 入居契約書の雛形 | □希望者に公開 ■希望者に配布 □非公開 □未作成 | | | | | | |
| | 管理規程 | □希望者に公開 ■希望者に配布 □非公開 □未作成 | | | | | | |
| | 事業収支計画書 | □希望者に公開 □希望者に配布 ■非公開 □未作成 | | | | | | |
| | 財務諸表の要旨 | □希望者に公開 □希望者に配布 ■非公開 □未作成 | | | | | | |
| | 財務諸表の原本 | □希望者に公開 □希望者に配布 ■非公開 □未作成 | | | | | | |
| 兵庫県有料老人ホーム設置運営指導指針の不適合事項 | | | | | | | | |
| 入居者の状況 | (記入日: 令和3年10月1日現在) | 登録戸数(a) | 36戸 | 入居戸数(b) | 36戸 | 入居率(b/a) | 100.0% | |
| | | 入居定員(c) | 36人 | 入居者数(d) | 36人 | 充足率(d/c) | 100.0% | |
| | 性別 | 男性 | 9人 | 女性 | 27人 | | | |
| | | 年齢別 | ～59歳 | 0人 | 60～64歳 | 1人 | 65～74歳 | 3人 |
| | 75～84歳 | | 11人 | 85歳～ | 21人 | 平均年齢 | 83.8歳 | |
| | 要介護等状態区分別 | 自立 | 0人 | 要支援1 | 2人 | 要支援2 | 3人 | |
| | | 要介護1 | 7人 | 要介護2 | 9人 | 要介護3 | 6人 | |
| | | 要介護4 | 7人 | 要介護5 | 2人 | | | |
| | 入居期間別 | 6箇月未満 | 4人 | 6箇月以上1年未満 | 3人 | 1年以上5年未満 | 28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 | |
| 前年度における退去者の状況 | 退去先別の人数 | | 自宅 | 0人 | 社会福祉施設等 | 5人 | 医療機関 | 3人 |
| | | | 死亡 | 1人 | その他 | 1人 | 合計 | 人 |
| | 生前解約の状況 | 事業者側からの申し出 | 0人 | 解約事由の例 | | | | |
| | | 入居者側からの申し出 | 10人 | 解約事由の例 | 入院加療のため 介護保険施設への入居のため | | | |

上記につきまして、高齢者の居住の安定確保に関する法律第17条(及び老人福祉法第29条第5項)に基づく書面による説明を受けました。

(説明を受けた者)
 年 月 日 借主(乙) 住所 氏名 印
 代理人 住所 氏名 印
 乙との続柄



別添3

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※1

| 住棟番号 | 専用部分の 床面積 (㎡) | 構造及び設備※2 | | | | | | 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 | 18.68 | × | ○ | ○ | × | × | ○ | 18 | 201、202、203、216、217、 218、220、221、222、301、 302、303、316、317、318、 320、321、322号室 | 124,440 |
| 1 | 18.75 | × | ○ | ○ | × | × | ○ | 18 | 205、206、207、208、210、 211、212、213、215、305、 306、307、308、310、311、 312、313、315号室 | 124,440 |
| | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | |

※1:住戸の規模並びに構造及び設備のタイプ別にまとめて記載すること。
 ※2:構造及び設備欄の『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 |
|------|-------|--------------|------------|---------------|----|
| 浴室 | 4 | 35.12 | 2階・3階に各2箇所 | 36 | |
| 台所 | 2 | 15.06 | 〃 | 36 | |
| 食堂 | 2 | 87.27 | 2階・3階に各2箇所 | 36 | |
| 居間 | | | | | |
| 収納設備 | | | | | |
| | | | | | |

※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。

3. 専用部分及び共同利用設備等の利用に当たっての留意事項

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。

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 <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 (法人にあつ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 <input type="checkbox"/> 社会福祉法人 <input checked="" type="checkbox"/> 指定居宅サービス事業者 <input checked="" type="checkbox"/> 指定地域密着型サービス事業者 <input checked="" type="checkbox"/> 指定居宅介護支援事業者 <input checked="" type="checkbox"/> 指定介護予防サービス事業者 <input type="checkbox"/> 指定介護予防支援事業者 <input type="checkbox"/> 上記以外の法人等 | | | | | |
| 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 type="checkbox"/> 看護師 | 人員 | 人 | <input type="checkbox"/> 介護支援専門員 | 人員 | 人 |
| | <input type="checkbox"/> 准看護師 | 人員 | 人 | <input type="checkbox"/> 養成研修修了者 | 人員 | 人 |
| | <input checked="" type="checkbox"/> 介護福祉士 | 人員 | 6人 | <input checked="" type="checkbox"/> 上記以外の職員 | 人員 | 3人 |
| | | | 合計 | | 人員 | 9人 |
| 常駐する場所 | <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) | | | | | |
| 常駐する日 | <input checked="" type="checkbox"/> 365日対応 <input type="checkbox"/> 次の期間を除く () | | | | | |
| 常駐する時間 | 日中 | 8時 30分 | ～ | 17時 30分 | 人員 | 1人 |
| | 上記以外の時間 | 17:30時 | 分 | ～ | 8時 30分 | 人員 |
| 毎日1回以上の状況把握サービスの提供方法 | 居室訪問による確認、PHS通話による確認、食事時に確認 頻度は心身の状態と希望により個別に相談のうえ決定 <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) | | | | 毎日 | 1回 |
| 緊急通報サービスの内容 | 提供時間 | 常駐する日 | 0時 0分 ～ 24時 0分 | | | |
| | | 上記以外の日 | <input type="checkbox"/> 24時間 | | | |
| | 通報方法 | ナースコール | | | | |
| | 通報先 | 1～3階事務所、PHS | | 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 | 19,800円 | 前払金の算定方法 | | |
| | 前払金 | 約 | 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 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 checked="" 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) かぶしきがいしゃ くろーばーきッチン 株式会社 CloverKitcen | |
| | 住所 (法人にあつては 主たる事務所の 所在地) | (郵便番号 651-2109) 兵庫県神戸市西区前開南町2丁目13-14 電話番号 078-945-6500 | |
| | 住所 (法人にあつては 本業務に係る事 業所の所在地) | (郵便番号 674-0059) 兵庫県明石市大久保町茜3丁目15-4 電話番号 078-937-1533 | |
| 食事提供を行う場所 | | <input checked="" type="checkbox"/> 食堂 <input checked="" 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 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 56,100 円 | 内訳 朝食 390 円 昼食 690 円 夕食 790 円 |
| | 前払金 | 約 0 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 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 (法人にあつては 主たる事務所の 所在地) | (郵便番号) | | 電話番号 | |
| | 住所 (法人にあつては 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 type="checkbox"/> 365日対応 <input type="checkbox"/> その他 () | | | |
| | 内容 | <input type="checkbox"/> 入浴介護 <input type="checkbox"/> 排せつ介護 <input type="checkbox"/> 食事介護 <input type="checkbox"/> その他 () | | | |
| サービス提供の 対価(概算額) | 月額※1 | 約 | 円 | 前払金の 算定方法 | |
| | 前払金 | 約 | 円 | | |
| 月額のうち定額部分の 料金(特定施設入居者 生活介護費を除く) | | | | | |
| サービスの種別 | 特定施設入居者生活 介護費で実施する サービス(利用者一 部負担※2) | 個別の利用料で実施するサービス(利用者が全額負担※3) | | | 提供回数等 |
| 食事介助 | <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり | <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり | <input type="checkbox"/> 包含 <input type="checkbox"/> 都度 | 円 / | |
| 排泄介助・ おむつ交換 | <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり | <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり | <input type="checkbox"/> 包含 <input type="checkbox"/> 都度 | 円 / | |
| おむつ代 | | <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり | <input type="checkbox"/> 包含 <input type="checkbox"/> 都度 | 円 / | |
| 入浴(一般浴) 介助・清拭 | <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり | <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり | <input type="checkbox"/> 包含 <input type="checkbox"/> 都度 | 円 / | |
| 特浴介助 | <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり | <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり | <input type="checkbox"/> 包含 <input type="checkbox"/> 都度 | 円 / | |
| 身辺介助(移 動・着替え等) | <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり | <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり | <input type="checkbox"/> 包含 <input type="checkbox"/> 都度 | 円 / | |
| 機能訓練 | <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり | <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり | <input type="checkbox"/> 包含 <input type="checkbox"/> 都度 | 円 / | |
| | <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり | <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり | <input type="checkbox"/> 包含 <input type="checkbox"/> 都度 | 円 / | |
| 備考 | | | | | |

※1: 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: 利用者の所得等に応じて負担割合が変わる(1割、2割又は3割の利用者負担)。

※3: 「あり」をチェックしたときには、各種サービス費用が月額の定額部分の料金に包含される場合と、サービス利用の都度払いによる場合に応じてチェックを入れるとともに、都度払い料金を徴収単位を明確にして記入する。

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 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 (法人にあつては 主たる事務所の 所在地) | (郵便番号) | | 電話番号 | |
| | 住所 (法人にあつては 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 type="checkbox"/> 365日対応 <input type="checkbox"/> その他 () | | | |
| | 内容 | <input type="checkbox"/> 調理 <input 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※1 | 約 | 円 | 前払金の 算定方法 | |
| | 前払金 | 約 | 円 | | |
| 月額のうち定額部分の 料金(特定施設入居者 生活介護費を除く) | | | | | |
| サービスの種別 | 特定施設入居者生活 介護費で実施する サービス(利用者一 部負担※2) | 個別の利用料で実施するサービス(利用者が全額負担※3) | | | 提供回数等 |
| 調理 | <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり | <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり | <input type="checkbox"/> 包含 <input type="checkbox"/> 都度 | 円 / | |
| 日常の洗濯 | <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり | <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり | <input type="checkbox"/> 包含 <input type="checkbox"/> 都度 | 円 / | |
| 居室清掃 | <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり | <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり | <input type="checkbox"/> 包含 <input type="checkbox"/> 都度 | 円 / | |
| リネン交換 | <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり | <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり | <input type="checkbox"/> 包含 <input type="checkbox"/> 都度 | 円 / | |
| 居室配膳・下膳 | <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり | <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり | <input type="checkbox"/> 包含 <input type="checkbox"/> 都度 | 円 / | |
| 買物代行※4 | <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり | <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり | <input type="checkbox"/> 包含 <input type="checkbox"/> 都度 | 円 / | |
| 役所手続き代行 | <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり | <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり | <input type="checkbox"/> 包含 <input type="checkbox"/> 都度 | 円 / | |
| | <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり | <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり | <input type="checkbox"/> 包含 <input type="checkbox"/> 都度 | 円 / | |
| 備考 | | | | | |

※1: 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: 利用者の所得等に応じて負担割合が変わる(1割、2割又は3割の利用者負担)。

※3: 「あり」をチェックしたときには、各種サービス費用が月額の定額部分の料金に包含される場合と、サービス利用の都度払いによる場合に応じてチェックを入れるとともに、都度払い料金を徴収単位を明確にして記入する。

※4: 備考欄に利用できる範囲を記入する。

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 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 type="checkbox"/> 365日対応 <input type="checkbox"/> その他 () | | | |
| | 内容 | <input 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※1 | 約 | 円 | 前払金の 算定方法 | |
| | 前払金 | 約 | 円 | | |
| 月額のうち定額部分の 料金(特定施設入居者 生活介護費を除く) | | | | | |
| サービスの種別 | 特定施設入居者生活 介護費で実施する サービス(利用者一 部負担※2) | 個別の利用料で実施するサービス(利用者が全額負担※3) | | | 提供回数等 |
| 健康相談 | <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり | <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり | <input type="checkbox"/> 包含 <input type="checkbox"/> 都度 | 円 / | |
| 血圧等の測定 | <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり | <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり | <input type="checkbox"/> 包含 <input type="checkbox"/> 都度 | 円 / | |
| 定期検診 | <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり | <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり | <input type="checkbox"/> 包含 <input type="checkbox"/> 都度 | 円 / | |
| 通院の 付き添い※4 | <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり | <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり | <input type="checkbox"/> 包含 <input type="checkbox"/> 都度 | 円 / | |
| 入退院の 付き添い※4 | <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり | <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり | <input type="checkbox"/> 包含 <input type="checkbox"/> 都度 | 円 / | |
| 服薬支援 | <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり | <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり | <input type="checkbox"/> 包含 <input type="checkbox"/> 都度 | 円 / | |
| 生活指導・ 栄養指導 | <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり | <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり | <input type="checkbox"/> 包含 <input type="checkbox"/> 都度 | 円 / | |
| 定期健康診断 | | <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり | <input type="checkbox"/> 包含 <input type="checkbox"/> 都度 | 円 / | |
| | <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり | <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり | <input type="checkbox"/> 包含 <input type="checkbox"/> 都度 | 円 / | |
| 備考 | | | | | |

※1: 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: 利用者の所得等に応じて負担割合が変わる(1割、2割又は3割の利用者負担)。

※3: 「あり」をチェックしたときには、各種サービス費用が月額の定額部分の料金に包含される場合と、サービス利用の都度払いによる場合に応じてチェックを入れるとともに、都度払い料金を徴収単位を明確にして記入する。

※4: 備考欄に付き添いの範囲を記入する。

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 (法人にあつては 主たる事務所の 所在地) | (郵便番号) | 電話番号 |
| | 住所 (法人にあつては 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 | 居宅内での簡便な営繕作業や生活援助・身体介助等 |
| サービス提供の 対価(概算額) | 月額※1 | 約 17,600 円 | 前払金の 算定方法 |
| | 前払金 | 約 円 | |
| 月額のうち定額部分の 料金(特定施設入居者 生活介護費を除く) | | | |
| サービスの種別 | 特定施設入居者生活 介護費で実施する サービス(利用者一 部負担※2) | 個別の利用料で実施するサービス(利用者が全額負担※3) | 提供回数等 |
| | <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり | <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 包含 <input type="checkbox"/> 都度 | 円 / |
| | <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり | <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 包含 <input type="checkbox"/> 都度 | 円 / |
| | <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり | <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 包含 <input type="checkbox"/> 都度 | 円 / |
| | <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり | <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 包含 <input type="checkbox"/> 都度 | 円 / |
| | <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり | <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 包含 <input type="checkbox"/> 都度 | 円 / |
| 備考 | ・スマイルサービス=5分:198円(税込み) ・スマイルサービスAプラン(月額17,600円):概ね1日20分までのスマイルサービスによる支援が必要な方への定額プラン ・スマイルサービスBプラン(月額35,200円):概ね1日40分までのスマイルサービスによる支援が必要な方への定額プラン。 ・金銭管理サービス(月額11,000円) | | |

※1: 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: 利用者の所得等に応じて負担割合が変わる(1割、2割又は3割の利用者負担)。

※3: 「あり」をチェックしたときには、各種サービス費用が月額の定額部分の料金に包含される場合と、サービス利用の都度払いによる場合に応じてチェックを入れるとともに、都度払い料金を徴収単位を明確にして記入する。

職員体制

(有料老人ホームに該当するサービス付き高齢者向け住宅である場合に作成、
同一法人が運営する他の事業所の職員については記載不要)

1. 職種別の職員数

| | 職員数(実人数)※1 | | 常勤換算人数 ※1※2※3 | 兼務している職種及び人数 |
|------------------------------|------------|----|------------------|---------------------|
| | 合計 | 常勤 | | |
| 管理者 | 1 | | 1 | 状況把握及び生活相談を提供する職員1名 |
| 状況把握及び生活相談サービスを提供する職員(生活相談員) | 14 | | 14 | 管理者1名 |
| 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、常勤の従業者が勤務すべき時間数※3 | | | | |

※1:業務を委託する場合、委託先の職員についても記載。

※2: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。

※3: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。

2. 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 | | |
| 介護福祉士 | | |
| 実務者研修修了者 | | |
| 初任者研修修了者 | | |
| 介護支援専門員 | | |

3. 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 | | |
| 言語療法士 | | |
| 柔道整復士 | | |
| あん摩マッサージ指圧師 | | |
| はり師 | | |
| きゅう師 | | |

4. 夜勤を行う職員の人数

| | | | |
|------------------------------|------------------|----------------|--------------|
| 夜勤帯の設定時間 | 17時 30分 ~ 8時 30分 | | |
| | 平均人数 | 最少時人数(休憩者等を除く) | 兼務している職種及び人数 |
| 状況把握及び生活相談サービスを提供する職員(生活相談員) | 1 | | 0 |
| 看護職員 | | | |
| 介護職員 | | | |

5. 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等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※ | <input type="checkbox"/> 1.5:1以上 <input type="checkbox"/> 2:1以上 <input type="checkbox"/> 2.5:1以上 <input type="checkbox"/> 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) | : |
| 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 | ホームの職員数 | |
| | 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 | |

※: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

6. 職員の状況

| | | | | | | | |
|----------------|----------|--|-----|---------|-----|-------|-----|
| 管理者 | 職名・氏名 | 管理者 熊直美 | | | | | |
| | 他の職務との兼務 | <input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし | | | | | |
| | 業務に係る資格 | <input checked="" type="checkbox"/> あり 資格の名称 | | | | | |
| | | <input type="checkbox"/> なし | | | | | |
| 区分 | | 看護職員 | | 介護職員 | | 生活相談員 | |
| | | 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 | 7 |
| 前年度1年間の退職者数 | | | | | | 0 | 4 |
| 業務に従事した経験年数 | | / | | | | | |
| 1年未満の者の人数 | | | | | | | 5 |
| 1年以上3年未満の者の人数 | | | | | | | 5 |
| 3年以上5年未満の者の人数 | | | | | | | 2 |
| 5年以上10年未満の者の人数 | | | | | | | 2 |
| 10年以上の者の人数 | | | | | | | 1 |
| 区分 | | 機能訓練指導員 | | 計画作成担当者 | | | |
| | | 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 | | / | | | | | |
| 1年未満の者の人数 | | | | | | | |
| 1年以上3年未満の者の人数 | | | | | | | |
| 3年以上5年未満の者の人数 | | | | | | | |
| 5年以上10年未満の者の人数 | | | | | | | |
| 10年以上の者の人数 | | | | | | | |

| | |
|--------------|--|
| 職員の健康診断の実施状況 | <input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし |
|--------------|--|

