

(別 紙)

別紙様式

重要事項説明書

| | | | |
|------|-------|-------|--------------------|
| 記入者名 | 安部 高生 | 記入年月日 | 平成 年 月 日 |
| | | 所属・職名 | (株)日本クリード 代表取締役 |

1. 事業主体概要

| | | | |
|---------------------------------|------------|--|------------------------------------|
| 事業主体の名称、主たる事務所の所在地及び電話番号その他の連絡先 | | | |
| 事業主体の名称 | 法人等の種類 | <input checked="" type="checkbox"/> なし | <input type="checkbox"/> あり : 営利法人 |
| | 名称 | (ふりがな) にほんくりど 株式会社日本クリード | |
| 事業主体の主たる 事務所の所在地 | 〒 | 〒103-0004 | |
| | | 東京都中央区東日本橋3-6-18 | |
| 事業主体の連絡先 | 電話番号 | 03-5643-6150 | |
| | FAX番号 | 03-5643-6151 | |
| | ホームページ | <input checked="" type="checkbox"/> なし | |
| | アドレス | あり : http://www.nihoncreed.co.jp | |
| 事業主体の代表者の 氏名及び職名 | 氏名 | 安部 高生 | |
| | 職名 | 代表取締役 | |
| 事業主体の設立年月日 | 平成13年6月28日 | | |

| 事業主体が当該都道府県内で実施する他の介護サービス | | | | |
|------------------------------|----|----------------------|--|--------------------------|
| 介護サービスの種類 | | 事業所の名称 クリード 騎西 | | 所在地 埼玉県加須市騎西61 番12 |
| <居宅サービス> | | | | |
| 訪問介護 | あり | なし | | |
| 訪問入浴介護 | あり | なし | | |
| 訪問看護 | あり | なし | | |
| 訪問リハビリテーション | あり | なし | | |
| 居宅療養管理指導 | あり | なし | | |
| 通所介護 | あり | なし | | |
| 通所リハビリテーション | あり | なし | | |
| 短期入所生活介護 | あり | なし | | |
| 短期入所療養介護 | あり | なし | | |
| 特定施設入居者生活介護 | あり | なし | | |
| 福祉用具貸与 | あり | なし | | |
| 特定福祉用具販売 | あり | なし | | |
| <地域密着型サービス> | | | | |
| 夜間対応型訪問介護 | あり | なし | | |
| 認知症対応型通所介護 | あり | なし | | |
| 小規模多機能型居宅介護 | あり | なし | | |
| 認知症対応型共同生活介護 | あり | なし | | |
| 地域密着型特定施設入居者生活介護 | あり | なし | | |
| 地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護 | あり | なし | | |
| 居宅介護支援 | あり | なし | | |
| <居宅介護予防サービス> | | | | |
| 介護予防訪問介護 | あり | なし | | |
| 介護予防訪問入浴介護 | あり | なし | | |
| 介護予防訪問看護 | あり | なし | | |
| 介護予防訪問リハビリテーション | あり | なし | | |
| 介護予防居宅療養管理指導 | あり | なし | | |
| 介護予防通所介護 | あり | なし | | |
| 介護予防通所リハビリテーション | あり | なし | | |
| 介護予防短期入所生活介護 | あり | なし | | |
| 介護予防短期入所療養介護 | あり | なし | | |
| 介護予防特定施設入居者生活介護 | あり | なし | | |
| 介護予防福祉用具貸与 | あり | なし | | |
| 特定介護予防福祉用具販売 | あり | なし | | |
| <地域密着型介護予防サービス> | | | | |
| 介護予防認知症対応型通所介護 | あり | なし | | |
| 介護予防小規模多機能型居宅介護 | あり | なし | | |
| 介護予防認知症対応型共同生活介護 | あり | なし | | |
| 介護予防支援 | あり | なし | | |
| <介護保険施設> | | | | |
| 介護老人福祉施設 | あり | なし | | |
| 介護老人保健施設 | あり | なし | | |
| 介護療養型医療施設 | あり | なし | | |

2. 施設概要

| | | |
|--|--|---|
| 施設の名称、所在地及び電話番号その他の連絡先 | | |
| 施設の名称 | (ふりがな) くりーどきさい クリード騎西 | |
| 施設の所在地 | 〒 | 〒347-0105 |
| | 埼玉県加須市騎西61-12 | |
| 施設の連絡先 | 電話番号 | 0480-70-0133 |
| | FAX番号 | 0480-70-0132 |
| | ホームページ | なし |
| | アドレス | あり: http://www.nihoncreed.co.jp |
| 施設の開設年月日 | | 平成24年10月1日 |
| 施設の管理者の氏名 及び職名 | 氏名 | 山本 博 |
| | 職名 | 施設長 |
| 施設までの主な利用交通手段 | | |
| 東武伊勢崎線 加須駅北口 朝日バス鴻巣駅・免許センター行き約11分 騎西一丁目下車 徒歩約5分 | | |
| 施設の類型及び表示事項 | <input type="checkbox"/> 類型: 住宅型有料老人ホーム <input type="checkbox"/> 居住の権利形態: 建物質貸借方式 <input type="checkbox"/> 利用料の支払い方式: 月払い方式 <input type="checkbox"/> 入居時の要件: 入居時自立・要支援・要介護 <input type="checkbox"/> 介護保険: 在宅サービス利用可 <input type="checkbox"/> 居室区分: 全室個室 | |
| 介護保険事業所番号 | | |
| 特定施設入居者生活介護の事業の開始年月日又は開始予定年月日、指定又は許可を受けた年月日 (指定又は許可の更新を受けた場合にはその年月日) | | |
| 事業の開始(予定)年月日 | | |
| 指定の年月日 | | |
| 指定の更新年月日 | | |

3. 従業者に関する事項

職種別の従業者の人数及びその勤務形態

有料老人ホームの人数及びその勤務形態

| 実人数 | 常勤 | | 非常勤 | | 合計 | 常勤換算 人数 |
|---------|----|-----|-----|-----|----|------------|
| | 専従 | 非専従 | 専従 | 非専従 | | |
| 施設長 | 1 | | | | 1 | 1 |
| 生活相談員 | | | | | | |
| 看護職員 | | | | | | |
| 介護職員 | | | | | | |
| 機能訓練指導員 | | | | | | |
| 計画作成担当者 | | | | | | |
| 栄養士 | | | | | | |
| 調理員 | 1 | | | 4 | 5 | 2.5 |
| 事務員 | | | | 1 | 1 | 0.2 |
| その他従業者 | | | | | | |

1週間のうち、常勤の従業者が勤務すべき時間数 40時間

※ 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。

従業者である介護職員が有している資格

| 延べ人数 | 常勤 | | 非常勤 | |
|----------|----|-----|-----|-----|
| | 専従 | 非専従 | 専従 | 非専従 |
| 社会福祉士 | | | | |
| 介護福祉士 | | | | |
| 介護職員基礎研修 | | | | |
| 訪問介護員1級 | | | | |
| 2級 | | | | |
| 3級 | | | | |
| 介護支援専門員 | | | | |

従業者である機能訓練指導員が有している資格

| 延べ人数 | 常勤 | | 非常勤 | |
|-------------|----|-----|-----|-----|
| | 専従 | 非専従 | 専従 | 非専従 |
| 理学療法士 | | | | |
| 作業療法士 | | | | |
| 言語聴覚士 | | | | |
| 看護師及び准看護師 | | | | |
| 柔道整復士 | | | | |
| あん摩マッサージ指圧師 | | | | |

夜勤を行う看護職員及び
介護職員の数 : 最少時の人数 (宿直の従事者を除いた人数)
平均時の人数

特定施設入居者生活介護の提供に当たる従業者の人数及びその勤務形態

| 実人数 | 常勤 | | 非常勤 | | 合計 | 常勤換算 人 数 |
|---------|----|-----|-----|-----|----|-------------|
| | 専従 | 非専従 | 専従 | 非専従 | | |
| 生活相談員 | | | | | | |
| 看護職員 | | | | | | |
| 介護職員 | | | | | | |
| 機能訓練指導員 | | | | | | |
| 計画作成担当者 | | | | | | |
| その他従業者 | | | | | | |

1週間のうち、常勤の従業者が勤務すべき時間数

※ 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。

従業者である介護職員が有している資格

| 延べ人数 | 常勤 | | 非常勤 | |
|----------|----|-----|-----|-----|
| | 専従 | 非専従 | 専従 | 非専従 |
| 社会福祉士 | | | | |
| 介護福祉士 | | | | |
| 介護職員基礎研修 | | | | |
| 訪問介護員1級 | | | | |
| 2級 | | | | |
| 3級 | | | | |
| 介護支援専門員 | | | | |

従業者である機能訓練指導員が有している資格

| 延べ人数 | 常勤 | | 非常勤 | |
|-------------|----|-----|-----|-----|
| | 専従 | 非専従 | 専従 | 非専従 |
| 理学療法士 | | | | |
| 作業療法士 | | | | |
| 言語聴覚士 | | | | |
| 看護師及び准看護師 | | | | |
| 柔道整復士 | | | | |
| あん摩マッサージ指圧師 | | | | |

管理者の他の職務との兼務の有無

| | | | | |
|---------------------|----|----|--------|----|
| 管理者が有している当該業務に係る資格等 | なし | あり | 資格等の名称 | なし |
|---------------------|----|----|--------|----|

特定施設入居者生活介護の利用者に対する看護職員及び介護職員の常勤換算方法による人数の割合

従業員の当該介護サービスに係る業務に従事した経験年数等

| | 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 | | | | | | |
| 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 | | | | | | |
| | 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 | | | | | | |
| 従業員の健康診断の実施状況 | | | | なし | あり | |

4. サービスの内容

| | | | |
|---|-------------------|----|------|
| 施設の運営に関する方針 | | | |
| 1日3食の食事を提供する住宅型有料老人ホームとして運営致します。また、介護が必要になった場合は、入居者の選択により訪問介護・介護予防等のサービスを利用しながら、継続して入居して頂きます。 | | | |
| 介護サービスの内容、利用定員等 | | | |
| 個別機能訓練の実施（介護報酬の加算）の有無 | | なし | あり |
| 夜間看護体制加算（介護報酬の加算）の有無 | | なし | あり |
| 人員配置が手厚い介護サービスの実施の有無 | | なし | あり |
| 利用者の個別的な選択による介護サービスの実施状況 | | 別紙 | |
| 協力医療機関の名称 | 中田病院 県西在宅クリニック | | |
| (協力の内容) 内科、整形外科、リハ科、循環器科、形成外科、皮膚科 | | | |
| 協力歯科医療機関 | なし | あり | その名称 |
| (協力の内容) | | | |
| 要介護時における居室の住み替えに関する事項 | | | |
| 要介護時に介護を行う場所 | | | |
| 要介護時においても、居室を移ることなく、介護サービスを受けることができます。介護サービスを受ける場合は、個別に介護事業者と契約して頂きます。 | | | |

| | | |
|-----------------------|----|----|
| 入居後に居室を住み替える場合 | | |
| 一時介護室へ移る場合 | | |
| 判断基準・手続について (その内容) | | |
| 追加的費用の有無 | なし | あり |
| 居室利用権の取扱い (その内容) | | |
| 入居一時金償却の調整の有無 | なし | あり |
| 従前の居室からの面積の増減の有無 | なし | あり |
| 従前居室との仕様の変更 | | |
| 便所の変更の有無 | なし | あり |
| 浴室の変更の有無 | なし | あり |
| 洗面所の変更の有無 | なし | あり |
| 台所の有無 | なし | あり |
| その他の変更の有無 (その内容) | なし | あり |
| 介護居室へ移る場合 | | |
| 判断基準・手続について (その内容) | | |
| 追加的費用の有無 | なし | あり |
| 居室利用権の取扱い (その内容) | | |
| 入居一時金償却の調整の有無 | なし | あり |
| 従前の居室からの面積の増減の有無 | なし | あり |
| 従前居室との仕様の変更 | | |
| 便所の変更の有無 | なし | あり |
| 浴室の変更の有無 | なし | あり |
| 洗面所の変更の有無 | なし | あり |
| 台所の有無 | なし | あり |
| その他の変更の有無 (その内容) | なし | あり |

| | | |
|-----------------------|--|----|
| その他 | なし | あり |
| 判断基準・手続について (その内容) | | |
| 追加的費用の有無 | なし | あり |
| 居室利用権の取扱い (その内容) | | |
| 入居一時金償却の調整の有無 | なし | あり |
| 従前の居室からの面積の増減の有無 | なし | あり |
| 従前居室との仕様の変更 | | |
| 便所の変更の有無 | なし | あり |
| 浴室の変更の有無 | なし | あり |
| 洗面所の変更の有無 | なし | あり |
| 台所の有無 | なし | あり |
| その他の変更の有無 (その内容) | なし | あり |
| 施設の入居に関する要件 | | |
| 自立している者を対象 | なし | あり |
| 要支援の者を対象 | なし | あり |
| 要介護の者を対象 | なし | あり |
| 留意事項 | | |
| 契約の解除の内容 | <p>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とき</p> <p>② 月払いの利用料その他の支払いを正当な理由なく、しばしば遅滞するとき</p> <p>③ 管理規程の禁止・制限行為の規定に違反したとき</p> <p>④ 入居者の行動が、他の入居者又は従業員の生命に危害を及ぼし、又は、その危害の切迫した恐れがあり、かつ有料老人ホームにおける通常の介護方法及び接遇方法ではこれを防止することができないとき</p> <p>⑤ 入居者において日常的な医療行為の必要性が発生し、入居者自らが介護事業者と契約して当該医療行為を行うことができず、事業者において当該行為への対応が出来ないとき</p> <p>⑥ 入居者は、事業者に対して、少なくとも30日前に解約の申し入れを行うことにより、本契約を解約することができます。解約の申し入れは事業者の定める解約届を事業者に届け出るものとします。</p> <p>⑦ 入居者が前項の解約届を提出しないで居室を退去した場合には、事業者が入居者の退去の事実を知った日の翌日から起算して30日目をもって、本契約は解約されたものと推定します。</p> | |
| 体験入居の内容 | <p>実際に宿泊をし、館内の見学をはじめ、他の入居者と一緒の食事や、談話時間をもうけ、当施設をより理解してもらうため。</p> <p>1泊2日(3食付)：5,400円 ※最長5泊6日</p> | |
| 入居定員 | 38名 | |
| その他 | | |

入居者の状況

入居者の人数

| | 要介護1 | 要介護2 | 要介護3 | 要介護4 | 要介護5 | 合計 |
|------------|------|------|------|--------|------|----|
| 65歳未満 | | 1 | | 2 | | 3 |
| 65歳以上75歳未満 | 6 | 3 | 2 | 1 | 1 | 13 |
| 75歳以上85歳未満 | 3 | 2 | 1 | | | 6 |
| 85歳以上 | 1 | | | 1 | | 2 |
| | 自立 | 要支援1 | 要支援2 | 経過的要介護 | | 合計 |
| 65歳未満 | | | | 1 | | 1 |
| 65歳以上75歳未満 | 2 | 4 | | | | 6 |
| 75歳以上85歳未満 | | 2 | | | | 2 |
| 85歳以上 | 1 | | | | | 1 |

入居者の平均年齢 72.2歳

入居者の男女別人数 男性 23人 女性 11人

入居率（一時的に不在となっている者を含む。） 89.5%

前年度の有料老人ホームを退居した者の人数

| | 要介護1 | 要介護2 | 要介護3 | 要介護4 | 要介護5 | 合計 |
|--------|------|------|------|--------|------|----|
| 自宅等 | 1 | | | | | 1 |
| 社会福祉施設 | 2 | 1 | | | | 3 |
| 医療機関 | | | | 1 | | 1 |
| 死亡者 | | | 1 | 1 | | 2 |
| その他 | | | 1 | | | 1 |
| | 自立 | 要支援1 | 要支援2 | 経過的要介護 | | 合計 |
| 自宅等 | 1 | | | | | 1 |
| 社会福祉施設 | 2 | | | | | 2 |
| 医療機関 | | | | | | |
| 死亡者 | | | | | | |
| その他 | | | | | | |

入居者の入居期間

| 入居期間 | 6ヶ月未満 | 6ヶ月以上 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 |
|------|-------|---------------|--------------|---------------|----------------|-------|
| 入居者数 | 4 | 9 | 21 | | | |

(平成29年2月1日現在)

施設、設備等の状況

| | | | | | | |
|-----------------|--------------------------|----------------|-------------------------------------|---------|------|--|
| 建物の構造 | 建築基準法第2条第9号の2に規定する耐火建築物 | | | なし | あり | |
| | 建築基準法第2条第9号の3に規定する準耐火建築物 | | | なし | あり | |
| 居室の状況 | 区分 | | | 室数 | 人数 | 1の居室の床面積 |
| | 一般居室個室 | あり | なし | 38 | 38 | 14.78 m ² 14.97 m ² |
| | 一般居室相部屋 | あり | なし | | | m ² m ² m ² |
| | 介護居室個室 | あり | なし | | | m ² |
| | 介護居室相部屋 | あり | なし | | | m ² m ² m ² |
| | 一時介護室 | あり | なし | | | m ² m ² m ² |
| | 共用便所の設置数 | 19箇所 | うち男女別の対応が可能な数 | | | 18箇所 |
| | | うち車椅子等の対応が可能な数 | | | 18箇所 | |
| 個室の便所の設置数 | 無し | 個室における便所の設置割合 | | | | |
| | | うち車椅子等の対応が可能な数 | | | | |
| 浴室の設備状況 | 浴室の数 | 個浴 | 大浴槽 | 特殊浴槽 | リフト浴 | |
| | | 3 | 1 | | | |
| その他、浴室の設備に関する事項 | | | | | | |
| 食堂の設備状況 | 各階に設置。厨房にて調理したものを提供。 | | | | | |
| | 入居者等が調理を行う設備状況 | | | なし | あり | |
| その他、共用施設の設備状況 | | | | | | |
| | なし | あり | (その内容) 洗濯室、洗面、健康管理室、談話室(2階)、喫煙室(2階) | | | |
| バリアフリーの対応状況 | | | | | | |
| | (その内容) エレベーターの設置 | | | | | |
| 緊急通報装置の設置状況 | なし | 一部あり | | 各居室内にあり | | |
| 外線電話回線の設置状況 | なし | 一部あり | | 各居室内にあり | | |
| テレビ回線の設置状況 | なし | 一部あり | | 各居室内にあり | | |
| 施設の敷地に関する事項 | | | | | | |
| 敷地の面積 | | | 1081.47 m ² | | | |
| 事業所を運営する法人が所有 | | なし | 一部あり | | あり | |
| 抵当権の設定 | | なし | | あり | | |
| 貸借(借地) | | | | | | |
| なし | あり | 契約期間 | 始 | 終 | | |
| 契約の自動更新 | | | なし | あり | | |
| 施設の建物に関する事項 | | | | | | |
| 建物の延床面積 | | | 1286.48 m ² | | | |
| 事業所を運営する法人が所有 | | なし | 一部あり | | あり | |
| 抵当権の設定 | | なし | | あり | | |
| 貸借(借家) | | | | | | |
| なし | あり | 契約期間 | 始 | 2012年 | 終 | |
| 契約の自動更新 | | | なし | あり | | |
| | | | 2037年 | | | |

| 利用者からの苦情に対応する窓口等の状況 | | | | |
|---|-------------------------------------|---|----|----|
| 事業主体や施設に設置している利用者からの苦情に対応する窓口 | | | | |
| 窓口の名称 | 株式会社日本クリード、クリード騎西施設長 | | | |
| 電話番号 | 047-420-8935、0480-70-0133 | | | |
| 対応している時間 | 平日 | 9時～17時 | | |
| | 土曜 | 9時～17時 | | |
| | 日曜・祝日 | 9時～17時 | | |
| 定休日等 | 事業主体は日曜日、祝祭日、年末年始が定休日。 施設は、年中無休。 | | | |
| 上記以外の利用者からの苦情に対応する主な窓口等 | | | | |
| 窓口の名称 | 埼玉県福祉部高齢介護課 | | | |
| 電話番号 | 048-830-3240 | | | |
| 対応している時間 | 平日 | 8時30分～17時15分 | | |
| | 土曜 | | | |
| | 日曜・祝日 | | | |
| 定休日等 | 土曜、日曜、祝祭日 | | | |
| 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 | | | | |
| なし | あり | （その内容）株式会社損保ジャパンの賠償責任保険に加入しており、サービス提供による事故が発生した場合に対応致します。 | | |
| その他、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に関すること | | | | |
| なし | あり | （その内容） | | |
| サービスの提供内容に関する特色等 | | | | |
| （その内容）1日3食の食事提供を行います。 | | | | |
| 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 | | | | |
| なし | あり | 実施した年月日 | | |
| | | 当該結果の開示状況 | なし | あり |
| 第三者による評価の実施状況 | | | | |
| なし | あり | 実施した年月日 | | |
| | | 実施した評価機関の名称 | | |
| | | 当該結果の開示状況 | なし | あり |

5. 利用料金

| | | | |
|---|--------------|--------|-------------------|
| 年齢により一時金の料金が異なる場合 | なし | あり | |
| 一時金に関する費用 | | | |
| ①居室に要する一時金（一般居室や介護居室、共用部分の利用のための家賃相当額に充当されるもの） | なし | あり | |
| 名称 | 入居一時金 | | |
| | 最低の額 | 最高の額 | 最多価格帯 |
| 人の入居の場合 | 円 | 円 | 円 戸 |
| | 最低の額 | 最高の額 | 最多価格帯 |
| 人の入居の場合 | 円 | 円 | 円 戸 |
| | 最低の額 | 最高の額 | 最多価格帯 |
| 人の入居の場合 | 円 | 円 | 円 戸 |
| 一時金の算定根拠 | | | |
| 一時金の償却に関する事項 | | | |
| 償却開始 | 入居をした月 | なし | あり |
| | 上記以外 | (その内容) | |
| 初期償却率 (%) | | | |
| 償却年月数 | | | |
| 解約時返還金の算定方法 | | | |
| 保全措置の実施状況 | なし | あり | (その内容) ㈱朝日信託と委託契約 |
| ②利用者の選定による介護サービス利用料 (人員配置が手厚い場合の介護サービス) | なし | あり | |
| (「あり」の場合、その内容、利用料及び算定根拠) | | | |
| 「あり」の場合、介護保険給付及び利用者負担分による収入によって賄えない額に充当するものとしての合理的な積算根拠 | | なし | あり |
| 名称 | | | |
| 一時金の償却に関する事項 | | | |
| 償却開始 | 入居をした月 | なし | あり |
| | サービス提供を開始した月 | なし | あり |
| | 上記以外 | (その内容) | |
| 初期償却率 (%) | | | |
| 償却年月数 | | | |
| 解約時返還金の算定方法 | | | |
| 保全措置の実施状況 | なし | あり | (その内容) |

| | | | |
|--|--------------|---|----|
| ③利用者の個別的な選択による介護サービス利用料 | | なし | あり |
| (「あり」の場合、その内容、利用料及び算定根拠) | | | |
| 名称 | | | |
| 一時金の償却に関する事項 | | | |
| 償却開始 | 入居をした月 | なし | あり |
| | サービス提供を開始した月 | なし | あり |
| | 上記以外 | (その内容) | |
| 初期償却率 (%) | | | |
| 償却年月数 | | | |
| 解約時返還金の算定方法 | | | |
| 保全措置の実施状況 | | | |
| なし | あり | (「あり」の場合、その内容) | |
| ④その他に要する一時金 | | なし | あり |
| (「あり」の場合、その内容、利用料及び算定根拠) | | | |
| 敷金は入居契約の担保として家賃の4ヶ月相当額を受託します。 契約の終了又は解除により退去となった場合は全額返還します。 | | | |
| 名称 | | 敷金 | |
| 解約時返還金の算定方法 | | 解約後(退去後)30日以内に全額返還します。 ただし、原状回復工事費用、利用料等の未払費用があった場合は、精算後残額を返還します。 また、原状回復工事費用、利用料等の未払費用等が敷金を超過した際には、超過分についてお支払頂きます。 | |
| 保全措置の実施状況 | | | |
| なし | あり | (「あり」の場合、その内容) | |
| 一時金に対する留意事項等 | | | |
| なし | あり | (「あり」の場合、その内容) | |

介護保険給付以外のサービスに要する費用

| | | | |
|---|----|----|---------|
| 月額の場合の利用料の額 | | | |
| 管理費 | なし | あり | 別紙料金表 円 |
| (「あり」の場合、その用途) 施設の整備費用 | | | |
| 食費 | なし | あり | 別紙料金表 円 |
| (「あり」の場合、その内容) 1日3食、1ヶ月分の金額となります。 | | | |
| 光熱水費 | なし | あり | 別紙料金表 円 |
| 利用者の個別的な選択による介護サービス利用料 | | | |
| 人員配置が手厚い場合の介護サービス | | なし | あり |
| (「あり」の場合、その内容及び利用料) | | | |
| 「あり」の場合、介護保険給付及び利用者負担分による収入によって賄えない額に充当するものとしての合理的な積算根拠 | | なし | あり |
| 個別的な選択による介護サービス | | なし | あり |
| (「あり」の場合、その内容及び利用料) | | | |
| 家賃相当額 | なし | あり | 別紙料金表 円 |
| その他に必要な月額利用料 | | なし | あり |
| (「あり」の場合、その内容及び利用料) | | | |
| その他、一時金及び利用料以外に必要な利用料 | | なし | あり |
| (「あり」の場合、その内容及び利用料) | | | |
| 介護サービスを受ける場合は、個別に介護サービス事業者とご契約頂きます。サービス事業者の選択・サービスの内容・利用料等は、契約の際十分にご留意ください。 | | | |

6. その他

埼玉県有料老人ホーム設置運営指導指針の不適合事項

なし

あり

(その内容)

添付書類：「介護サービス等の一覧表」

※ _____ 様

説明年月日 平成 年 月 日

説明者 署名 _____

説明を受けた方 署名 _____