

重要事項説明書

ミアヘルサ オアシス新座

重要事項説明書

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条及び埼玉県有料老人ホーム設置運営指導指針12(4)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。

1 サービス付き高齢者向け住宅の名称及び所在地等

住宅の名称	(ふりがな) みあへるさ おあしすにいざ ミアヘルサ オアシス新座		
所在地※1	(郵便番号 352-0003) 埼玉県新座市北野3-18-24		
連絡先	電話番号	048-458-0820	
	FAX番号	048-458-0921	
	メールアドレス	oasis.niz@merhalsa.jp	
	ホームページアドレス	https://www.merhalsa.jp/oasis/facility/niiza/	
利用交通手段	<input checked="" type="checkbox"/> 1. 電車 (東武東上 線 志木 駅から 徒歩 で 13分) <input type="checkbox"/> 2. その他 ()		
住宅に関する権原	<input type="checkbox"/> 1. 所有権 <input checked="" type="checkbox"/> 2. 賃借権 <input type="checkbox"/> 3. 使用貸借による権利 期間 2014年 8月 1日から 2044年 7月 31日まで 契約の自動更新 <input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし 抵当権の有無 <input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし		
	<input type="checkbox"/> 1. 所有権 <input type="checkbox"/> 2. 賃借権 <input type="checkbox"/> 3. 使用貸借による権利 期間 2014年 8月 1日から 2044年 7月 31日まで 契約の自動更新 <input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし		
	<input type="checkbox"/> 1. 所有権 <input checked="" type="checkbox"/> 2. 賃借権 <input type="checkbox"/> 3. 使用貸借による権利 期間 2014年 8月 1日から 2044年 7月 31日まで 契約の自動更新 <input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし 抵当権の有無 <input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし		

(※1)住居表示が決定している場合は住居表示を記載すること。
 建築前で、建物の所在、住居表示が決定していない場合は、土地の地番を記載すること。
 (※2)施設とは、「9 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」を指す。
 施設の運営者の権原を記載すること。運営者が複数いる場合、規模が最も大きい施設の運営者の権原を記載し、その他の運営者の権限について、入居者へ説明すること。

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	<input checked="" type="checkbox"/> 法人 <input type="checkbox"/> 個人		
商号、名称 又は氏名	(ふりがな) みあへるさ かぶしきがいしゃ ミアヘルサ 株式会社		
住所 (法人にあっては 主たる事務所)	(郵便番号 162-0064) 東京都新宿区市谷仲之町3番19号 電話番号 03-3341-2421		
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)	(ふりがな)		
	商号、名称、又は氏名		
	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) みあへるさ かぶしきがいしゃ ミアヘルサ 株式会社		
事務所の所在地	(郵便番号 162-0064) 東京都新宿区市谷仲之町3番19号 電話番号 03-3341-2421		

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	29	戸
居住部分の規模	(最小)	20.35	m ²
	(最大)	20.65	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	鉄骨造	
	階数	地上2階建	
	耐火建築物	<input checked="" type="checkbox"/> 準耐火建築物 <input type="checkbox"/> その他 ()	
建築物の延床面積	1250	m ²	(うちサービス付き高齢者向け住宅部分 885.74 m ²)
竣工の年月	2014年8月1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"/> 終身建物賃貸借契約 <input type="checkbox"/> 利用権契約 <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	<input checked="" type="checkbox"/> 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。)
入居契約の内容	別添入居契約書のとおり

事業開始時期	2014年9月1日から
--------	-------------

6 利用料金

サービスの種類	提供形態	提供の対価(概算・月額)	
高齢者生活支援サービス	状況把握・生活相談	<input checked="" type="checkbox"/> 自ら <input type="checkbox"/> 委託	約 37,800 円
	食事の提供	<input checked="" type="checkbox"/> 自ら <input type="checkbox"/> 委託 <input type="checkbox"/> 提供しない	約 48,270 円
	入浴等の介護	<input checked="" type="checkbox"/> 自ら <input type="checkbox"/> 委託 <input type="checkbox"/> 提供しない	約 550 円
	調理等の家事	<input checked="" type="checkbox"/> 自ら <input type="checkbox"/> 委託 <input type="checkbox"/> 提供しない	約 550 円
	健康の維持増進	<input checked="" type="checkbox"/> 自ら <input type="checkbox"/> 委託 <input type="checkbox"/> 提供しない	約 550 円
その他	<input checked="" type="checkbox"/> 自ら <input type="checkbox"/> 委託 <input type="checkbox"/> 提供しない	約 550 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	0 円	家賃の 0 月分
	(最高) 約	0 円	
前払金※の有無	<input type="checkbox"/> あり <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
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 checked="" 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 checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> 指定を受けていない		

利用料金の支払方式	<input type="checkbox"/> 全額前払い方式	
	<input type="checkbox"/> 一部前払い・一部月払い方式	
	<input checked="" type="checkbox"/> 月払い方式	
	<input type="checkbox"/> 選択方式 (該当する方式全て選択)	<input type="checkbox"/> 全額前払い方式 <input type="checkbox"/> 一部前払い・一部月払い方式 <input type="checkbox"/> 月払い方式
年齢に応じた金額設定	<input type="checkbox"/> あり <input checked="" type="checkbox"/> なし	
要介護状態に応じた金額設定	<input type="checkbox"/> あり <input checked="" type="checkbox"/> 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	<input checked="" type="checkbox"/> 減額なし	
	<input checked="" type="checkbox"/> 日割り計算で減額（食事サービス）	
	<input type="checkbox"/> 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	社会情勢の変化時・法改正時等
	手続き	入居者・利用者に説明

前払金の算定根拠		
想定居住期間（償却年数）		
償却開始日		入居日
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		
初期償却率		%
返還金の算定方法	入居後3月以内の契約終了	
	入居後3月を超えた契約終了	
前払い金の保全先	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	
	5 その他	

※前払い金を受領していない場合は省略可

※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。

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 (法人にあっては 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	事業所番号	事業所の場所
ミアヘルサ ケアプラン新座	ケアプラン作成	1172300475	<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
ミアヘルサ デイサービス新座	通所介護（機能訓練、入浴、食事等）	1175101755	<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
ミアヘルサ ホームヘルプ新座	訪問介護	1175101763	<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
ミアヘルサ 定期巡回サービス新座	定期巡回随時対応型訪問介護看護	1195100126	<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

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）

連携又は協力の相手方	
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居住安定確保計画に照らして適切なものである旨

基本方針に照らして適切に運営します。

1 1 サービスの内容

(全体の方針)

運営に関する方針	ミアヘルサ オアシス新座では医療・介護・予防・生活支援を繋ぎお一人おひとりのご入居者の健康をお守りし、生活の支援をさせていただきます。
サービスの提供内容に関する特色	365日24時間、ミアヘルサのスタッフが常駐して医療・介護連携のサービス提供をいたします。

(介護サービスの内容) ※特定施設入居者生活介護の指定を受けていない場合は省略。

特定施設入居者生活介護の加算の対象となるサービス体制の有無	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	
	医療機関連携加算	<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	(I)	<input type="checkbox"/>	あり	<input type="checkbox"/>	なし
		(II)	<input type="checkbox"/>	あり	<input type="checkbox"/>	なし
	サービス提供体制強化加算	(I)イ	<input type="checkbox"/>	あり	<input type="checkbox"/>	なし
		(I)ロ	<input type="checkbox"/>	あり	<input type="checkbox"/>	なし
(II)		<input type="checkbox"/>	あり	<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)			
	<input type="checkbox"/>	なし	:			
	<input type="checkbox"/>	なし				

(医療連携の内容)

医療支援		<input checked="" type="checkbox"/> 救急車の手配	
		<input checked="" type="checkbox"/> 入退院の付き添い	
		<input checked="" type="checkbox"/> 通院介助	
		<input type="checkbox"/> その他 ()	
協力医療機関	1	名称	医療法人社団絆会 オアシス愛生クリニック
		住所	埼玉県和光市新倉2-5-49
	診療科目	内科 皮膚科 心療内科	
	協力内容	在宅療養支援診療	
	2	名称	
		住所	
診療科目			
協力内容			
協力歯科医療機関		名称	医療法人社団皓有会小山歯科・矯正歯科クリニック
		住所	埼玉県朝霞市仲町2-2-44 3F
		協力内容	在宅訪問歯科診療

(入居後に居室を住み替える場合)

入居後に居室を住み替える場合	<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 ()	
判断基準の内容		
手続きの内容	<input type="checkbox"/> 医師の意見を聞く	
	<input type="checkbox"/> 3か月間の観察期間を置く	
	<input type="checkbox"/> 本人及び身元引受人の同意を得る	
追加的費用の有無	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	
居室賃借権(利用権)の取扱い	<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	
従前の居室との仕様の 変更	面積の増減	<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
	浴室の変更	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
	洗面所の変更	<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
	収納設備の変更	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
	その他の変更	<input type="checkbox"/> あり (変更内容)
	<input type="checkbox"/> 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	■ あり	□ なし
	要支援の者	■ あり	□ なし
	要介護の者	■ あり	□ なし
留意事項	禁止または制限される事項の遵守		
事業主体から契約解除を求める場合	解約条項	契約解除条項に該当した場合	
	解約予告期間	定期建物賃貸借契約第15条、17条による	
入居者から契約解除を求める場合	解約条項	定期建物賃貸借契約第16条	
	解約予告期間	定期建物賃貸借契約第16条による	
体験入居の内容	<input checked="" type="checkbox"/> あり (内容: 1泊食事付6,000円(税込)) <input type="checkbox"/> なし		
入居定員	29人		
その他			

1.2 職員体制

(職種別の職員数) ※サービス付き高齢者向け住宅事業(以下「住宅事業」という。)の職員数

職種	職員数(実人数) 9人					常勤換算人数※1
	合計	常勤		非常勤		
		専従	非専従	専従	非専従	
管理者	1		1			
生活相談員						
直接処遇職員						
介護職員	3		2		1	
看護職員						
機能訓練指導員						
計画作成担当者						
栄養士						
調理員	4			4		
事務員	1				1	
その他職員						
1週間に常勤の従業者が勤務すべき時間数※1						時間
※1 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 (注1) 併設の介護保険事業所の勤務時間は表に含めない。 (特定施設入居者生活介護等の勤務時間は含む。) (注2) 常勤・非常勤、専従・非専従について [常勤 …住宅事業にのみ従事し、法人の就業規則等で定める常勤の者。 [非常勤 …常勤以外の者。併設の介護保険事業所と兼務する職員は必ず非常勤に該当。 [専従 …住宅事業で1つの職種のみで勤務する者。 [非専従 …専従以外の者。 (注3) 業務委託により配置される職員がいる場合は、人数の後ろに(委託)と記載すること。 (注4) 常勤換算人数とは、従業者の住宅事業の勤務延時間数を、法人の就業規則等で定める常勤の従業者が勤務すべき時間数で除することにより、常勤の従業者の人数に換算した人数。						

(資格を有している介護職員の数)

職種	職員数(実人数) 4人				
	合計	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	1		1		
実務研修の修了者					
初任者研修の修了者	3		2		1
介護支援専門員					
(注1) (職種別の職員数)の介護職員が保有する資格について記入。 (注2) 1人の職員が複数の資格を有している場合、いずれか1つの資格にのみ計上。					

(資格を有している機能訓練指導員の人数)

職種	職員数 (実人数) 人				
	合計	常勤		非常勤	
		専従	非専従	専従	非専従
看護師又は准看護師					
理学療法士					
作業療法士					
言語聴覚士					
柔道整復師					
あん摩マッサージ指圧師					

(注1) (職種別の職員数)の機能訓練指導員が保有する資格について記入。
 (注2) 1人の職員が複数の資格を有している場合、いずれか1つの資格にのみ計上。

(夜勤を行う職員の人数)

夜勤帯の設定時間 (17時 00分～ 9時 00分)		
職種	平均人数	最小時人数※
介護職員	1 人	1 人
看護職員	人	人

※最少時人数は、休憩中の職員も勤務している人数として計上。

(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、省略可能)	契約上の職員配置比率	<input type="checkbox"/> 1.5 : 1 以上
	【表示事項】	<input type="checkbox"/> 2.0 : 1 以上
		<input type="checkbox"/> 2.5 : 1 以上
		<input type="checkbox"/> 3.0 : 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)	: 1
外部サービス利用型特定施設の介護サービス提供体制 (該当しない場合、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	管理者の氏名	本間 美帆									
	職名	ホーム長									
	他の職務との兼務	<input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし									
	業務に係る資格等	<input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし 資格等の名称 介護福祉士									
	生活相談員		介護職員		看護職員		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	0							
前年度1年間の退職者数			0	0							
経験年数	1年未満										
	1年以上			3	1						
	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			<input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし								

1.3 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	2人
	女性	27人
年齢別	65歳未満	0人
	65歳以上75歳未満	2人
	75歳以上85歳未満	6人
	85歳以上	20人
要介護度別	自立	0人
	要支援1	1人
	要支援2	2人
	要介護1	6人
	要介護2	12人
	要介護3	4人
	要介護4	2人
	要介護5	1人

入居期間	6ヶ月未満	0人
	6ヶ月以上1年未満	1人
	1年以上5年未満	19人
	5年以上10年未満	8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	86.7	歳
入居者数の合計	28	人
入居率※	97	%
※ 入居者数の合計を入居定員数で除した割合。 一時不在の者も入居者に含む。		

(前年度における退去者の状況)

退去先別の人数	自宅等	1	人	
	社会福祉施設	0	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	0	人	(解約事由の例)
	入居者側の申し出	2	人	(解約事由の例) 長期間入院となるため

1.4 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)

1	窓口の名称	介護事業本部
	電話番号	03-3341-2421
	対応している時間	9時～18時
	定休日	土日祝日及び年末年始
2	窓口の名称	埼玉県福祉部高齢者福祉課
	電話番号	048-830-3254
	対応している時間	8時30分～17時15分
	定休日	土日祝日及び年末年始
3	窓口の名称	埼玉県都市整備部住宅課
	電話番号	048-830-5562
	対応している時間	8時30分～17時15分
	定休日	土日祝日及び年末年始
4	窓口の名称	新座市消費生活相談室
	電話番号	048-424-9162
	対応している時間	9時～16時
	定休日	土日祝日及び年末年始
5	窓口の名称	埼玉県消費生活支援センター川越
	電話番号	049-247-0888
	対応している時間	9時～16時
	定休日	土日祝日及び年末年始

(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	<input checked="" type="checkbox"/> あり	(その内容) 三井住友海上火災保険 「福祉事業者総合賠償責任保険」
	<input type="checkbox"/> なし	
賠償すべき事故が発生したときの対応	<input checked="" type="checkbox"/> あり	(その内容) 事故防止マニュアルに基づき入居者の対応を行うとともに入居者の身元引受人及び関係行政機関に報告し、必要な措置を講じます。
	<input type="checkbox"/> なし	
事故対応及びその予防のための指針	<input checked="" type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし

(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 type="checkbox"/> あり	実施内容		
		結果の開示	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし
第三者による評価の実施状況	<input checked="" type="checkbox"/> なし			
	<input type="checkbox"/> あり	実施日		
		評価機関名称		
		結果の開示	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし
	<input checked="" type="checkbox"/> なし			

1 5 入居希望者への事前の情報開示

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

1 6 その他

運営懇談会	<input type="checkbox"/> あり	(開催頻度) 年	回
	<input checked="" type="checkbox"/> なし	<input checked="" type="checkbox"/> 代替措置あり	(内容) ・入居者家族連絡先一覧整備 ・併設事業の定期巡回による介護医療連携推進会議にて、市役所職員、地域包括、民生委員、医療関係者、利用者、家族代表出席のもと定期巡回の内容以外にサ高住の入居者、サービス状況及び収支の内容の報告も実施。実施記録を閲覧できる状態に整備。
		<input type="checkbox"/> 代替措置なし	
提携ホームへの住み替え※	<input checked="" type="checkbox"/> あり	(提携ホーム名：ミアヘルサ オアシス吉川)	
	<input type="checkbox"/> なし		
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 checked="" type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし	
埼玉県有料老人ホーム設置運営指導指針の不適合事項	<input checked="" type="checkbox"/> なし		
	<input type="checkbox"/> あり	(その内容)	

※提携ホームとは、(介護予防)特定施設入居者生活介護の指定を受けている提携施設を指す。

- (添付資料)
- 別添1 (役員名簿 (法第6条第1項第3号に該当する者))
 - 別添2 (役員名簿 (法第6条第1項第4号に該当する者))
 - 別添3 (住宅の規模並びに構造及び設備等)
 - 別添4 (サービス付き高齢者向け住宅が提供するサービスの概要)
 - 別添5 (サービス付き高齢者向け住宅が提供するサービス一覧表)
 - 別添6 (事業主体が埼玉県内で実施する事業所一覧)

説明年月日

令和 年 月 日

様に対して、 契約書及び重要事項説明書に基づいて、重要な事項を説明しました。

登録事業者名 ミアヘルサ株式会社

所在地 東京都新宿区市谷仲之町3-19

代表者名 代表取締役社長 青木勇 印

説明者氏名 _____ 印

私は上記事業者から、 契約書及び重要事項説明書に基づいて、重要な事項の説明を受けました。

署名 _____ 印

別添1

役員名簿
 (高齢者の居住の安定確保に関する法律第6条第1項第3号に該当する者)

(ふりがな) 氏名	役名等
あおきいさむ 青木 勇	代表取締役社長
あおきふみえ 青木 文恵	取締役
あおきしげる 青木 茂	取締役
さとうあきこ 佐藤 安紀子	取締役
せきねひであき 関根 秀明	取締役
さいとうしょういち 齊藤 彰一	取締役
たかはしまさひこ 高橋 雅彦	取締役
かわいてるよし 河合 輝欣	取締役
うめづこうぞう 梅津 興三	取締役
あだちまさひろ 足立 正弘	監査役
はら まさお 原 正雄	監査役
とおやまのりお 遠山 典夫	監査役

別添2

役員名簿
 (高齢者の居住の安定確保に関する法律第6条第1項第4号に該当する者)

(ふりがな) 氏名	役名等

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

住棟番号	専用部分の床面積 (㎡)	構造及び設備※						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	20.35	×	○	○	×	×	○	23	102~108、202~210、213~219	75,000
1	20.65	×	○	○	×	×	○	6	101、109、201、211、212、220、	75,000

注1)住戸の規模並びに設備及び構造のタイプ別にまとめて記載すること。
 注2)設備及び構造欄の『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

(1)共同利用設備

設備等	整備箇所数	合計床面積 (㎡)	整備箇所	想定 利用戸数 (戸)	利用方法
浴室	3	24.25	1階1 2階2	29	機械浴あり
台所	2	13.43	1階1 2階1	29	
食堂	2	101.78	1階1 2階2	29	
洗濯室	1	6.99	2階1	29	
トイレ	3	9.63	1階1 2階2	29	

注1)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。

(2)消防用設備・その他設備

消火器	■ あり	□ なし
自動火災報知設備	■ あり	□ なし
火災通報設備	■ あり	□ なし
スプリンクラー	■ あり	□ なし
防火管理者	■ あり	□ なし
防災計画	■ あり	□ なし
エレベーター	■ あり	(□車椅子対応 ■ストレッチャー対応) □ なし

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 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	
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 48,270 円	内訳	朝食 313 円	昼食 648 円 夕食 648 円
	前払金	約 0 円	前払金の算定方法		
備考	上記金額は1か月30日、1日3回喫食した場合の料金です。 1か月の食数に応じて月額の料金は変わります。				

※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 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 checked="" type="checkbox"/> 365日対応 <input type="checkbox"/> その他()		
		内容	<input checked="" type="checkbox"/> 入浴介護 <input checked="" type="checkbox"/> 排せつ介護 <input checked="" 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	約	円	前払金の算定方法	
	前払金	約	0 円		
備考		介護保険適用外の入浴介助、排せつ介助、食事介助は550円/15分にて「選択サービス」として提供いたします。			

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 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 checked="" type="checkbox"/> 365日対応 <input type="checkbox"/> その他()		
		内容	<input checked="" type="checkbox"/> 調理 <input checked="" type="checkbox"/> 洗濯 <input checked="" type="checkbox"/> 掃除 <input type="checkbox"/> その他 ()		
サービス提供の対価(概算額)	月額	約	円	前払金の算定方法	
	前払金	約	0 円		
備考		別途有料で「選択サービス」を提供いたします。 調理 550円/15分 洗濯代行440円/ネット 日常的な洗濯物に限ります。 掃除 550円/15分			

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 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 checked="" type="checkbox"/> 365日対応 <input type="checkbox"/> その他()		
		内容	<input checked="" type="checkbox"/> 健康相談 <input type="checkbox"/> 血圧等の測定 <input type="checkbox"/> 定期検診 <input checked="" 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	約 0 円	前払金の算定方法	
		前払金	約 0 円		
備考		健康相談の料金は、状況把握及び生活相談サービスに含む。 通院等の付き添い 550円/15分(交通費等の実費を伴う料金は別に徴収します)			

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 checked="" type="checkbox"/> 365日対応 <input type="checkbox"/> その他()		
		内容	ゴミ出し等		
サービス提供の対価(概算額)		月額	約 0 円	前払金の算定方法	
		前払金	約 0 円		
備考		その他のサービス項目の内容ならびに料金は、生活支援サービス重要事項説明書を参照願います。			

別添5

サービス付き高齢者向け住宅が提供するサービス一覧表

特定施設入居者生活介護(地域密着型・介護予防を含む)の指定の有無		□ あり ■ なし	
サービス内容	特定施設入居者生活介護費で実施するサービス	個別の利用料で実施するサービス	
		包含 ※1	都度 ※2
介護サービス			料金(税込)
食事介助	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	550円/15分
排泄介助・おむつ交換	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	550円/15分
おむつ代	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	実費
入浴(一般浴)介護・清拭	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	550円/15分
特浴介助	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	550円/15分
身辺介助(移動・着替え等)	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	550円/15分
機能訓練	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input checked="" type="checkbox"/> なし	
通院介助	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	550円/15分
生活サービス			
居室清掃	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	550円/15分
リネン交換	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	550円/15分
日常の洗濯	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	440円/1ネット
居室配膳・下膳	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	
嗜好に応じた特別食	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	
おやつ	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input checked="" type="checkbox"/> なし	
理美容サービス	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	実費
買物代行	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	
役所手続き代行	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input checked="" type="checkbox"/> なし	550円/15分
金銭・貯金管理	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input checked="" type="checkbox"/> なし	
健康管理サービス			
定期健康診断	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	実費
健康相談	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	
生活指導・栄養指導	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	
服薬支援	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	
生活リズムの記録(排便・睡眠等)	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	
入退院時・入院中のサービス			
移送サービス	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input checked="" type="checkbox"/> なし	
入退院時の同行	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input checked="" type="checkbox"/> なし	
入院中の洗濯物交換・買い物	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input checked="" type="checkbox"/> なし	
入院中の見舞い訪問	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input checked="" type="checkbox"/> なし	
備考			基本サービス費(38,500円(税込))/月に含む 基本サービス費(38,500円(税込))/月に含む
			基本サービス費(38,500円(税込))/月に含む 基本サービス費(38,500円(税込))/月に含む
			基本サービス費(38,500円(税込))/月に含む 基本サービス費(38,500円(税込))/月に含む
			基本サービス費(38,500円(税込))/月に含む 基本サービス費(38,500円(税込))/月に含む

※1 「包含」は、複数のサービスをまとめて月額で提供する場合に該当。
 ※2 「都度」は、サービスごとの利用料が定まっている場合に該当。料金を記載すること。

事業主体が埼玉県内で実施する事業所一覧

介護サービスの種類	箇所数	主な事業所の名称	主な事業所の所在地
<居宅サービス>			
訪問介護	2	ミアヘルサ ホームヘルプ新座	新座市北野3-18-24
訪問入浴介護	0		
訪問看護	1	ミアヘルサ 訪問看護和光	和光市新倉2-5-49
訪問リハビリテーション	0		
居宅療養管理指導	1	日生薬局和光店	和光市新倉2-5-49
通所介護	3	ミアヘルサ デイサービス新座	新座市北野3-18-24
通所リハビリテーション	0		
短期入所生活介護	0		
短期入所療養介護	0		
特定施設入居者生活介護	1	ミアヘルサ オアシス吉川	吉川市美南1-1-3
福祉用具貸与	0		
特定福祉用具販売	0		
<地域密着型サービス>			
定期巡回・随時対応型訪問介護看護	3	ミアヘルサ 定期巡回サービス新座	新座市北野3-18-24
夜間対応型訪問介護	0		
認知症対応型通所介護	0		
小規模多機能型居宅介護	1	新倉高齢者福祉センター	和光市新倉1-20-39
認知症対応型共同生活介護	1	ミアヘルサ グループホーム新座	新座市大和田1-10-29
地域密着型特定施設入居者生活介護	0		
地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護	0		
看護小規模多機能型居宅介護	0		
居宅介護支援	3	ミアヘルサ ケアプラン新座	新座市北野3-18-24
<介護予防サービス>			
介護予防訪問介護	2	ミアヘルサ ホームヘルプ新座	新座市北野3-18-24
介護予防訪問入浴介護	0		
介護予防訪問看護	1	ミアヘルサ 訪問看護和光	和光市新倉2-5-49
介護予防訪問リハビリテーション	0		
介護予防居宅療養管理指導	1	日生薬局和光店	和光市新倉2-5-49
介護予防通所介護	3	ミアヘルサ デイサービス新座	新座市北野3-18-24
介護予防通所リハビリテーション	0		
介護予防短期入所生活介護	0		
介護予防短期入所療養介護	0		
介護予防特定施設入居者生活介護	1	ミアヘルサ オアシス吉川	吉川市美南1-1-3
介護予防福祉用具貸与	0		
特定介護予防福祉用具販売	0		
<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	0		
介護予防小規模多機能型居宅介護	1	新倉高齢者福祉センター	和光市新倉1-20-9
介護予防認知症対応型共同生活介護	1	ミアヘルサ グループホーム新座	新座市大和田1-10-29
介護予防支援	3	ミアヘルサ ケアプラン新座	新座市北野3-18-24
<介護保険施設>			
介護老人福祉施設	0		
介護老人保健施設	0		
介護療養型医療施設	0		

生活支援サービス重要事項説明書

ミアヘルサ オアシス新座

生活支援サービス重要事項説明書

1. 生活支援サービス提供事業者

事業者の名称・所在地および電話番号その他の連絡先		
事業者の名称	フリガナ	ミアヘルサカブシキガイシャ
		ミアヘルサ株式会社
事業者の所在地	(〒162-0064) 東京都新宿区市谷仲之町3番19号	
事業者の連絡先	電話番号	03-3341-2421
	FAX番号	03-3341-1737
	ホームページアドレス	http://www.merhalsa.jp
事業者の代表者名	代表取締役社長 青木 勇	

2. 住宅事業主体概要

事業主体の名称、主たる事務所の所在地およ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	なし	<input checked="" type="radio"/> : 株式会社
	名称	フリガナ	
	ミアヘルサ株式会社	ミアヘルサカブシキガイシャ	
事業主体の主たる事務所の所在地	〒162-0064	東京都新宿区市谷仲之町3番19号	
事業主体の連絡先	電話番号	03-3341-2421	
	FAX番号	03-3341-1737	
	ホームページアドレス	なし	
		<input checked="" type="radio"/>	http://www.merhalsa.jp
事業主体の代表者の氏名および職名	氏名	青木 勇	
	職名	代表取締役社長	
事業主体が行っている主な事業等	保険調剤事業 介護保険事業 学園事業 保健指導事業 保育事業 給食事業		

3. 住宅概要

住宅の名称・所在地および電話番号その他の連絡先		
住宅の名称	フリガナ	ミアヘルサ オアシスニイザ
		ミアヘルサ オアシス新座
住宅の所在地	(〒352-0003) 埼玉県新座市北野3-18-24	
住宅の連絡先	電話番号	048-458-0820
	FAX番号	048-458-0921
	ホームページアドレス	http://www.merhalsa.jp
住宅の管理者名	本間 美帆	
住宅の開設年月日	西暦2014年9月1日	
サービス付き高齢者向け住宅登録番号	130020	
居住の契約方式	定期賃貸借契約	

4. 生活支援サービスの内容

生活支援サービスに関する方針等

ご入居様が主体的に安心して生活を継続できるように住まいの安全安心を第一に住環境の充実を図ります。また、ご入居様のご希望に応じた生活支援サービスの提供により車椅子の方や重度化の方でも、個人の有する能力に応じ、自立して日常生活を営むことができるように支援します。

5. 生活支援サービス職員体制

生活支援サービス職員体制等			
生活支援サービス職員			
サービス種類ごとに業務に係る 人数を記載して下さい。	人数	委託先等	
基本サービススタッフ	1人	当法人職員	
介護スタッフ	3人～5人	当法人職員	
調理スタッフ	2人～4人	当法人職員	
夜間体制	常駐の (<input checked="" type="radio"/> 有) ・ 無)	1人	当法人職員

6. 月額利用料の請求および支払方法

請求方法
<p>毎月15日ごろに前月分の請求書を発行し、ご入居者様に送付します。</p> <ul style="list-style-type: none"> 生活支援基本サービス料金は、月額金38,500円(税込)とします。また、1か月に満たない期間のサービス料金は、1か月を30日として日割計算した額とします。なお、1円に満たない端数は四捨五入するものとします。 生活支援選択サービス料金は本重要事項説明書4に記載した料金を基にご利用料金を算出します。
支払方法
毎月26日までに前月の支払請求分を口座自動振り替え方式によりお支払いいただきます。

7. 生活支援サービス利用者からの苦情に対応する窓口等の状況

利用者からの苦情に対応する窓口等の状況		
窓口の名称	ミアヘルサ オアシス新座 相談・苦情受付係	
電話番号	03-3341-2421	
対応している時間	平日	9時00分～17時00分
	土曜	事前電話による予約をお願いします
	日曜	事前電話による予約をお願いします
	祝日	事前電話による予約をお願いします
定休日	特定日なし	
留意事項		
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		
具体的な対応		
1	事業者は、生活支援サービスの提供に伴って、事業者の責めに帰すべき事由によりご入居者様の生命、身体または財産に損害を及ぼした場合は、ご入居者様に対してその損害を賠償します。	
2	ご入居者様が、本契約締結時にご入居者様の疾患または身体状態等の重要事項について故意にこれを告げず、または不実の告知を行ったときは、その疾患または身体状態等に因る損害と認められる場合には、事業者は損害賠償の義務を負いません。	

8. 生活支援サービス利用に当たっての留意事項

外出・帰宅・訪問等	
住宅正面玄関は、オートロックとなっております。 長期外泊時は、管理人へご連絡下さい。	
共用施設の利用について	
1階通所介護ゾーン	指定した時間に限り、フロントスタッフにお申し出いただくことにより、1階通所介護ゾーンをお使いいただける場合があります。
ゴミ処理について	
市指定ゴミ回収日に敷地内ごみ集積場にお出してください。また、選択サービスとしてのゴミ出しサービスをご利用いただくこともできます。	

9. 契約の解除内容等

利用者からの解約	
定期建物賃貸借契約を解約することにより、本契約を解約することができるものとします。	
事業者からの解除	
ご入居者様が正当な理由なく事業者に支払うべきサービス利用料を3か月以上滞納した場合においてご入居者様に対し、滞納額を支払うように催告したにもかかわらず30日間以内に滞納額の全額の支払がないときは、本契約および定期建物賃貸借契約を解除することができます。	

10. 損害賠償責任保険の内容

損害賠償責任保険の加入状況	
<input checked="" type="radio"/> 有	<input type="radio"/> 無 (三井住友海上火災保険株式会社)

生活支援サービスの内容

基本サービス		
【定期建物賃貸借契約の条件付きのサービス】⇒介護保険によるサービスではありません。		
サービス項目	サービス内容	料金（税込）
日常の安否確認 （状況把握）	1日に2回、フロントスタッフ等が居室を巡回し、ご入居者様の安否を確認します。その場合、ご入居者様のお返事など応答がない場合には、居室内に立入り安否を確認する可能性がある事をご承諾いただくものとします。	38,500円/月
緊急時の対応	体調急変・異変等の緊急の場合、ご入居者様は居室等に設置された緊急通報装置（ナースコール等）による緊急通報を行うことができます。その場合、フロントスタッフ等がご入居者様の安否・安全等を確認します。また、その状況に応じフロントスタッフ等が救急車の手配を行い、緊急連絡先にご連絡します。	
防犯	フロントスタッフ等が館内を巡回します。	
防災	年に1回、防災訓練等を行います。	
生活相談	ご入居者様の生活のご相談にフロントスタッフ等が応じます。	
健康相談	ご入居者様の健康のご相談に有資格者等が応じます。	
健康管理	定期健康診断は年一回以上お受けいただきます。その結果等に基づき、フロントスタッフ等はご入居者様の日常の健康支援および状態の把握支援を行います。 （定期健康診断の費用はご負担いただきます。）	
介護相談	ご入居者様の介護のご相談に有資格者等が応じます。	
服薬相談	ご入居者様の服薬のご相談に有資格者等が応じます。	
栄養相談	ご入居者様の栄養のご相談に有資格者等が応じます。	
居室内の電球の取替え	フロントスタッフ等が行います。 （電球代等は実費をご負担いただきます。）	
来訪者対応	ご入居者様の来訪者に対応します。	
宅配便一時預かり	ご入居者様のご不在時の宅配便を一時お預かりします。	
地域活動の情報提供	地域の活動、催し、行政等の生活情報を提供します。	

※ 基本サービス費については、外泊や入院等された場合でも減額されません。

※ 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料金を変更する場合は、事前にご説明をし、ご承諾いただきます。

生活支援サービスの内容

選択サービス		
【定期建物賃貸借契約の条件以外のサービス】⇒介護保険によるサービスではありません。		
サービス項目	サービス内容	料金（税込）
食事	ご希望に応じ朝食・昼食・夕食をご用意します。食事の提供はミアヘルサ オアシス新座が指定した時間とし、朝食および夕食は1階2階食堂もしくは居室での配下膳とし、昼食は居室での配下膳とします。また、ご注文は3日前の12時までとし、追加注文に限り前日の12時までお受けします。また、キャンセル料は前日15時までではありませんが、それ以降のキャンセルの場合は全額ご負担いただきます。	朝食313円 昼食648円 夕食648円 月間48,270円
生活介助	介護保険適用外の排泄介助・入浴介助・食事介助ならびに掃除・買い物・調理等の家事、および疾患時一時介護（発熱時の水枕の交換や発汗の清拭など）や通院同行・入院時支援等を有資格者等が応じます。（交通費等実費を伴う料金は別に徴収します。）	550円/15分
洗濯代行	ご希望に応じ洗濯を代行します。（日常的な洗濯物に限ります。）その場合はミアヘルサ オアシス新座が用意するネットを単位とします。	440円/ネット
ゴミ出し	自室内のゴミを纏めていただいた状態を前提に、市指定ゴミ回収日にフロントスタッフ等がゴミの回収に居室にお伺いします。	55円/回
長期不在時の居室換気	長期ご不在時のご入居者様の居室の換気をフロントスタッフ等が応じます。	220円/回
各種外部サービスへの取り次ぎ	タクシー・クリーニング・理美容・清掃業者等の外部サービス事業者への取り次ぎにフロントスタッフ等が応じます。	220円/回
その他	ご入居者様のご希望ごとにサービスの内容や料金をご相談の上、フロントスタッフ等が応じます。	適宜

- ※ スタッフの手配状況によっては、お受けできない場合もあります。
- ※ 生活支援選択サービスの月額利用料の消費税算出は、利用サービス項目及び回数を基に行います。
- ※ 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料金を変更する場合は、事前にご説明をし、ご承諾いただきます。

説明年月日 西暦 年 月 日

生活支援サービス提供にあたり、ご入居者様に対して、契約書および書面に基づいて重要な事項を説明しました。

事業者名 ミアヘルサ株式会社

住所 東京都新宿区市谷仲之町3番19号

代表者 代表取締役社長 青木 勇 (印)

説明者 (印)

私は、契約書および書面により、事業者から生活支援サービスについての重要な事項の説明を受けました。

利用者（居住者）名 (印)

住所

