



1. 事業主体概要

種類	個人/法人 法人	
	※法人の場合、その種類	株式会社
名称	(ふりがな) かぶしきがいしゃ ぷろ	
	株式会社 PRO	
主たる事務所の所在地	〒891-3111 鹿児島県西之表市西町36番地	
連絡先	電話番号	0997-23-0723
	FAX番号	0997-28-3728
	ホームページアドレス	kaigo-arigato.com
代表者	氏名	服部 真
	職名	代表取締役
設立年月日	昭和・平成 21年 5月 25日	
主な実施事業	※別添1 (別に実施する介護サービス一覧表)	

2. 有料老人ホーム事業の概要

(住まいの概要)

名称	(ふりがな) さーびすつきこうれいしゃじゅうたく ありがとう	
	サービス付き高齢者住宅 ありがとう	

所在地	〒891-3101 鹿児島県西之表市西之表9309-2	
主な利用交通手段	最寄駅	駅
	交通手段と所要時間	西之表港より車で5分
連絡先	電話番号	0997-28-3088
	FAX番号	0997-28-3188
	ホームページアドレス	kaigo-arigato.com
管理者	氏名	鮫島 寛大
	職名	取締役
建物の竣工日		昭和(平成) 26年 10月 30日
有料老人ホーム事業の開始日		昭和(平成) 26年 11月 15日

3. 建物概要

土地	敷地面積	m ²	
	所有関係	1 事業者が自ら所有する土地	
		2 事業者が賃借する土地	
		抵当権の有無	1 あり 2 なし
		契約期間	1 あり (平成26年11月1日~平成56年10月31日) 2 なし
契約の自動更新	1 あり 2 なし		
建物	延床面積	全体	498.32 m ²
		うち、老人ホーム部分	498.32 m ²

共用施設	共用便所における	ヶ所	うち男女別の対応が可能な便房	0ヶ所
	便房	ヶ所	うち車椅子等の対応が可能な便房	1ヶ所
	共用浴室	ヶ所	個室	1ヶ所
	共用浴室における	ヶ所	大浴場	1ヶ所
			チェアー浴	ヶ所

(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	① あり	2	なし
	要支援の者	① あり	2	なし
	要介護の者	① あり	2	なし
留意事項	概ね60歳以上の方が入居可能			
契約の解除の内容	賃料支払義務・共益費支払義務・光熱費支払義務・生活支援サービス費支払義務			
事業主体から解約を求める場合	解約条項	契約書代10条		
	解約予告期間	30日前		
入居者からの解約予告期間	契約書代11条 30日前			
体験入居の内容	1 あり (内容:) ② なし			
入居定員	13 人			
その他				

5. 職員体制

(職種別の職員実人数)

	合計	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 ※1 ※2
		常勤	非常勤	
管理者	1		1	
生活相談員	1		1	
直接処遇職員	10		10	
介護職員	10		10	
看護職員				
機能訓練指導員				
計画作成担当者				
栄養士				
調理員	1		1	
事務員	1	1		
その他職員	1		1	
1週間のうち、常勤の従業者が勤務すべき時間数		※2		
※1 常勤換算人数とは、当該事業所の従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。				
※2 特定施設入居者生活介護等を提供しない場合(住宅型)は、記入不要。				

(資格を有している介護職員の人数)

	合計	1週間のうち、常勤の従業者が勤務すべき時間数	
		常勤	非常勤
社会福祉士			
介護福祉士	3		3
実務者研修の修了者	1		1
初任者研修の修了者	5		5
介護支援専門員			

	介護浴槽		リフト浴	ヶ所
			ストレッチャー浴	1ヶ所
			その他()	ヶ所
	食堂	1 <input checked="" type="radio"/> あり	2 なし	
	入居者や家族が利用できる調理設備	1 <input checked="" type="radio"/> あり	2 なし	
	エレベーター	1 あり(車椅子対応) 2 あり(ストレッチャー対応) 3 あり(上記1・2に該当しない) 4 <input checked="" type="radio"/> なし		
消防用設備等	消火器	1 <input checked="" type="radio"/> あり	2 なし	
	自動火災報知設備	1 <input checked="" type="radio"/> あり	2 なし	
	火災通報設備	1 <input checked="" type="radio"/> あり	2 なし	
	スプリンクラー	1 <input checked="" type="radio"/> あり	2 なし	
	防火管理者	1 <input checked="" type="radio"/> あり	2 なし	
	防災計画	1 <input checked="" type="radio"/> あり	2 なし	
その他				

4. サービスの内容 (全体の方針)

運営に関する方針	入居者様やご家族のご意向を尊重し、その方らしい人生の支援を行う。		
サービスの提供内容に関する特色	通所介護・訪問介護・居宅介護支援・在宅医療などを自由に選択して頂き、寝たきりになっても安心して暮らせる住宅である。		
入浴、排せつ又は食事の介護	1 自ら実施	2 委託	3 <input checked="" type="radio"/> なし
食事の提供	1 <input checked="" type="radio"/> 自ら実施	2 委託	3 なし
洗濯、掃除等の家事の供与	1 自ら実施	2 委託	3 <input checked="" type="radio"/> なし
健康管理の供与	1 自ら実施	2 委託	3 <input checked="" type="radio"/> なし
安否確認又は状況把握サービス	1 <input checked="" type="radio"/> 自ら実施	2 委託	3 なし
生活相談サービス	1 <input checked="" type="radio"/> 自ら実施	2 委託	3 なし

(医療連携の内容)

医療支援	※複数選択可	<input checked="" type="radio"/> 救急車の手配 <input checked="" type="radio"/> 入退院の付き添い <input checked="" type="radio"/> 通院介助 <input type="radio"/> その他()		
協力医療機関	1	名称	種子島医療センター	
		住所	鹿児島県西之表市西之表7463番地	
		診療科目	内科・循環器・消化器・整形・眼科・糖尿・皮膚・泌尿器・外科 他	
			協力内容	定期受診・緊急時の対応・往診
	2	名称	百合砂診療所	
		住所	鹿児島県西之表市鴨女町98番地	
診療科目		整形外科・リハビリテーション科		
		協力内容	定期受診・予防接種の対応・訪問リハビリ	
協力歯科医療機関		名称	えのもと歯科医院	
		住所	鹿児島県西之表市西町7066	
		協力内容	往診・義歯作製/調整	

(日勤を行う看護・介護職員の人数)

日勤帯の設定時間 (時～ 時)		
	最少時人数 (休憩者等を除く) ※1 ※2	最大時人数 ※1
看護職員	0人	0人
介護職員	2人	3人

※1 同じ日勤時間帯でも、勤務シフトや他事業所との兼務等の状況によって人数が変動するため、出勤簿を参考に、職員が少ない時間帯と多い時間帯を考慮して記載する。
 ※2 「最少時人数」は、休憩時間等で持ち場を離れる職員を除いて記入する。

(夜勤を行う看護・介護職員の人数)

夜勤帯の設定時間 (20 時～7 時) 夜勤帯のうち休憩時間 (4 時間 分)		
	平均人数 ※1	最少時人数 (休憩者等を除く) ※2
看護職員	0人	0人
介護職員	1人	0人

※1 常時従事している「平均人数」を整数で記入。宿直者は人数に含まない。
 ※2 「最少時人数」は、休憩時間等で持ち場を離れる職員を除いて記入する。仮に、夜勤1人の場合、最少時人数は「0人」となる。なお、宿直者は人数に含まない。

(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、本欄は省略可能）	契約上の職員配置比率 ※ 【表示事項】	a 1.5 : 1 以上 b 2 : 1 以上 c 2.5 : 1 以上 d 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)	: 1
※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		
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（外部サービス利用型特定施設以外の場合、本欄は省略可能）	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	他の職務との兼務		① あり 2 なし								
	業務に係る資格等		① あり								
	資格等の名称										
	2 なし										
	看護職員		介護職員		生活相談員		機能訓練指導員		計画作成担当者		
	常勤	非常勤	常勤	非常勤	常勤	非常勤	常勤	非常勤	常勤	非常勤	
前年度1年間の採用者数				0							
前年度1年間の退職者数				3							
に業務に 従事した 経験年数	1年未満										
	1年以上										
	3年未満				1						
	3年以上										
	5年未満				2						
	5年以上										
	10年未満				4						
10年以上				4							
従業者の健康診断の実施状況				① あり 2 なし							

6. 利用料金

(利用料金の支払い方法)

居住の権利形態 【表示事項】	1 利用権方式 ② 建物賃貸借方式 3 終身建物賃貸借方式	
利用料金の支払い方式 【表示事項】	1 全額前払い方式 2 一部前払い・一部月払い方式 ③ 月払い方式	
	4 選択方式 ※該当する方式を全て選択	1 全額前払い方式 2 一部前払い・一部月払い方式 3 月払い方式
年齢に応じた金額設定	1 あり ② なし	
要介護状態に応じた金額設定	1 あり ② 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	1 減額なし ② 日割り計算で減額 3 不在期間が 日以上の場合に限り、日割り計算で減額	
利用料金の改定	条件	
	手続き	

(利用料金のプラン【代表的なプランを2例】)

		プラン1	プラン2	
入居者の状況	要介護度	要支援1	要介護5	
	年齢	76歳	100歳	
居室の状況	床面積	18.24㎡	18.24	
	便所	① 有 2 無	① 有 2 無	
	浴室	1 有 ② 無	1 有 ② 無	
	台所	① 有 2 無	① 有 2 無	
入居時点で 必要な費用	前払金	0円	0円	
	敷金	0円	0円	
月額費用の合計		105,000円	105,000円	
家賃		45,000円	45,000円	
サービス費用	※1 特定施設入居者生活介護の費用		円	
	介護保険外※2	食費 (税込/税抜)	30,000円	30,000円
		管理費 (税込/税抜)	0円	0円
		介護費用 (税込/税抜)	0円	0円
		光熱水費 (税込/税抜)	10,000円	10,000円
		その他 (税込/税抜)	20,000円	20,000円
※1		介護予防・地域密着型の場合を含む。		
※2		有料老人ホーム事業として受領する費用（訪問介護などの介護保険サービスに関わる介護費用は、同一法人によって提供される介護サービスであっても、本欄には記入していない）		

(利用料金の算定根拠)

費目	算定根拠
家賃	45,000円/月
敷金	家賃の〇ヶ月分
介護費用	※介護保険サービスの自己負担額は含まない。
管理費	0円
食費	30,000円/月
光熱水費	10,000円/月
利用者の個別的な選択によるサービス利用料	別添2
その他のサービス利用料等 ※放送受信料等	

7. 入居者の状況【冒頭に記した記入日現在】

(入居者の人数)

性別	男性	5人
	女性	7人
年齢別	65歳未満	
	65歳以上75歳未満	1人
	75歳以上85歳未満	4人
	85歳以上	7人
要介護度別	自立	
	要支援1	
	要支援2	
	要介護1	
	要介護2	
	要介護3	4人
	要介護4	4人
要介護5	4人	
入居期間別	6ヶ月未満	
	6ヶ月以上1年未満	
	1年以上5年未満	8人
	5年以上10年未満	4人
	10年以上15年未満	
	15年以上	

(入居者の属性)

平均年齢	89歳
入居者数の合計	12人
※ 入居率	90%

※入居者数の合計を入居定員数で除して得られた割合。一時的に不在となっている者も入居者に含む。

(前年度における退去者の状況)

退去先別の人数	自宅等	0人
	社会福祉施設	0人
	医療機関	0人
	死亡者	1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	0人
		(解約事由の例)

8. 苦情・事故等に関する体制

(利用者からの苦情に対応する窓口等の状況) ※複数の窓口がある場合は欄を増やして記入すること。

窓口の名称	サービス付き高齢者向け住宅 ありがとう	
電話番号	0997-23-3088	
対応している時間	平日	09:00~17:00
	土曜	
	日曜・祝日	
定休日	なし	
窓口の名称	鹿児島県くらし保健福祉部 高齢者生き生き推進課	
電話番号	099-286-2703	
対応している時間	平日	8:30~17:15
定休日	土曜, 日曜, 祝日, 12月29日~1月3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	① あり	(その内容)
	2 なし	
介護サービスの提供により賠償すべき事故が発生したときの対応	1 あり	(その内容)
	② なし	
事故対応及びその予防のための指針	① あり	2 なし

(利用者等の意見を把握する体制、第三者による評価の実施状況等)

利用者アンケート調査、意見箱等利用者の意見等を把握する取組の状況	① あり 2 なし	実施日	令和4年12月24日
		結果の開示	1 あり ② なし
第三者による評価の実施状況	1 あり ② なし	実施日	
		評価機関名称	
		結果の開示	1 あり 2 なし

9. 入居希望者への事前の情報開示

入居契約書の雛形	1 入居希望者に公開 2 入居希望者に交付 ③ 公開していない
管理規程	1 入居希望者に公開 2 入居希望者に交付 ③ 公開していない
事業収支計画書	1 入居希望者に公開 2 入居希望者に交付 ③ 公開していない
財務諸表の要旨	1 入居希望者に公開 2 入居希望者に交付 ③ 公開していない
財務諸表の原本	1 入居希望者に公開 2 入居希望者に交付 ③ 公開していない

10. その他

運営懇談会	① あり	(開催頻度) 年 2 回
	2 なし	
	1 代替措置あり	(内容)
	2 代替措置なし	
提携ホームへの移行 【表示事項】	1 あり (提携ホーム名:) ② なし	
有料老人ホーム設置時の老人福祉法第29条第1項に規定する届出	1 あり 2 なし ③ サービス付き高齢者向け住宅の登録を行っているため、高齢者の居住の安定確保に関する法律第23条の規定により、届出が不要	
高齢者の居住の安定確保に関する法律第5条第1項に規定するサービス付き高齢者向け住宅の登録	① あり 2 なし	

有料老人ホーム設置運営指導指針「5.規模及び構造設備」に合致しない事項	1 あり ② なし
合致しない事項がある場合の内容	
「6.既存建築物等の活用の場合等の特例」への適合性	1 適合している（代替措置） 2 適合している（将来の改善計画） 3 適合していない
有料老人ホーム設置運営指導指針の不適合事項	
不適合事項がある場合の内容	

添付書類：別添1（別に実施する介護サービス一覧表）
別添2（個別選択による介護サービス一覧表）

※ _____ 様

説明年月日 令和 年 月 日

説明者署名 _____

※契約を前提として説明を行った場合は、説明を受けた者の署名を求める。

別添1 事業主体が当該都道府県、指定都市、中核市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		所在地
＜居宅サービス＞			
訪問介護	あり	なし	ありがとう 鹿児島県西之表市西町36
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＞			
定期巡回・随時対応型訪問介護看護	あり	なし	
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	
看護小規模多機能型居宅介護	あり	なし	
地域密着型通所介護	あり	なし	
居宅介護支援	あり	なし	ありがとう 鹿児島県西之表市西町36
＜居宅介護予防サービス＞			
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	
介護医療院	あり	なし	

別添2 有料老人ホーム・サービス付き高齢者向け住宅が提供するサービスの一覧表

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	特定施設入居者生活介護（利用者一部負担※1）		個別の利用料で、実施するサービス		備考
	費用で、実施するサービス	（利用者一部負担※1）	包含※2 （月額料金 を含む）	※2 都度払い 料金（円）	
介護サービス	なし	あり	なし		あり
食事介助	なし	あり	なし	あり	
排泄介助・おむつ交換	なし	あり	なし	あり	
おむつ代	なし	あり	なし	あり	
入浴（一般浴）介助・清拭	なし	あり	なし	あり	
特浴介助	なし	あり	なし	あり	
身辺介助（移動・着替え等）	なし	あり	なし	あり	
機能訓練	なし	あり	なし	あり	
通院介助	なし	あり	なし	あり	※付添いができる範囲を明確化すること
生活サービス	なし	あり	なし	あり	
居室清掃	なし	あり	なし	あり	
リネン交換	なし	あり	なし	あり	
日常の洗濯	なし	あり	なし	あり	
居室配膳・下膳	なし	あり	なし	あり	
入居者の嗜好に応じた特別な食事	なし	あり	なし	あり	
おやつ	なし	あり	なし	あり	
理美容師による理美容サービス	なし	あり	なし	あり	
買い物代行	なし	あり	なし	あり	
役所手続き代行	なし	あり	なし	あり	
金銭・貯金管理	なし	あり	なし	あり	
健康管理サービス	なし	あり	なし	あり	
定期健康診断	なし	あり	なし	あり	※回数（年〇回など）を明記すること
健康相談	なし	あり	なし	あり	
生活指導・栄養指導	なし	あり	なし	あり	
服薬支援	なし	あり	なし	あり	
生活リズムの記録（排便・睡眠等）	なし	あり	なし	あり	
入退院時・入院中のサービス	なし	あり	なし	あり	
移送サービス	なし	あり	なし	あり	※交通費等を受領する有償運送は道路運送法違反となる
入退院時の同行	なし	あり	なし	あり	※付添いができる範囲を明確化すること
入院中の洗濯物交換・買い物	なし	あり	なし	あり	
入院中の見舞い訪問	なし	あり	なし	あり	

※1：利用者の所得等に応じて負担割合が変わる（1割又は2割の利用者負担）。

※2：「あり」を記入したときは、各種サービスの費用が、月額サービスの費用に包含される場合と、サービスの費用に包含されない場合に応じて、いずれかの欄に「○」を記入する。

※3：都度払いの場合、1回あたりの金額など、単位を明確にして記入する。

登録事項等についての説明（高齢者住まい法第17条関係）

令和2年4月1日

登録事項等についての説明

貸主（甲）住所 鹿児島県西之表市西町36
氏名 株式会社PRO
代表取締役 服部 真



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

住宅の名称	(ふりがな) さーびすつきこうれいしゃじゅうたく ありがとう サービス付き高齢者住宅ありがとう
所在地	(住居表示) 鹿児島県鹿児島市西之表9309-2
利用交通手段	<input type="checkbox"/> 1. 電車 (線 駅から で 分) <input checked="" type="checkbox"/> 2. その他 (西之表港より車で5分)
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 平成 26 年 11 月 1 日から 令和 11 年 10 月 31 日まで
施設に関する 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 平成 26 年 11 月 1 日から 令和 11 年 10 月 31 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 checked="" type="checkbox"/> 3. 賃借権 <input type="checkbox"/> 4. 使用貸借による権利 期間 平成 26 年 11 月 1 日から 令和 11 年 10 月 31 日まで

(注) 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	<input checked="" type="checkbox"/> 法人 <input type="checkbox"/> 個人
商号、名称 又は氏名	(ふりがな) かぶしきがいしゃ ぷろ 株式会社PRO
住所 (法人にあって は 主たる事務所の 所在地)	(郵便番号 891-3111) 鹿児島県鹿児島市西町36 電話番号 0997-23-0723
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) さーびすつきこうれいしゃじゅうたく ありがとう サービス付き高齢者住宅ありがとう
事務所の所在地	(郵便番号 891-3101) 鹿児島県西之表市西之表9309-2 電話番号 0997-28-3088

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	13 戸
居住部分の規模	(最小)	18.24 m ²
	(最大)	18.24 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	木 造 階 数 1 階建
竣工の年月	2014 年 11 月 15 日	
加齢対応構造等	<input checked="" type="checkbox"/> 登録基準に適合している	
	<input type="checkbox"/> エレベーターを備えている	
	<input 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。）
入居契約の内容	別添入居契約書のとおり

※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
--------	---------

注) 入居開始年は、西暦で記入すること。

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

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 20,000 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 30,000 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 type="checkbox"/> 自ら <input type="checkbox"/> 委託 <input type="checkbox"/> 提供しない	約 円	
家賃の概算額	(最低) 約 45,000 円	住戸ごとの内容は別添 3 のとおり	
	(最高) 約 45,000 円		
共益費の概算額	(最低) 約 0 円		
	(最高) 約 0 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		
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			
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 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		
介護サービス情報	(特定施設入居者生活介護事業者、地域密着型特定施設入居者生活介護事業者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。

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

サービス付き高齢者向け住宅 登録番号：鹿児島26-2

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条に基づく書面による説明を受けました。

令和 年 月 日
借主(乙) 住所
氏名

印

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	18.24	×	○	○	×	○	○	13	1~3・5~8・ 10~13・15~16	45,000

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

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	1	32.77	プライバシーに配慮した専用箇所	13	
台所	1	16.15	動線を考慮し食堂と隣接	13	
食堂	1	28.26	居間・地域交流室に隣接	13	
居間・交流室	1	31.92	食堂に隣接	13	
収納設備	2	9.12	居室に隣接	13	
趣味娯楽室	1	13.68	居室に隣接	13	

注) 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。

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 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"/> 指定居宅介護支援事業者					
	<input type="checkbox"/> 社会福祉法人		<input type="checkbox"/> 指定介護予防サービス事業者					
	<input type="checkbox"/> 指定居宅サービス事業者		<input type="checkbox"/> 指定介護予防支援事業者					
	<input type="checkbox"/> 指定地域密着型サービス事業者		<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	2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 type="checkbox"/> 介護福祉士	人員	3人	<input type="checkbox"/> 上記以外の職員	人員	6人		
					合計	人員	11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	9時	00分	～	5時	00分	人員	1人
	上記以外の時間	時	分	～	時	分	人員	1人
毎日1回以上の状況把握サービスの提供方法	各居室を訪問し安否確認を行う						毎日	1回
	<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)							
緊急通報サービスの内容	提供時間	常駐する日	9時00分 ～ 5時00分					
		上記以外の日	<input checked="" type="checkbox"/> 24時間					
	通報方法	緊急コールにて通報						
	通報先	サービス付き高齢者住宅ありがとう内務室		通報先から住宅までの到着予定時間		0分		
サービス提供の対価(概算額)	月額	約 20,000 円	前払金の算定方法					
	前払金	約 0 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 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 type="checkbox"/> 食堂 <input 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※	30,000 円	内訳	朝食	円 昼食	円 夕食	円
	前払金	約	円	前払金の算定方法			
備考	最小の単位は日とし、日割り計算の場合1日1,000円で計算をする。						

※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"/> 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	約	円	前払金の算定方法	
	前払金	約	円		
備考					

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"/> 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	約	円	前払金の算定方法	
	前払金	約	円		
備考					

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	約	円	前払金の算定方法	
	前払金	約	円		
備考					

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 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 ()		
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	円		
備考					

