

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・所在地及び電話番号その他の連絡先 | |
| 事業者の名称 | フリガナ カブシキガイシャ プルメリア |
| | 株式会社プルメリア |
| 事業者の所在地 | (〒334-0073) 埼玉県川口市赤井三丁目13番18号 |
| 事業者の連絡先 | 電話番号 048-284-7218 |
| | FAX番号 048-285-8617 |
| | ホームページアドレス http://plumeria-chintai.com |
| 事業者の代表者名 | 代表取締役 森 希美枝 |

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 なし あり : 株式会社 |
| | 名称 株式会社プルメリア フリガナ カブシキガイシャプルメリア |
| 事業主体の主たる事務所の所在地 | 〒334-0073 埼玉県川口市赤井三丁目13番18号 |
| 事業主体の連絡先 | 電話番号 048-284-7218 |
| | FAX番号 048-285-8617 |
| | ホームページアドレス http://plumeria-chintai.com |
| 事業主体の代表者の氏名及び職名 | 氏名 森 希美枝 |
| | 職名 代表取締役 |
| 事業主体が行っている主な事業等 | サービス付高齢者向け賃貸住宅、通所介護事業所、居宅介護支援事業所 |

3. 住宅概要

| | |
|------------------------|--|
| 住宅の名称・所在地及び電話番号その他の連絡先 | |
| 住宅の名称 | フリガナ プルメリア |
| | プルメリア |
| 住宅の所在地 | (〒334-0057) 埼玉県川口市安行原2364 |
| 住宅の連絡先 | 電話番号 048-299-5631 |
| | FAX番号 048-299-5633 |
| | ホームページアドレス http://plumeria-chintai.com |
| 住宅の管理者名 | 森 希美枝 |
| 住宅の開設年月日 | 平成24年 11月 1日 |
| サービス付き高齢者向け住宅登録番号 | |
| 居住の契約方式 | 普通賃貸契約 |

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 | | | |
|---|-----------|---|--|
| 思いやりの介護を行地域社会の高齢福祉の向上に貢献しつつ利用者のニーズを的確に促え、常に他に類のない特色あるサービス | | | |
| 生活支援サービスの内容 | | | |
| 基本サービス | 料金(税込) | (提供内容・方法) | |
| 状況把握・生活相談 | 30,000円/月 | 職員が定期的に部屋を巡回し、安否確認を行います。生活相談は随時受け付けます。 | |
| その他の生活支援サービス | | | |
| サービスの種類 | 料金(税込) | (提供内容・方法) | |
| 食事の提供サービス | 52500円/月 | 月単位での請求となります。 食費：月額52,500円(30日の場合) [朝食450円、昼食700円夕食600円] 朝食は7時～8時、昼食12時～13時、夕食は17時～18時。各階の食堂で提供します。居室へ配食することもできます。 キャンセル、変更等は提供される日の前日17時までにお知らせ下さい。 | |
| 入浴介助 | 各5000/月 | 週1回程度 | |
| 排泄介助(夜間) | 各5000/月 | 夜間 | |
| 食事介助 | 各5000/月 | | |
| 付添・送迎 | 各5000/回 | 通院・買い物等(予約制) | |
| 健康管理サービス | 無料 | 健康相談・血圧測定 提携医療機関を利用する場合は実費が発生します。 (提携医療機関名) 平愛クリニック (所在地) 埼玉県川口市西立野535-1 グリーンフォレスト1階 | |
| 居室清掃 | 各5000/月 | 週1回 | |
| 調理 | 各5000/月 | 「食事提供サービス」で提供する食事の温め | |
| 清掃 | 各5000/月 | 週1回 | |
| * 注意事項 | | <ul style="list-style-type: none"> ・住宅が提供する生活支援サービス部分は介護保険サービスではありません ・入居者は個別に契約して、外部の介護保険サービスを利用できます。その場合、介護保険事業者の選択は自由です | |

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体制 (8:30～17:00) | | | |
| | サービス種類 | 常駐する職員数 | 提供者 |
| | 基本サービススタッフ | 1人 | 株式会社プルメリア |
| | その他生活支援サービス | 1人～2人 | 株式会社プルメリア |
| | 夜間体制 (17:00～9:00) | 1人 | 株式会社プルメリア |

6. 月額利用料の請求及び支払方法

| | |
|------|--------------------------------------|
| 請求方法 | 毎月10日に前月分の実績に基づき、請求書を発行し、入居者様に送付します。 |
| 支払方法 | 毎月15日に支払請求分を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 | 苦情相談窓口 |
| 電話番号 | 048-299-5631 |
| 対応している時間 | 平日 9時00分～17時00分 |
| 定休日 | 土・日・祭日・1/1～1/3 |
| 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 | 直ちに救急要請を行うと共に入居者の身元引受人及び関係行政機関に報告し、必要な処置を講じます。 |

その他窓口

| | |
|-------|---------------|
| 窓口の名称 | 埼玉県福祉部 高齢者福祉課 |
| 電話番号 | 048-830-3254 |
| 窓口の名称 | 埼玉県 都市整備部 住宅課 |
| 電話番号 | 048-830-5562 |
| 窓口の名称 | 埼玉県消費生活支援センター |
| 電話番号 | 048-261-0999 |
| 窓口の名称 | 川口市消費生活相談コーナー |
| 電話番号 | 048-258-1241 |

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。外出届を提出していただきます。届出と居室の鍵をお預かりし、帰宅後に返却致します。 | | | | |
| 共用施設の利用について | <table border="1"> <tr> <td>浴室</td> <td>入浴介助サービスを受ける場合は、共用浴室の利用時間を事前にお知らせ下さい。</td> </tr> <tr> <td>共用キッチン</td> <td>共用キッチンの利用希望については、予約表に記載下さい。</td> </tr> </table> | 浴室 | 入浴介助サービスを受ける場合は、共用浴室の利用時間を事前にお知らせ下さい。 | 共用キッチン | 共用キッチンの利用希望については、予約表に記載下さい。 |
| 浴室 | 入浴介助サービスを受ける場合は、共用浴室の利用時間を事前にお知らせ下さい。 | | | | |
| 共用キッチン | 共用キッチンの利用希望については、予約表に記載下さい。 | | | | |
| ゴミ処理について | 見守りサービスとして、ゴミ出しサービスをおこなってます。毎週火・金曜日の朝8時に各住戸にお伺いします。 | | | | |
| 居室清掃について | 居室清掃(週1回)・洗濯物(週1回)・シーツ交換(週1回)行います。又、他に希望される場合は別途料金が発生してまいります。 | | | | |

9. 契約の解除内容等

| | |
|----------|--------------------|
| 入居者からの解約 | 生活支援サービス契約書第9条のとおり |
| 事業者からの解除 | 生活支援サービス契約書第8条のとおり |

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 (あいおいニッセイ同和損害保険株式会社) |

説明年月日 令和 年 月 日

生活支援サービス提供にあたり、利用者に対して、契約書及び書面に基づいて重要な事項を説明しました。

事業者名 株式会社ブルメリア

住所 埼玉県川口市赤井3丁目13番18号

代表者 代表取締役 森 希美枝

説明者

私は、契約書及び書面により、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。

利用者名

住所

登録事項等についての説明（高齢者住まい法第17条関係）

年 月 日

登録事項等についての説明

貸主(甲) 住所 埼玉県川口市赤井3丁目13番18

氏名 株式会社プルメリア 印
代表取締役 森希美枝代理人 住所 印
氏名

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) ふるめりあ プルメリア |
| 所在地 | 埼玉県川口市安行原2364 |
| 利用交通手段 | ■ 1.電車(武蔵野線 線 東川口駅から バス で 25分) ■ 2.その他(南北線 戸塚安行駅よりバス15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 2012年 11月 1日から 平成 2041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 2012年 11月 1日から 平成 2041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 2012年 11月 1日から 平成 2041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) かぶしきがいしゃふるめりあ 株式会社プルメリア | |
| 住 所 (法人にあっては 主たる事務所) | (郵便番号 334-0073) 埼玉県川口市赤井三丁目13番18号 電話番号 048-284-7218 | |
| 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) 氏 名 | |
| | 住 所 | (郵便番号) 電話番号 |

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) かぶしがいしやふるめりあ 株式会社プルメリア |
| 事務所の所在地 | (郵便番号 334-0073) 埼玉県川口市赤井三丁目13番18号 電話番号 048-299-5631 |

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 | 22 戸 |
| 居住部分の規模 | (最小) | 18.24 m ² |
| | (最大) | 27.36 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 |
| 竣工の年月 | 2012 年 11 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"/> 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または②に該当する者である。 <input checked="" type="checkbox"/> ①単身高齢者世帯 <input checked="" type="checkbox"/> 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 30,000 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 52500 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 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 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 円 |
| その他 | <input type="checkbox"/> 自ら <input type="checkbox"/> 委託 <input checked="" type="checkbox"/> 提供しない | 約 円 | 詳細については、 別添 3 のとおり |
| 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 70,000 円 | | |
| 共益費の概算額 | (最低) 約 10,000 円 | | |
| | (最高) 約 10,000 円 | | |
| 敷金の概算額 | (最低) 約 90,000 円 | 家賃の 2 月分 | |
| | (最高) 約 140,000 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者 | <input type="checkbox"/> 指定を受けている 事業所の番号 () | | |
| | <input checked="" type="checkbox"/> 指定を受ける予定はない | | |
| 介護サービス情報 | (特定施設入居者生活介護事業者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る旨

基本方針に照らして適切です

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。

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 | × | ○ | ○ | × | × | ○ | 10 | 103~106、211~216 | 60,000 |
| | 27.36 | × | ○ | ○ | × | ○ | ○ | 2 | 201,202 | 70,000 |
| | 18.24 | × | ○ | ○ | × | × | ○ | 5 | 101、203~207 | 45,000 |
| | 18.24 | × | ○ | ○ | × | × | ○ | 3 | 208,209,210 | 50,000 |
| | 18024 | × | ○ | ○ | × | × | ○ | 2 | 102,205 | 47,700 |
| | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | |

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 | 2 | 15.07 | 1階2階高専賃部分 | 22 | |
| 台所 | 2 | 10.03 | 1階2階高専賃部分 | 22 | |
| 食堂 | 2 | 115.34 | 1階2階高専賃部分 | 22 | |
| 居間 | | | | | |
| 収納設備 | | | | | |
| | | | | | |

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。

別添 3

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 (法人にあって は主たる事務 所) | (郵便番号) | | 電話番号 | |
| 常駐する場所 | | | | | |
| サービスを提供 するために常駐 する者 | <input type="checkbox"/> 社会福祉法人の職員 | | 職種 | 資格名称 | 人数 |
| | <input type="checkbox"/> 自らの設置する住宅を管理する医療法人の職員 | | 介護職員 | ヘルパー2級以上 | 14 人 |
| | <input type="checkbox"/> 委託を受けてサービスを提供する社会医療法人の職員 | | 通所介護の職員 | ヘルパー2級以上 | 16 人 |
| | <input checked="" type="checkbox"/> 居宅介護サービス事業者の職員 | | 居宅介護の職員 | 居宅介護支援専門員 | 2 人 |
| | <input checked="" type="checkbox"/> ホームヘルパー2級以上の資格を有する者 | | | | 人 |
| 提供方法 | 提供日 | <input checked="" type="checkbox"/> 365日対応 <input type="checkbox"/> 次の期間は緊急通報サービスによる() | | | |
| | 提供時間 | <input checked="" type="checkbox"/> 24時間常駐 <input type="checkbox"/> 夜間は緊急通報サービスによる(下の日中体制の時間以外の時間帯) | | | |
| | 日中体制 | 午前 9 時 | ～ | 午後 17 時 | 人員 1 人 夜間 1 人 |
| 緊急通報サービ スの内容 | 通報方法 | 各戸(居室・浴室・トイレ)及び共用部に設置するナースコールにて通報 | | | |
| | 通報先 | 1階に併設する事業所の事務室 | 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 30000 円 | 前払金の | | |
| | 前払金 | 約 0 円 | 算定方法 | | |
| 備考 | | | | | |

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) | (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"/> 次の期間を除く() | | | |
| | 内容 | <input type="checkbox"/> 3食 <input checked="" 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 type="checkbox"/> 厨房で調理 <input type="checkbox"/> 配食サービスを利用 <input checked="" type="checkbox"/> その他() | | | |
| サービス提供の 対価(概算額) | 月額※ | 約 52500 円 | 内訳 | 朝食 450 円 | 昼食 700 円 夕食 600 円 |
| | 前払金 | 約 0 円 | 前払金の 算定方法 | | |
| 備考 | | | | | |
| *基本プラン朝食450円昼食700円夕食600円(1食から注文可)*主食のみ1食200円 ご飯・食パン選択可(1食から注文可)*自炊など自由選択となります | | | | | |

※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) | (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) | (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 checked="" 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 0 円 | 前払金の算定方法 | | |
| | 前払金 | 約 円 | | | |
| 備考 | | 入浴介護5000円週1回程度・排泄介護5000円(夜間のみ)・食事介護5000円 | | | |

4. 調理、洗濯、清掃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) | (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) | (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"/> 次の期間を除く() | | |
| | | 内容 | <input checked="" type="checkbox"/> 調理 <input checked="" type="checkbox"/> 洗濯 <input checked="" type="checkbox"/> 清掃 <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 | | 調理(温め)5000円・洗濯5000円週1回・掃除5000円週1回 | | | |

5. 健康管理サービスの内容(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) | (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) | (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"/> 次の期間を除く() | | |
| | | 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 5000 円 | 前払金の算定方法 | | |
| | 前払金 | 約 0 円 | | | |
| 備考 | | 健康相談・血圧測定は無料です | | | |

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 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) | (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) | (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"/> 次の期間を除く() | | |
| | | 内容 | | | |
| 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 | | | | | |