

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 年 月 日

登録事項等についての説明

貸主（甲） 住所 秋田県にかほ市象潟町大砂川字下橋20-3
 社会福祉法人 象潟健成会
 氏名 理事長 金 由美子 ㊞
 住所 秋田県にかほ市象潟町大砂川字下橋20-3
 サービス付高齢者向け住宅蕉風苑
 氏名 管理者 齋藤 美紀 ㊞

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) サービス付き高齢者向け住宅 蕉風苑 サービス付高齢者向け住宅 蕉風苑
所在地	(住居表示) 秋田県にかほ市象潟町大砂川字下橋20-3
利用交通手段	<input checked="" type="checkbox"/> 1. 電車 (JR羽越線 上浜 駅から 徒歩 で 15分) <input type="checkbox"/> 2. その他 ()
住宅に関する権原	<input checked="" 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 年 月 日から 年 月 日まで
施設に関する権原	<input checked="" 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 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 <input checked="" type="checkbox"/> 4. 使用貸借による権利 期間 1996年 4月 1日から 2026年 3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) シャイフクシヨウジン キョウケンセイカイ 社会福祉法人 象潟健成会
住所 (法人にあっては 主たる事務所)	(郵便番号 018-0136) 秋田県にかほ市象潟町大砂川字下橋20-3 電話番号 0184-32-7050
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) ショウフエンスムツ 蕉風苑事務室
事務所の所在地	(郵便番号 018-0136) 秋田県にかほ市象潟町大砂川字下橋 20-3 電話番号 0184-32-7050

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	6 戸
居住部分の規模	(最小)	18.28 m ²
	(最大)	18.90 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	鉄骨耐火構造 階数 3 階建
竣工の年月	2014 年 3 月 29 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 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 type="checkbox"/> 賃貸借契約 <input checked="" 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	■ 自ら □ 委託	約 6,600 円	詳細については、 別添 3 のとおり
	食事の提供	□ 自ら ■ 委託 □ 提供しない	約 48,000 円	
	入浴等の介護	□ 自ら □ 委託 ■ 提供しない	約 円	
	調理等の家事	□ 自ら □ 委託 ■ 提供しない	約 円	
	健康の維持増進	□ 自ら □ 委託 ■ 提供しない	約 円	
	その他	□ 自ら □ 委託 ■ 提供しない	約 円	
家賃の概算額	(最低) 約	20,000 円	住戸ごとの内容は別添 2 のとおり	
	(最高) 約	20,000 円		
共益費の概算額	(最低) 約	3,000 円		
	(最高) 約	3,000 円		
敷金の概算額	(最低) 約	円	家賃の	0 月分
	(最高) 約	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。

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	(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	事業所の番号	事業所の場所
特別養護老人ホーム 蕉風苑	介護老人福祉施設	0572550432	<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
ショートケアセンター蕉風苑(本館)	短期入所生活介護・介護予防型短期入所生活介護	0572502847	<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
デイサービスセンター蕉風苑	通所介護・介護予防型通所介護	0572502839	<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
ホームヘルプセンター蕉風苑	訪問介護・介護予防型訪問介護	0572502821	<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
居宅介護支援センター蕉風苑	居宅介護支援	0572501344	<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
ケアハウス西施苑	軽費老人ホーム		<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
特別養護老人ホーム蕉風苑診療所	施設内診療所		<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
地域密着型特別養護老人ホーム蕉風苑	地域密着型介護老人福祉施設	0591300058	<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
ショートケアセンター蕉風苑(新館)	短期入所生活介護・介護予防型短期入所生活介護	0571351527	<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

(注) 高齢者居宅生活支援事業について、老人福祉法等関連法令に基づく事業所の指定を受けている場合にあっては、「事業所の番号」を記入すること

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)
事業所の住所	(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

基本方針に沿って運営します。

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。

令和 年 月 日

借主（乙） 住所

氏名 ⑩

住所

氏名 ⑩

役員名簿

(ふりがな) 氏名 (法人にあっては、商号又は名称)	役名等
イン ミコ 金 由美子	理事長
ワダ ヒロ 和田 仁	常務理事
ササキ トクエ 佐々木 徳右エ門	理事
アベ ヨコ 阿部 洋子	理事
サイトウ マサツグ 齋藤 正次	理事
ササキ ヒロ 佐々木 浩	理事
エドウ ナオ 遠藤 直	監事
イガラシ シズヤ 五十嵐 静也	監事
ヨコヤマ カンジ 横山 莞二	評議員
スドウ タツシ 須藤 辰義	評議員
カネコ ミチ子 金子 美弥子	評議員
ナカダ タツオ 中田 忠男	評議員
サトウ トシミ 佐藤 俊文	評議員
サイトウ ヨウイチロウ 齋藤 惣一郎	評議員
キノウチ アツコ 木内 厚子	評議員

法第6条第1項第3号に該当する者をすべて記載すること。記載しきれないときは、この様式の例により作成した書面に記載し、その書面をこの書面の次に添付すること。

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	18.28	×	○	○	×	○	×	5	小梅・金柑・千両・ 万両・木通	20,000
1	18.90	×	○	○	×	○	×	1	木苺	20,000

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	13.72	2階に1ヶ所	6	
台所	1	4.50	2階に1ヶ所	6	
食堂	1	20.11	2階に1ヶ所	6	
収納設備	1	10.51	2階に1ヶ所	6	

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)			
常駐する場所		電話番号			
サービスを提供するために常駐する者	<input checked="" 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級等	2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				人
	<input type="checkbox"/> 居宅介護サービス事業者の職員				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 type="checkbox"/> 24時間常駐 <input checked="" 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	8:30 ~ 17:30		人員 1人	夜間 0人
緊急通報サービスの内容	通報方法	ナースコール			
	通報先	事務職員等の事務室		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 6,600 円	前払金の		
	前払金	約 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 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) ガブシカイヤ メフォス			
	住所 (法人にあっては主たる事務所)	(郵便番号 107-0052) 東京都港区赤坂2-32-1 電話番号 03-6234-7622			
	住所 (法人にあっては主たる事務所)	(郵便番号 010-0921) 秋田県秋田市大町3-15 ユニバース秋田ビル6F 電話番号 018-888-1333			
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 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 48,000 円	内訳	朝食 450 円	昼食 550 円 夕食 600 円
	前払金	約 0 円	前払金の算定方法		
備考		食事を利用しなかった分の利用料は徴収しない。			

※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。