

重要事項説明書

社会福祉法人桑の実会
サービス付き高齢者向け住宅
レジデンシャル小手指Sakura

令和7年4月

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) れじでんしゃるこてさしさくら レジデンシャル小手指Sakura	
所在地※1	(郵便番号 359-1141) 埼玉県所沢市小手指町四丁目18番地1	
連絡先	電話番号	04-2941-5522
	FAX番号	04-2941-5523
	メールアドレス	kotesasi-sakura@kuwanomi.or.jp
	ホームページアドレス	"http://www.kuwanomi.or.jp/"
利用交通手段	<input checked="" type="checkbox"/> 1. 電車 (西武池袋線 小手指 駅から 徒歩 で 5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	平成 年 月 日から 平成 年 月 日まで
	契約の自動更新	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
	抵当権の有無	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
施設に関する権原※2	<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	平成 年 月 日から 平成 年 月 日まで
	契約の自動更新	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
	抵当権の有無	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
敷地に関する権原	<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	平成 年 月 日から 平成 年 月 日まで
	契約の自動更新	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
	抵当権の有無	<input 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) しゃかいふくしほうじん くわのみかい 社会福祉法人 桑の実会	
住所 (法人にあっては 主たる事務所)	(郵便番号 359-1106) 埼玉県所沢市東狭山ヶ丘六丁目2835番地2 電話番号 04-2921-1160	
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) しゃかいふくしほうじん くわのみかい 社会福祉法人 桑の実会	
事務所の所在地	(郵便番号 359-1106) 埼玉県所沢市東狭山ヶ丘六丁目2835番地2 電話番号 04-2921-1160	

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	58	戸
居住部分の規模	(最小)	25.34	m ²
	(最大)	25.73	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	鉄筋コンクリート造	
		■耐火建築物 <input type="checkbox"/> 準耐火建築物 <input type="checkbox"/> その他 ()	
	建築物の延床面積	3104.87 m ²	(うちサービス付き高齢者向け住宅部分 3104.87 m ²)
竣工の年月	2014 年 8 月 31 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 10 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 11,000 円
	食事の提供	<input type="checkbox"/> 自ら <input checked="" type="checkbox"/> 委託 <input type="checkbox"/> 提供しない	約 64,500 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 0 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 0 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 0 円
その他	<input checked="" type="checkbox"/> 自ら <input type="checkbox"/> 委託 <input type="checkbox"/> 提供しない	約 0 円	
家賃の概算額	(最低) 約 70,000 円	住戸ごとの内容は別添3のとおり	
	(最高) 約 77,000 円		
共益費の概算額	(最低) 約 36,000 円		
	(最高) 約 54,000 円		
敷金の概算額	(最低) 約 140,000 円	家賃の 2.0 月分	
	(最高) 約 154,000 円		
水道光熱費の支払方法	電気: 1か月 7,500円定額請求 水道: 1か月 2階: 1,550円・3階: 2,100円・4階: 3,700円 定額請求 ※同居人は50%分を追加(一人あたり) ガス: ガス会社との直接契約による個別メーターによる実費		
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	<input type="checkbox"/> 指定を受けている	介護保険事業所番号 ()	

介護サービス事業所	■ 指定を受けていない
介護サービス情報	施設内外介護保険サービス事業所の利用が可能 (介護保険サービス利用分はそれぞれの事業所へお支払いください)

(利用料金の算定根拠)

費目	算定根拠
家賃	建物賃借料、近隣相場を勘案して算定
共益費（管理費）	事務管理費、生活サービスの人件費、共用施設の維持管理費、光熱水費により算定 ※同居人は50%分を追加（一人あたり）
敷金	家賃の2ヵ月分
高齢者生活支援サービス	人件費により算定
食費	業務委託料により算定
その他	人件費、消耗品等により算定。サービス内容・費用は別添6による。

前払金の算定根拠		
想定居住期間（償却年数）		
償却開始日		
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。

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 type="checkbox"/> 減額なし	
	<input checked="" type="checkbox"/> 日割り計算で減額	
	<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	入居契約書第4・5・6・7条に準じる
	手続き	入居者懇談会などで説明後、再契約

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 checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	
大規模修繕の実 施予定	2025年	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
桑の実中央相談室	ケアプランの作成など	11725045648	<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
桑の実中央ヘルパーステーション	訪問介護サービス	1172501809	<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さくら	通所介護サービス	1172500371	<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
24時間ホームケアほほえみ	24時間の訪問介護サービス	1192500278	<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

※表に記載された施設、サービスに限らず、介護サービス事業者の選択は自由とする。

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) いりょうほうじんしゃだんまごころかいとよかわいいん 医療法人社団真心会 豊川医院
事業所の所在地	(郵便番号 359-1141) 埼玉県所沢市小手指町3-22-12 電話番号 04-2948-1122
連携又は協力の内容	医療連携

10 保健医療サービスを提供する体制に関する事項

保健医療サービスを提供する体制に関する事項	それぞれのかかりつけ医、協力医療機関との連携を密にしています。
-----------------------	---------------------------------

1 1 運営方針
別添5のとおり

1 2 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

基本方針及び埼玉県高齢者住居安定確保計画に基づき、ご利用者に質の高いサービス提供するとともに、地域包括ケアと地域防災の拠点としての役割を担ってまいります。埼玉県高齢者住居安定確保計画に照らして適切です。

1 3 サービスの内容

(全体の方針)

運営に関する方針	元気な方から介護が必要な方まで安心して快適に生活できるよう運営を行っています。
サービスの提供内容に関する特色	<p>○医療と介護の連携 1Fに介護保険5事業所配置。ケアマネ、ヘルパー、デイなど希望者の方には、介護の提供が可能です。 また、医師、歯科医師による訪問診療、訪問薬剤管理などの医療も可能です。終末ケアも含めた医療と介護を行います。</p> <p>○地域交流スペース 1Fに地域交流スペースがあり、入居者及び地域の方へ開放しております。年間をとおして、イベントの開催を行っております。</p> <p>○地域防災への取組 敷地内に自家発電機、井戸、LPガスを設置し、大規模災害時には、入居者や地域住民の避難場所としての機能を目指します。</p>

(医療連携の内容)

医療支援	<ul style="list-style-type: none"> ■ 救急車の手配 ■ 入退院の付き添い ■ 通院介助 ■ その他 () 		
協力医療機関	1	名称	医療法人社団真心会 豊川医院
		住所	埼玉県所沢市小手指町3-22-12
		診療科目	内科, 消化器科, 循環器科, リウマチ科, リハビリテーション科
		協力内容	往診など
	2	名称	メイプルクリニック
		住所	埼玉県所沢市山口33-1
		診療科目	内科
		協力内容	往診など
	3	名称	さいとう内科クリニック
		住所	埼玉県所沢市小手指町4-17-3
		診療科目	内科, 放射線科
		協力内容	往診など
協力歯科医療機関	名称	リンク歯科クリニック	
	住所	埼玉県狭山市新狭山3-9-3-1F	
	協力内容	訪問診療可能	

(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 checked="" type="checkbox"/> 介護居室へ移る場合 <input type="checkbox"/> その他()	
判断基準の内容	長期的に他の入居者に対し迷惑行為や常時医療や介護が必要になった場合など	
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 checked="" 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 checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> なし	
従前の居室との仕様の 変更	面積の増減	<input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
	便所の変更	<input type="checkbox"/> あり <input checked="" type="checkbox"/> なし
	浴室の変更	<input checked="" type="checkbox"/> あり <input checked="" type="checkbox"/> なし
	洗面所の変更	<input type="checkbox"/> あり <input checked="" type="checkbox"/> なし
	台所の変更	<input type="checkbox"/> あり <input checked="" type="checkbox"/> なし
	収納設備の変更	<input checked="" 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 checked="" 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	<input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
	要支援の者	<input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
	要介護の者	<input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
留意事項	医療・認知症の症状によって入居の制約がある場合があり	
事業主体から契約解除を求める場合	解約条項	入居契約書第11条
	解約予告期間	相当の期間
入居者から契約解除を求める場合	解約条項	入居契約書第12条
	解約予告期間	30日
体験入居の内容	<input type="checkbox"/> あり (内容:) <input checked="" type="checkbox"/> なし	
入居定員	58人	
その他	なし	

1.4 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) 17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				1
生活相談員	1	1				1
直接処遇職員	15		5		10	10.1
介護職員	15		5		10	11.1
看護職員						
機能訓練指導員						
計画作成担当者	1	1				0.4
栄養士						
調理員						
事務員	1		1			0.5
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人数)

職種	職員数 (実人数) 15 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	9		5		4
実務研修の修了者	2				2
初任者研修の修了者	4				4
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) 0 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。

(夜勤を行う職員の数)

夜勤帯の設定時間 (17:00~9:00)		
職種	平均人数	最小時人数※
介護職員	2 人	1 人
看護職員	0 人	0 人

※最小時人数は、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 : 常勤換算職員数)	: 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		石塚 清和								
	職名		施設長								
	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 資格等の名称 居宅介護支援専門員 <input type="checkbox"/> なし								
		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					1						
前年度1年間の退職者数					2						
経験年数	1年未満				1						
	1年以上3年未満	1			5						
	3年以上5年未満			1							
	5年以上10年未満			2	3						
	10年以上			2						1	
従業者の健康診断の実施		<input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし									

15 入居者の状況【令和6年7月1日現在】

(入居者の人数)

性別	男性	17
	女性	39
年齢別	65歳未満	0
	65歳以上75歳未満	2
	75歳以上85歳未満	7
	85歳以上	47
要介護度別	自立	6
	要支援1	3
	要支援2	6
	要介護1	16
	要介護2	11
	要介護3	5
	要介護4	2
	要介護5	7

入居期間	6ヶ月未満	7
	6ヶ月以上1年未満	3
	1年以上5年未満	27
	5年以上10年未満	14
	10年以上15年未満	6
	15年以上	0

(入居者の属性)

平均年齢	90.2	歳
入居者数の合計	57	人
入居率※	98.23	%

※ 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	7	人	
	死亡者	6	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	14	人	(解約事由の例)

16 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	レジデンシャル小手指Sakura
	電話番号	04-2941-5522
	対応している時間	8:30~17:30
	定休日	なし
2	窓口の名称	桑の実会本部
	電話番号	04-2921-5522
	対応している時間	8:30~17:30
	定休日	土・日・祝日・12/29~1/3
3	窓口の名称	第三者委員 ①小川 京子 ②高橋 廣成
	電話番号	①090-2237-2946 ②090-3068-4002
	対応している時間	10:00~16:00
	定休日	土・日・祝日・12/29~1/3
4	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	8:30~17:15
	定休日	土・日・祝日・12/29~1/3
5	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	8:30~17:15
	定休日	土・日・祝日・12/29~1/3
6	窓口の名称	所沢市消費生活支援センター
	電話番号	04-2998-9204
	対応している時間	10:00~15:30
	定休日	土・日・祝日・12/29~1/3
7	窓口の名称	埼玉県消費者生活支援センター熊谷
	電話番号	048-524-0999
	対応している時間	9:00~16:00
	定休日	日・祝日・12/29~1/3

(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) 日新火災海上保険株式会社 総合賠償責任保険 (施設居宅介護事業者特約付帯)
	<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) 本契約に基づき、生活支援サービス等を入居者に提供し場合に、万一、事故が発生し、入居者の生命・身体等に損害が生じた場合は、速やかに必要な対応及び措置(ご家族への連絡、救急車の呼び出し等)を行います。
	<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 checked="" type="checkbox"/> あり	実施内容	意見箱の設置
		結果の開示	<input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
	<input type="checkbox"/> なし		
第三者による評価の実施状況	<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

■ なし

17 入居希望者への事前の情報開示

入居契約書の雛形	<input 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 checked="" type="checkbox"/> 入居希望者に交付	<input 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 checked="" type="checkbox"/> 入居希望者に公開	<input type="checkbox"/> 入居希望者に交付	<input 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

18 その他

運営懇談会	<input checked="" type="checkbox"/> あり (開催頻度) 年 2 回		
	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 代替措置あり	(内容)
	<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 (特別養護老人ホーム康寿園・本郷希望の丘 など) <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 type="checkbox"/> なし		
	<input checked="" type="checkbox"/> あり	(その内容) 体験入居未実施のため	
※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 (運営方針)
 - 別添6 (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7 (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、入居契約書（普通建物賃貸借契約・毎月払い）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 社会福祉法人桑の実会 レジデンシャル小手指Sakura

所在地 埼玉県所沢市小手指町四丁目18番地 1

代表者名 理事長 濱野賢一

説明者氏名

私は上記事業者から、入居契約書（普通建物賃貸借契約・毎月払い）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