

重要事項説明書

2025 年 7 月 1 日 現在

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) ぶらちなしにあほーむさいたまさかど プラチナ・シニアホーム埼玉坂戸 | | |
| 所在地※1 | (郵便番号 350-0228) 埼玉県坂戸市元町65番地6 | | |
| 連絡先 | 電話番号 | 049-227-9320 | |
| | FAX番号 | 049-227-9321 | |
| | メールアドレス | sh.saitamasakado@lakes21.co.jp | |
| | ホームページアドレス | "https://lakes21.co.jp/" | |
| 利用交通手段 | <input checked="" type="checkbox"/> 1. 電車 (東武東上 線 北坂戸 駅から 徒歩 で 10分) <input checked="" type="checkbox"/> 2. その他 (坂戸市民バス「坂戸市文化会館」又は「元町」バス停より徒歩約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 | 2015年 4月 | 1日から 2040年 3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 type="checkbox"/> あり <input checked="" type="checkbox"/> なし | |
| 施設に関する権原※2 | <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 | 2015年 4月 | 1日から 2040年 3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 type="checkbox"/> あり <input checked="" type="checkbox"/> なし | |
| 敷地に関する権原 | <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 | 2015年 4月 | 1日から 2040年 3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 type="checkbox"/> あり <input checked="" 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、「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」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) かぶしきかいしゃれいくすとうえんていわん 株式会社レイクス21 | | |
| 住所 (法人にあっては 主たる事務所) | (郵便番号 104-0004) 東京都千代田区大手町一丁目5番1号 | | 電話番号 03-5208-1601 |
| 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) ぶらちなしにあほーむさいたまさかど プラチナ・シニアホーム埼玉坂戸 | | |
| 事務所の所在地 | (郵便番号 350-0228) 埼玉県坂戸市元町65番地6 | | 電話番号 049-227-9320 |

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 | 36 | 戸 |
| 居住部分の規模 | (最小) | 18.00 | m ² |
| | (最大) | 19.20 | 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 | |
| | ■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 | 1,628.55 m ² | (うちサービス付き高齢者向け住宅部分 1,230.27 m ²) |
| 竣工の年月 | 2015年3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 | 別添普通建物賃貸借契約書のとおり |

| | |
|--------|-------------|
| 事業開始時期 | 2015年4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) | 詳細については、別添4のとおり |
|---------------------|---|----------------------|-----------------|
| 状況把握・生活相談 | <input checked="" type="checkbox"/> 自ら <input type="checkbox"/> 委託 | 約 20,952 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 43,380 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 | 対価はサービスの内容によって異なります。 | |
| 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 | | |
| 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 | | |
| その他 | <input checked="" type="checkbox"/> 自ら <input type="checkbox"/> 委託 <input type="checkbox"/> 提供しない | | |
| 家賃の概算額 | (最低) 約 52,000 円 (最高) 約 52,000 円 | 住戸ごとの内容は別添3のとおり | |
| 共益費の概算額 | (最低) 約 15,000 円 (最高) 約 15,000 円 | | |
| 敷金の概算額 | (最低) 約 0 円 (最高) 約 0 円 | 家賃の 0.0 月分 | |
| 水道光熱費の支払方法 | 住戸部分の上・下水道代は共益費に含みます。 住戸の電気代は個別メーターにより実費となります。 | | |
| 家賃・共益費・敷金に関する特記事項 | 生活保護受給者は、入居時に敷金(住宅扶助基準額の4ヶ月分)をお預け入れいただきます。生活保護受給者には割引した料金設定がございます。(家賃37,000円、共益費12,000円、生活支援サービス費0円、食費30日あたり42,120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 | | |
| 介護サービス情報 | (地域密着型) 特定施設入居者生活介護の指定を受けている場合は別紙※のとおり | | |

※「介護サービス情報公表システム」の掲載内容を印刷したもの。

(利用料金の算定根拠)

| 費 目 | 算定根拠 |
|----------------------|---|
| 家賃 | サービス付き高齢者向け住宅部門に係る人件費その他管理経費より月額家賃相当額を算出。 |
| 共益費（管理費） | 1. 住戸部分の上・下水道代、共同利用設備部分及び共用部分の光熱費、上・下水道代、清掃費等の維持管理費 2. 設備定期点検・保守管理費（エレベーター、空調機、消防設備等） 3. 共同利用設備部分及び共用部分の日用品費、等 ○ 各住戸部分の上・下水道代は、建物全体のメーターから維持管理費、事業者の事務所で使用する分量を控除した額から、全住戸数で除した額とします。 ○ 住戸部分の電気代は、住戸ごとの電力使用量に基づき、別途お支払いいただくため、共益費には含まれておりません。 |
| 敷金 | 家賃の 〇ヶ月分 |
| 高齢者生活支援サービス | 見守り、安否確認、緊急時対応、コール対応等、生活支援サービスに係る人件費その他経費より算出。 ※介護保険サービスの自己負担額は含まない。 |
| 食費 | 食材料費、厨房に係る人件費、食器その他器具什器費の減価償却費。 |
| 光熱水費 | 住戸部分の上・下水道代は共益費に含みます。 |
| 利用者の個別的な選択によるサービス利用料 | 別添6のとおり |
| その他のサービス利用料 | |

(特定施設入居者生活介護に関する利用料金算定の根拠)

■ 特定施設入居者生活介護等を提供していない（この項以下余白）

| 費 目 | 算定根拠 |
|---|------|
| 特定施設入居者生活介護に対する自己負担 | |
| 特定施設入居者生活介護における人員配置が手厚い場合の介護サービス（上乘せサービス） | |

※ 介護予防・地域密着型の場合を含む。

| | |
|------------------------------|-------------------|
| 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 <small>(該当する方式全て選択)</small> <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 |
| 請求方法 | 毎月15日までに請求書を送付し、入居者様へ送付します。 ・家賃、共益費（翌月分） ・食費（前月分） ・生活支援サービス基本サービス費（前月分） ・オプションサービス費（前月ご利用分） |
| 支払方法 | 毎月27日に支払請求分を、ご指定の金融機関口座から引き落としさせていただきます（収納会社名：三菱UFJファクター株式会社）。 27日が金融機関の休日にあたる場合は、翌営業日に引き落としさせていただきます。 |
| 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 ご入院期間中も、解約のお申し出がない限り入居契約は継続し、家賃・共益費をお支払いいただきます。サービス費、食費は利用実績により日額計算を行い、お支払いいただきます（入院中のご利用がない分はお支払いいただきません。） |
| | <input 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 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利用料金が不相当になった場合 |
| | 手続き 料金を改定する際は、入居者様、入居者様の代理人または入居者様のご家族様等の関係者に対して、あらかじめ通知のうえ、運営懇談会の意見を聴いたうえで重要事項説明書を用いて十分に説明し、同意を得ることとします。 |

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)

以下の介護保険事業所が併設されています。入居者様は、ご希望により、併設事業所以外の事業者のサービスを自由に選択することができます。

介護保険事業所を利用した場合は、それぞれの事業所に対して、別途、自己負担分のお支払いが生じます。

| 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 |
|---------------------|------------------------------|------------|---|
| プラチナ・デイサービス埼玉坂戸 | 地域密着型通所介護 | 1170602930 | <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 |
| プラチナ・デイサービス埼玉坂戸 | 通所型サービス (介護予防・日常生活支援総合事業) | 1170602930 | <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 |
| プラチナ・訪問介護ステーション埼玉坂戸 | 訪問介護 | 1176001335 | <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 |
| プラチナ・訪問介護ステーション埼玉坂戸 | 訪問型サービス (介護予防・日常生活支援総合事業) | 1176001335 | <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) |
| 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 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 | |
|-----------------------|--|

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

高齢者の居住の安定の確保に関する基本的な方針及び埼玉県高齢者居住安定確保計画に照らして適切に運営します。在宅高齢者が医療や介護等が必要になっても、安心して住み慣れた地域で住み続けることのできる住まいの充実を目的として、事業を運営してまいります。

1 3 サービスの内容

(全体の方針)

| | |
|-----------------|--|
| 運営に関する方針 | 当住宅では、入居者様に対して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出来るよう、基本サービスとして状況把握(安否確認)・生活相談・緊急時対応を行います。また、関係区市町村、協力医療機関及び地域の保健医療・福祉サービス提供機関等と連携を図り、医療・介護が必要になった方でも安心して住み続けられるよう支援していきます。 なお、介護事業所や医療機関と連携する場合にも、入居者様は、連携先以外のサービス事業者のサービス(介護保険サービス、医療サービス等)を自由に選択することができます。 |
| サービスの提供内容に関する特色 | 在宅高齢者が医療や介護等が必要になっても、安心して住み慣れた地域で住み続けることのできる住まいの充実を目的として、事業を運営してまいります。 |

(介護サービスの内容) ■ 特定施設入居者生活介護等を提供していない(この項以下余白)

| | | | | | | |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|----|
| 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 ※1 「協力医療機関連携加算(Ⅰ)」は、「相談・診療を行う体制を常時確保し、緊急時に入院を受け入れる体制を確保している協力医療機関と連携している場合」に該当する場合を指し、「協力医療機関連携加算(Ⅱ)」は、「協力医療機関連携加算(Ⅰ)」以外に該当する場合を指す。 ※2 「地域密着型特定施設入居者生活介護」の指定を受けている場合。 | 身体拘束廃止未実施減算 | <input type="checkbox"/> | あり | <input type="checkbox"/> | なし | |
| | 高齢者虐待防止措置未実施減算 | <input type="checkbox"/> | あり | <input type="checkbox"/> | なし | |
| | 業務継続計画未策定減算 | <input type="checkbox"/> | あり | <input type="checkbox"/> | なし | |
| | 入居継続支援加算 | (Ⅰ) | <input type="checkbox"/> | あり | <input type="checkbox"/> | なし |
| | | (Ⅱ) | <input type="checkbox"/> | あり | <input type="checkbox"/> | なし |
| | 生活機能向上連携加算 | (Ⅰ) | <input type="checkbox"/> | あり | <input type="checkbox"/> | なし |
| | | (Ⅱ) | <input type="checkbox"/> | あり | <input type="checkbox"/> | なし |
| | 個別機能訓練加算 | (Ⅰ) | <input type="checkbox"/> | あり | <input type="checkbox"/> | なし |
| | | (Ⅱ) | <input type="checkbox"/> | あり | <input type="checkbox"/> | なし |
| | ADL維持等加算 | (Ⅰ) | <input type="checkbox"/> | あり | <input type="checkbox"/> | なし |
| | | (Ⅱ) | <input type="checkbox"/> | あり | <input type="checkbox"/> | なし |
| | 夜間看護体制加算 | (Ⅰ) | <input type="checkbox"/> | あり | <input type="checkbox"/> | なし |
| | | (Ⅱ) | <input type="checkbox"/> | あり | <input type="checkbox"/> | なし |
| | 若年性認知症入居者受入加算 | | <input type="checkbox"/> | あり | <input type="checkbox"/> | なし |
| | 協力医療機関連携加算 | (Ⅰ) | <input type="checkbox"/> | あり | <input type="checkbox"/> | なし |
| | | (Ⅱ) | <input type="checkbox"/> | あり | <input type="checkbox"/> | なし |
| | 口腔衛生管理体制加算(※2) | | <input type="checkbox"/> | あり | <input type="checkbox"/> | なし |
| | 口腔・栄養スクリーニング加算 | | <input type="checkbox"/> | あり | <input type="checkbox"/> | なし |
| | 科学的介護推進体制加算 | | <input type="checkbox"/> | あり | <input type="checkbox"/> | なし |
| | 退院・退所時連携加算 | | <input type="checkbox"/> | あり | <input type="checkbox"/> | なし |
| | 退居時情報提供加算 | | <input type="checkbox"/> | あり | <input type="checkbox"/> | なし |
| | 看取り介護加算 | (Ⅰ) | <input type="checkbox"/> | あり | <input type="checkbox"/> | なし |
| | | (Ⅱ) | <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 |
| | 高齢者施設等感染対策向上加算 | (Ⅰ) | <input type="checkbox"/> | あり | <input type="checkbox"/> | なし |
| | | (Ⅱ) | <input type="checkbox"/> | あり | <input type="checkbox"/> | なし |
| | 新興感染症等施設療養費 | | <input type="checkbox"/> | あり | <input type="checkbox"/> | なし |
| 生産性向上推進体制加算 | (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) | <input type="checkbox"/> | あり | <input type="checkbox"/> | なし | |
| | (Ⅱ) | <input type="checkbox"/> | あり | <input type="checkbox"/> | なし | |
| | (Ⅲ) | <input type="checkbox"/> | あり | <input type="checkbox"/> | なし | |
| 介護職員等処遇改善加算 | (Ⅰ) | <input type="checkbox"/> | あり | <input type="checkbox"/> | なし | |
| | (Ⅱ) | <input type="checkbox"/> | あり | <input type="checkbox"/> | なし | |
| | (Ⅲ) | <input type="checkbox"/> | あり | <input type="checkbox"/> | なし | |
| | (Ⅳ) | <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 | | | | |

(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 checked="" type="checkbox"/> その他 ①協力医療機関及び協力歯科医療機関への受診取次 ②処方薬の取次 ご希望により、協力医療機関及び協力歯科医療機関以外の医療機関、歯科医療機関、調剤薬局等をご利用いただくことも可能です。 医療機関、歯科医療機関、調剤薬局を利用した場合は、それぞれの機関に対して、別途、自己負担分のお支払いが生じます。 | | |
| | 1 | 名称 | 医療法人社団聖心会 南古谷病院 |
| | | 住所 | 埼玉県川越市久下戸110 |
| 協力医療機関 | 1 | 診療科目 | 内科 |
| | | 協力内容 | 入所者の病状の急変時等において相談対応を行う体制を常時確保 <input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし 診療の求めがあった場合において診療を行う体制を常時確保 <input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし |
| | 2 | 名称 | 医療法人社団優青会 あおぞらクリニック川越 |
| | | 住所 | 埼玉県川越市南通町19-2 レジデンスからもも307号室 |
| 協力医療機関 | 2 | 診療科目 | 内科・精神科 |
| | | 協力内容 | 入所者の病状の急変時等において相談対応を行う体制を常時確保 <input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし 診療の求めがあった場合において診療を行う体制を常時確保 <input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし |
| | 1 | <input type="checkbox"/> あり 医療機関の名称 _____ 医療機関の住所 _____ | |
| | | <input checked="" type="checkbox"/> なし | |
| 協力歯科医療機関 | 名称 | 医療法人 健友会 | |
| | 住所 | 埼玉県川越市小ヶ谷72-1 | |
| | 協力内容 | 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 checked="" type="checkbox"/> その他 (他の一般居室へ移る場合) | |
| 判断基準の内容 | 住戸移動は原則としてありませんが、適切なサービス提供に支障をきたす場合、またはその恐れがある場合、住戸を変更して頂く場合があります。 | |
| 手続きの内容 | <input checked="" type="checkbox"/> 医師の意見を聞く <input checked="" 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 | 入居者様・事業者間による建物賃貸借契約の合意解約のうえ、その後に移動先の居室で新たな建物賃貸借契約を締結することとなります。 | |
| 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 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 type="checkbox"/> あり <input checked="" 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 | 概ね60歳以上で、自立・要支援・要介護の方、共同生活を円満に過ごせる方。感染症の方は入居できません。但し医師より、他の入居者に感染する恐れがないと診断された場合にはこの限りではありません。 | | | |
| 当住宅で対応できる医療的ケアの内容 | <ul style="list-style-type: none"> ・健康管理、服薬支援、治療支援（協力医療機関との調整等） ・当住宅では看護師がいないため、常時医療行為が必要な方への対応はできません。 ・胃ろう・腸ろう・IVH・点滴管理・ストーマ処置・インシュリン注入管理等医療行為が必要な場合は、協力医療機関との連携による対応が可能な場合がありますので、個別に相談のうえ入居可能か判断し決定します。 | | | |
| 事業主体から契約解除を求める場合 | 解約条項 | 建物賃貸借契約書第11条、生活支援サービス契約書第8条に記載のとおり | | |
| | 解約予告期間 | 90日 | | |
| 入居者から契約解除を求める場合 | 解約条項 | 建物賃貸借契約書第12条、生活支援サービス契約書第9条に記載のとおり | | |
| | 解約予告期間 | 30日 | | |
| | 契約解約時の連絡先 | 名称 | プラチナ・シニアホーム埼玉坂戸 | |
| | | 電話番号 | 049-227-9320 | |
| 体験入居の内容 | <input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし （内容：一泊5,400円（住宅費・光熱水費・生活支援サービス費、介護費用を含む。食事代別途。8%消費税込）） | | | |
| 入居定員 | 36人 | | | |
| その他 | | | | |

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) 22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 | 0 | 1 | 0 | 0 | |
| 生活相談員 | 10 | 0 | 0 | 0 | 10 | 介護職員兼務 |
| 直接処遇職員 | 10 | 0 | 0 | 0 | 10 | |
| 介護職員 | 10 | 0 | 0 | 0 | 10 | 生活相談員兼務 |
| 看護職員 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | |
| 機能訓練指導員 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | |
| 計画作成担当者 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | |
| 栄養士 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | |
| 調理員 | 6 | 0 | 0 | 6 | 0 | |
| 事務員 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | |
| その他職員 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | |
| 合計 | 17 | 0 | 1 | 6 | 20 | |
| 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 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 介護福祉士 | 5 | 0 | 0 | 0 | 5 |
| 実務者研修の修了者 | 2 | 0 | 0 | 0 | 2 |
| 初任者研修の修了者 | 3 | 0 | 0 | 0 | 3 |
| 介護支援専門員 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 合計 | 10 | 0 | 0 | 0 | 10 |

(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 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 理学療法士 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 作業療法士 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 言語聴覚士 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 柔道整復師 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| あん摩マッサージ指圧師 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| はり師 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| きゅう師 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 合計 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |

(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 (18 時 00 分 ~ 9 時 00 分) | | |
|-----------------------------------|------|--------|
| 職種 | 平均人数 | 最小时人数※ |
| 介護職員 | 1 人 | 1 人 |
| 看護職員 | 0 人 | 0 人 |

※最小时人数は、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等を提供していない(この項以下余白)

| | | |
|--|---------------------------------|-------------------------------------|
| 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 | 河合 美栄子 | | | | | | | | | |
| | 職名 | 管理者 | | | | | | | | | |
| | 他の職務との兼務 | ■ あり □ なし | | | | | | | | | |
| | 業務に係る資格等 | ■ あり 資格等の名称 介護福祉士 □ 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 | 0 | 0 | 0 | 2 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | |
| 前年度1年間の退職者数 | 0 | 0 | 1 | 6 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | |
| 経験年数 | 1年未満 | 0 | 2 | 0 | 2 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | |
| | 1年以上 3年未満 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | |
| | 3年以上 5年未満 | 0 | 2 | 0 | 2 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | |
| | 5年以上 10年未満 | 0 | 5 | 0 | 5 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | |
| | 10年以上 | 0 | 1 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | |
| | 合計 | 0 | 10 | 0 | 10 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | |
| 従業者の健康診断の実施 | | ■ あり □ なし | | | | | | | | | |

15 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 | 12 人 | |
| | 女性 | 20 人 | |
| 年齢別 | 65歳未満 | 0 人 | |
| | 65歳以上75歳未満 | 3 人 | |
| | 75歳以上85歳未満 | 15 人 | |
| | 85歳以上 | 14 人 | |
| 要介護度別 | 自立 | 1 人 | |
| | 要支援1 | 0 人 | |
| | 要支援2 | 1 人 | |
| | 要介護1 | 6 人 | |
| | 要介護2 | 6 人 | |
| | 要介護3 | 9 人 | |
| | 要介護4 | 6 人 | |
| 要介護5 | 要介護5 | 3 人 | |
| | 入居期間別 | 6ヶ月未満 | 3 人 |
| | | 6ヶ月以上1年未満 | 6 人 |
| | | 1年以上5年未満 | 12 人 |
| | | 5年以上10年未満 | 10 人 |
| | | 10年以上15年未満 | 1 人 |
| 15年以上 | | 0 人 | |

(入居者の属性)

| | |
|--|--------|
| 平均年齢 | 84.9 歳 |
| 入居者数の合計 | 32 人 |
| 入居率※ | 88.9 % |
| ※ 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 | 4 人 | |
| | 社会福祉施設 | 3 人 | |
| | 医療機関 | 3 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 | 10 人 | (解約事由の例) 特定施設への転居 |

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)

事業主体や施設に設置している利用者からの苦情に対応する窓口

| | | |
|---|----------|---|
| 1 | 窓口の名称 | プラチナ・シニアホーム埼玉坂戸 |
| | 電話番号 | 049-227-9320 |
| | 対応している時間 | 午前9時 00分～午後6時 00分 |
| | 定休日 | なし 担当者が不在のときは、他の職員が誰でも対応できるようにするとともに、必ず担当者に引き継ぐようにいたします。 |
| 2 | 窓口の名称 | 株式会社レイクス21 |
| | 電話番号 | 03-5208-1601. |
| | 対応している時間 | 午前9時 00分～午後6時 00分 |
| | 定休日 | 土、日、祝日、年末年始 (12/31～1/4) |

事業者以外の苦情に対応する窓口

| | | |
|---|----------|-------------------------------|
| 3 | 窓口の名称 | 一般社団法人高齢者住宅協会 ご入居中の皆さま専用相談窓口 |
| | 電話番号 | 03-6689-7917 |
| | 対応している時間 | 午前10時 00分 ~ 午後5時 00分 |
| | 定休日 | 土、日、祝日、年末年始 (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 (直通) |
| | 対応している時間 | 午前8時 30分 ~ 午後5時 15分 |
| | 定休日 | 土、日、祝日、年末年始 (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 (直通) |
| | 対応している時間 | 午前8時 30分 ~ 午後5時 15分 |
| | 定休日 | 土、日、祝日、年末年始 (12/29～1/3) |
| 6 | 窓口の名称 | 坂戸市消費生活センター |
| | 電話番号 | 049-283-1331 |
| | 対応している時間 | 午前10時00分～12時00分、午後1時00分～3時30分 |
| | 定休日 | 土、日、祝日、年末年始 (12/29～1/3) |
| 7 | 窓口の名称 | 埼玉県消費生活支援センター川口 9 |

| | |
|----------|-----------------------|
| 電話番号 | 048-261-0999 |
| 対応している時間 | 午前9時 00分 ~ 午後4時 00分 |
| 定休日 | 日、祝日、年末年始 (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) あいおいニッセイ同和損害保険株式会社 介護保険・社会福祉事業者総合保険 |
| | <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) ・本契約に基づき、介護サービス等を入居者様に提供した場合に、万一、事故が発生し、入居者様の生命・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（ご家族様へのご連絡、救急車の呼び出し等）を行います。 ・事故が発生した場合には、事故の概要、事故原因の調査及び再発防止策を策定し、埼玉県福祉部高齢者福祉課、埼玉県都市整備部住宅課、区市町村に報告します。 ・入居者様に対するサービスの提供に当たって、事故が発生し、入居者様の生命・身体・財産に損害が発生した場合は、不可抗力による場合を除き、速やかに入居者様に対して損害を賠償します。ただし、入居者様に重過失がある場合は、事業者は賠償責任を免除され、又は賠償額を減額することがあります。 |
| | <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 |
| | <input checked="" 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 |
| | <input checked="" type="checkbox"/> 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 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 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 |

18 その他

| | |
|---|----------------------------------|
| 外出・帰宅・訪問等 | |
| 外出・帰宅及びご家族様の来訪等の時間制限はなく、24時間いつでも可能です。正面玄関の自動ドアは、オートロックとなっており、外出・帰宅及びご家族様の訪問時は、職員がドアの開閉を行いますので、インターホン等でお知らせください。長期外泊時は、管理者へご連絡ください。 | |
| 共用施設の利用について | |
| 浴室 | 共用浴室をご利用になる場合は、利用時間を事前にお申し出ください。 |
| 食堂、居間、談話コーナー | いつでも、他の入居者様やご家族様との歓談等にご使用ください。 |
| 共用キッチン | 共用ミニキッチンのご利用希望については、職員にお申し出ください。 |
| やむを得ず身体拘束を行う場合の手続き | |
| <ul style="list-style-type: none"> ・入居者様又は他の入居者様等の生命又は身体を保護するため緊急やむを得ない場合を除き、身体的拘束等を行いません。 ・「緊急やむを得ない場合」とは、①入居者様又は他の入居者様等の生命又は身体が危険にさらされる可能性が著しく高い、②身体拘束等以外に代替する介護方法がない、③身体拘束等が一時的なもの の要件全てを満たしている場合に限り、④身体的拘束等を行う場合は、「切迫性」「非代替性」「一時性」について事業所内で検討し、入居者様又はご家族様に身体拘束の内容、目的、理由、拘束の時間を詳細に説明し、十分な理解を得たうえで、同意書を交わし、実施します。 ・身体拘束等を行った場合は、その態様及び時間、その際の入居者様の心身の状況並びに理由を記録し、速やかな解除に向けた計画を作成します。 | |

| | | | | |
|--|--|--------|---|-----------------------------|
| 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 <input type="checkbox"/> 代替措置なし | (内容) |
| | | | | |
| 高齢者虐待防止のための取組の状況 | 虐待防止対策検討委員会の定期的な開催 | | <input checked="" type="checkbox"/> あり | <input type="checkbox"/> なし |
| | 指針の整備 | | <input checked="" type="checkbox"/> あり | <input type="checkbox"/> なし |
| | 定期的な研修の実施 | | <input checked="" type="checkbox"/> あり | <input type="checkbox"/> なし |
| | 担当者の配置 | | <input checked="" type="checkbox"/> あり | <input type="checkbox"/> なし |
| 身体的拘束等の適正化のための取組の状況 | 身体的拘束等適正化検討委員会の開催 | | <input checked="" type="checkbox"/> あり | <input type="checkbox"/> なし |
| | 指針の整備 | | <input checked="" type="checkbox"/> あり | <input type="checkbox"/> なし |
| | 定期的な研修の実施 | | <input checked="" type="checkbox"/> あり | <input type="checkbox"/> なし |
| | 緊急やむを得ない場合に行う身体的拘束その他の入居者の行動を制限する行為(身体的拘束等)を行うこと <input type="checkbox"/> あり | | 身体的拘束等を行う場合の態様及び時間、入居者の状況並びに緊急やむを得ない場合の理由の記録 <input type="checkbox"/> あり | <input type="checkbox"/> なし |
| | <input checked="" type="checkbox"/> なし | | | |
| 業務継続計画の策定状況等 | 感染症に関する業務継続計画 | | <input checked="" type="checkbox"/> あり | <input type="checkbox"/> なし |
| | 災害に関する業務継続計画 | | <input checked="" type="checkbox"/> あり | <input type="checkbox"/> なし |
| | 職員に対する周知の実施 | | <input checked="" type="checkbox"/> あり | <input type="checkbox"/> なし |
| | 定期的な研修の実施 | | <input checked="" type="checkbox"/> あり | <input type="checkbox"/> なし |
| | 定期的な訓練の実施 | | <input checked="" type="checkbox"/> あり | <input type="checkbox"/> なし |
| | 定期的な業務継続計画の見直し | | <input checked="" type="checkbox"/> あり | <input type="checkbox"/> なし |
| 提携ホームへの住み替え※ | <input type="checkbox"/> あり (提携ホーム名:) <input checked="" 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 (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)

当事業者は、入居者様に対して、普通建物賃貸借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行い、入居者様の確認及び同意を得て、交付しました。

説明年月日 年 月 日

事業者 所在地 東京都千代田区大手町一丁目5番1号

名称 株式会社レイクス21

代表者 代表取締役 池 俊明

事業所 所在地 埼玉県坂戸市元町65番地6

名称 プラチナ・シニアホーム埼玉坂戸

説明者

私は上記事業者から、普通建物賃貸借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、同意及び確認をし、交付を受けました。

同意及び確認年月日 年 月 日

入居者 住所 _____
氏名 _____

署名代行者 下記の理由により、入居者の意思を確認した上、上記署名を代行しました。
(又は代理人) 署名代行理由：
[_____]

本人との続柄 住所 _____
《 _____ 》 氏名 _____

身元引受人
本人との続柄 住所 _____
《 _____ 》 氏名 _____

