

(様式1)

介護付有料老人ホーム情報開示等一覧表

都道府県名

さいたま市

(平成25年 7月 1日現在)

施設名・設置者		メディカルホームまどか浦和領家 ・(株)ベネッセスタイルケア		
施設の類型		介護付有料老人ホーム (一般型特定施設入居者生活介護)		
表示事項	居住の権利形態	利用権 方式		
	利用料の支払い方法	選択 方式		
	入居時の要件	入居時自立・要支援・要介護		
	介護保険	さいたま市指定介護保険特定施設 (一般型特定施設)		
	介護居室区分	全室個室		
	一般型特定施設での介護に係る職員体制	2.5 : 1 以上		
所在地		〒330-0842 埼玉県さいたま市浦和区領家七丁目5番22号 TEL 048-823-7023 FAX 048-823-7238		
開設年/入居者数/入居定員		平成18年11月25日 / 50人 / 54人 (H25.7.1現在)		
入居者の入居前の住所地		さいたま市内 30人 (うち西区 1人、北区 1人、大宮区 4人、見沼区 1人、中央区 1人、桜区 2人、浦和区 20人、南区 1人、緑区 1人、岩槻区 2人) /さいたま市外 20人		
一時金	入居一時金 (円)	-		
	介護費用の一時金 (円)	0円		
	その他の一時金 (円)	0円		
	返還金の保全措置の有無及びその内容	<input type="checkbox"/> 有 ・ <input type="checkbox"/> 無	(内容) 三井住友銀行による連帯保証契約	
	契約日から三ヶ月以内の返還の有無	<input type="checkbox"/> 有 ・ <input type="checkbox"/> 無	(内容) 契約が契約開始日から3ヶ月以内に終了した場合、契約書に基づき、受領済みの前払金がある場合にはその全額を返還します。ただし、この場合においても、契約期間に係る月額利用料等は、受領いたします。	
月額利用料 (円) (食費、管理費、介護費用を含む) ※介護保険利用料(1割負担)は含みません。		月払い方式(期間設定型契約)の場合 290,500円(税込み) ※要介護の場合		
要介護状態になった場合	介護を行う場所	各自の居室(全室一般居室/個室)		
	追加費用の有無	なし		
体験入居の有無		<input type="checkbox"/> 有 ・ <input type="checkbox"/> 無		
情報開示	情 報		関 覧	書面交付
	重要事項説明書	<input type="checkbox"/> 有 ・ <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 ・ <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 ・ <input type="checkbox"/> 無
	パンフレット	<input type="checkbox"/> 有 ・ <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 ・ <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 ・ <input type="checkbox"/> 無
	契約書	<input type="checkbox"/> 有 ・ <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 ・ <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 ・ <input type="checkbox"/> 無
	管理規程の公開	<input type="checkbox"/> 有 ・ <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 ・ <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 ・ <input type="checkbox"/> 無
	財務諸表の閲覧	<input type="checkbox"/> 有 ・ <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 ・ <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 ・ <input type="checkbox"/> 無
(社)全国有料老人ホーム協会への加入		<input type="checkbox"/> 有 ・ <input type="checkbox"/> 無		

※介護費用の一時金及び月額利用料以外の介護サービスに係る別途の追加費用負担の有無を記入。