

重 要 事 項 説 明 書

		記入年月日	平成 25 年 7 月 1 日
記入者名	山上 多加恵	所属・職名	ライフコミュニケーション大宮北 施設長

1. 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	法人の種類	営利法人
	名称	(ふりがな) かぶしきがいしゃきのしたのかいご 株式会社木下の介護
事業主体の主たる 事務所の所在地	〒163-1309	東京都新宿区西新宿六丁目 5 番 1 号
事業主体の連絡先	電話番号	03-5908-1310
	F A X 番号	03-5908-2382
	ホームペー ジ	なし
	アドレス	あり : http://www.kinoshita-kaigo.co.jp/
事業主体の代表者の 職名及び氏名	職名	代表取締役
	氏名	木下 直哉
事業主体の設立年月日	平成 7 年 10 月 26 日	

事業主体が埼玉県内で実施する他の介護サービス					
介護サービスの種類			事業所の名称	所在地	
＜居宅サービス＞					
訪問介護	あり	なし			
訪問入浴介護	あり	なし			
訪問看護	あり	なし			
訪問リハビリテーション	あり	なし			
居宅療養管理指導	あり	なし			
通所介護	あり	なし			
通所リハビリテーション	あり	なし			
短期入所生活介護	あり	なし			
短期入所療養介護	あり	なし			
特定施設入居者生活介護	あり	なし	ライフコミュニケーションふじみ野	ふじみ野市丸山 4-4	
福祉用具貸与	あり	なし			
特定福祉用具販売	あり	なし			
＜地域密着型サービス＞					
定期巡回・随時訪問介護・看護	あり	なし			
夜間対応型訪問介護	あり	なし			
認知症対応型通所介護	あり	なし			
小規模多機能型居宅介護	あり	なし			
認知症対応型共同生活介護	あり	なし			
地域密着型特定施設入居者生活介護	あり	なし			
地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護	あり	なし			
複合型サービス	あり	なし			
居宅介護支援	あり	なし			
＜居宅介護予防サービス＞					
介護予防訪問介護	あり	なし			
介護予防訪問入浴介護	あり	なし			
介護予防訪問看護	あり	なし			
介護予防訪問リハビリテーション	あり	なし			
介護予防居宅療養管理指導	あり	なし			
介護予防通所介護	あり	なし			
介護予防通所リハビリテーション	あり	なし			
介護予防短期入所生活介護	あり	なし			
介護予防短期入所療養介護	あり	なし			
介護予防特定施設入居者生活介護	あり	なし	ライフコミュニケーションふじみ野	ふじみ野市丸山 4-4	
介護予防福祉用具貸与	あり	なし			
特定介護予防福祉用具販売	あり	なし			
＜地域密着型介護予防サービス＞					
介護予防認知症対応型通所介護	あり	なし			
介護予防小規模多機能型居宅介護	あり	なし			
介護予防認知症対応型共同生活介護	あり	なし			
介護予防支援	あり	なし			
＜介護保険施設＞					
介護老人福祉施設	あり	なし			
介護老人保健施設	あり	なし			
介護療養型医療施設	あり	なし			

2. 施設概要

施設の名称、所在地及び電話番号その他の連絡先		
施設の名称	(ふりがな) らいふこみゅーんおおみやきた ライフコミュニケーション大宮北	
施設の所在地	〒331-0821	埼玉県さいたま市北区別所町 16-3
施設の連絡先	電話番号	048-665-6090
	F A X 番号	048-665-6011
	ホームページ	なし
	アドレス	あり： http://www.kinoshita-kaigo.co.jp/facilities/state/saitama/omiyakita.html
施設の開設年月日		平成 11 年 10 月 1 日
施設の管理者の職名及び氏名	職名	施設長
	氏名	山上 多加恵
施設までの主な利用交通手段		
JR 高崎線「宮原」駅東口より東武バス（上尾車庫行または上尾駅行）約 5 分 「宮原 4 丁目」もしくは「鈴木」停留所下車徒歩約 5 分（約 400m） JR「大宮」駅（東口）より東武バス（上尾駅東口行）約 15 分「宮原 4 丁目」停留所徒歩約 5 分（約 400m）		
施設の類型及び表示事項	○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） ○居住の権利形態：利用権方式 ○利用料支払方式：一時金方式 ○入居時の要件：自立・要支援・要介護 ○介護保険：指定介護保険特定施設 ○居室区分：全室個室 ○介護にかかわる職員体制：3：1（入居者：直接処遇職員）	
介護保険事業所番号	1170300410	
特定施設入居者生活介護の事業の開始年月日又は開始予定年月日及び指定又は許可を受けた年月日（指定又は許可の更新を受けた場合には、その年月日）		
事業の開始（予定）年月日	平成 11 年 10 月 1 日	
指定の年月日	平成 12 年 3 月 24 日	
指定の更新年月日	平成 20 年 4 月 1 日	

3. 従業者に関する事項

平成 25 年 7 月 1 日現在

職種別の従業者の人数及びその勤務形態

有料老人ホームの人数及びその勤務形態						
実人数	常勤		非常勤		合計	常勤換算 人 数
	専従	非専従	専従	非専従		
施設長	1				1	1.0
生活相談員	1		1		2	1.3
看護職員	1				1	1.0
介護職員	9	1	1		11	9.4
機能訓練指導員			1		1	0.4
計画作成担当者		1			1	0.4
栄養士						委託
調理員						委託
事務員						
その他従業者			1		1	0.4
1 週間のうち、常勤の従業者が勤務すべき時間数					37.5	
※ 常勤換算人数とは、当該事業所の従業者の勤務延時間数を当該事業所において常勤の従業者が勤務すべき時間数で除することにより、当該事業所の従業者の人数を常勤の従業者の人数に換算した人数をいう。						
従業者である介護職員が有している資格						
延べ人数	常勤		非常勤		合計	常勤換算 人 数
	専従	非専従	専従	非専従		
社会福祉士						
介護福祉士	2	1				
介護職員基礎研修						
訪問介護員 1 級						
訪問介護員 2 級	7		1			
訪問介護員 3 級						
介護支援専門員						
従業者である機能訓練指導員が有している資格						
延べ人数	常勤		非常勤		合計	常勤換算 人 数
	専従	非専従	専従	非専従		
理学療法士						
作業療法士						
言語聴覚士						
看護師及び准看護師						
柔道整復士			1			
あん摩マッサージ 指圧師						
夜勤を行う看護職員及び介護職員の人数						
人 数	夜勤帯平均人数 (17 時～10 時)		最少時人数 (休憩者等を除く)			
看護職員	0		0			
介護職員	1		1			

特定施設入居者生活介護の提供に当たる従業者の人数及びその勤務形態																																																		
実人数	常勤		非常勤		合計	常勤換算 人数																																												
	専従	非専従	専従	非専従																																														
生活相談員	1		1		2	1.3																																												
看護職員	1				1	1.0																																												
介護職員	9	1	1		11	9.4																																												
機能訓練指導員			1		1	0.4																																												
計画作成担当者		1			1	0.4																																												
その他従業者			1		1	0.4																																												
1週間のうち、常勤の従事者が勤務すべき時間数						37.5																																												
※ 常勤換算人数とは、当該事業所の従業者の勤務延時間数を当該事業所において常勤の従業者が勤務すべき時間数で除することにより、当該事業所の従業者の人数を常勤の従業者の人数に換算した人数をいう。																																																		
従業者である介護職員が有している資格 <table border="1"> <thead> <tr> <th rowspan="2">延べ人数</th> <th colspan="2">常勤</th> <th colspan="2">非常勤</th> </tr> <tr> <th>専従</th> <th>非専従</th> <th>専従</th> <th>非専従</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>社会福祉士</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>介護福祉士</td> <td>2</td> <td>1</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>介護職員基礎研修</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>訪問介護員1級</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>訪問介護員2級</td> <td>7</td> <td></td> <td>1</td> <td></td> </tr> <tr> <td>訪問介護員3級</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>介護支援専門員</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>							延べ人数	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	2	1			介護職員基礎研修					訪問介護員1級					訪問介護員2級	7		1		訪問介護員3級					介護支援専門員				
延べ人数	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	2	1																																																
介護職員基礎研修																																																		
訪問介護員1級																																																		
訪問介護員2級	7		1																																															
訪問介護員3級																																																		
介護支援専門員																																																		
従業者である機能訓練指導員が有している資格 <table border="1"> <thead> <tr> <th rowspan="2">延べ人数</th> <th colspan="2">常勤</th> <th colspan="2">非常勤</th> </tr> <tr> <th>専従</th> <th>非専従</th> <th>専従</th> <th>非専従</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>理学療法士</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>作業療法士</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>言語聴覚士</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>看護師及び准看護師</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>柔道整復士</td> <td></td> <td></td> <td>1</td> <td></td> </tr> <tr> <td>あん摩マッサージ指圧師</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>							延べ人数	常勤		非常勤		専従	非専従	専従	非専従	理学療法士					作業療法士					言語聴覚士					看護師及び准看護師					柔道整復士			1		あん摩マッサージ指圧師									
延べ人数	常勤		非常勤																																															
	専従	非専従	専従	非専従																																														
理学療法士																																																		
作業療法士																																																		
言語聴覚士																																																		
看護師及び准看護師																																																		
柔道整復士			1																																															
あん摩マッサージ指圧師																																																		
管理者の他の職務との兼務の有無					あり	なし																																												
管理者が有している当該業務に係る資格等	なし	あり	資格等の名称 ホームヘルパー2級																																															
特定施設入居者生活介護の利用者に対する看護職員及び介護職員の常勤換算方法による人数の割合					37.0 % (2.7 : 1)																																													

従業者の当該介護サービスに係る業務に従事した経験年数等						
	看護職員		介護職員		生活相談員	
	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			2			
前年度 1 年間の退職者数			1			
業務に従事した経験年数						
1 年未満の者の人数	1		3			
1 年以上 3 年未満の者の人数			2			
3 年以上 5 年未満の者の人数			2	1		
5 年以上 10 年未満の者の人数			3		1	
10 年以上の者の人数						1
	機能訓練指導員		計画作成担当者			
	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						
業務に従事した経験年数						
1 年未満の者の人数				1		
1 年以上 3 年未満の者の人数		1				
3 年以上 5 年未満の者の人数						
5 年以上 10 年未満の者の人数						
10 年以上の者の人数						
従業者の健康診断の実施状況				なし	あり	

4. サービスの内容

施設の運営に関する方針			
当施設は、介護ビジネスが社会的責任を有する事業であることを自覚し入居者のニーズに沿ったサービスを提供し、「安心、安全、こころの介護」に努めるとともに、高齢者とそのご家族のクオリティオブライフ（QOL）をサポートすることを経営理念として高齢者がいつまでも生き生きと暮らせる環境作りを目指しています。			
介護サービスの内容、利用定員等			
個別機能訓練の実施（介護報酬の加算）の有無	なし		あり
夜間看護体制加算（介護報酬の加算）の有無	なし		あり
人員配置が手厚い介護サービスの実施の有無	なし		あり
利用者の個別的な選択による介護サービスの実施状況	別紙		
協力医療機関の名称	医療法人三慶会 指扇病院		
(協力の内容) 緊急時対応、健康診断、健康相談			
協力歯科医療機関	なし	あり	その名称 医療法人社団郁栄会 大塚デンタルクリニック
(協力の内容) 歯科診療、歯科健康相談			
要介護時における居室の住替えに関する事項			
要介護時に介護を行う場所			
全室介護専用居室のため各居室内にて介護します			

入居後に居室を住み替える場合			
一時介護室へ移る場合			
判断基準・手続について			
(その内容) 一時介護室がないため該当なし			
追加的費用の有無	なし		あり
居室利用権の取扱い			
(その内容)			
入居一時金償却の調整の有無	なし		あり
従前の居室からの面積の増減の有無	なし		あり
従前居室との仕様の変更			
便所の変更の有無	なし		あり
浴室の変更の有無	なし		あり
洗面所の変更の有無	なし		あり
台所の変更の有無	なし		あり
その他の変更の有無	なし		あり
(その内容)			
介護居室へ移る場合			
判断基準・手続について			
(その内容) 適切な介護サービス提供のため、医師の意見を聴き、入居者・契約者及び連帯保証人等の同意を得て、一定の観察期間を設けます。			
追加的費用の有無	なし		あり
居室利用権の取扱い			
(その内容) 当初の居室から新しい居室に変更となります。			
入居一時金償却の調整の有無	なし		あり
従前の居室からの面積の増減の有無	なし		あり
従前居室との仕様の変更			
便所の変更の有無	なし		あり
浴室の変更の有無	なし		あり
洗面所の変更の有無	なし		あり
台所の変更の有無	なし		あり
その他の変更の有無	なし		あり
(その内容) 居室の仕様や構造が変更になる場合もあります			

その他（		なし	あり
判断基準・手続について			
(その内容) 他の施設へ住み替える場合の判断基準及び手続きは、当初以外の居室へ住み替える場合と同様となります。判断基準は建物の老朽化その他やむを得ない事由が発生した場合も含みます。			
追加的費用の有無		なし	あり
居室利用権の取扱い			
(その内容) 当初の居室から新しい居室へ移動します。			
入居一時金償却の調整の有無		なし	あり
従前の居室からの面積の増減の有無		なし	あり
従前居室との仕様の変更			
便所の変更の有無		なし	あり
浴室の変更の有無		なし	あり
洗面所の変更の有無		なし	あり
台所の変更の有無		なし	あり
その他の変更の有無		なし	あり
(その内容)			
施設の入居に関する要件			
自立している者を対象		なし	あり
要支援の者を対象		なし	あり
要介護の者を対象		なし	あり
留意事項			
契約の解除の内容 (入居契約書第36条及び第37条より)	1.事業者は、契約者又は入居者が事前通告なし、不明確又は虚偽の理由で長期不在（1 か月以上）になり、契約者に契約継続の意向がないと事業者が判断した場合、入居契約書に定める各種事項に違反が認められる等の場合に加えて、そのことが入居契約をこれ以上将来にわたって維持することが社会通念上著しく困難と認められる場合には、契約者に対し通告の上、三か月間の予告期間を置いて、入居契約の解除を通告することができるものとします。 2.事業者は、契約者又は入居者が不正な手段で入居者を入居させようとした場合、各支払を滞納した場合、故意または重大な過失による施設・設備を汚損・破損・滅失させた場合、当施設の入居者・従業員に対して故意による暴力行為・誹謗中傷等がある等の場合は、通知催告を要しないで入居契約を即時解除することができる。 （上記内容は概要であるため、詳細は入居契約書第36条「事業者の契約解除」を参照下さい）		
体験入居の内容	1 泊 2 日 夕・朝食付 13,650 円（原則 2 週間迄） 2 泊以上利用の場合、昼食は無料となります。		
入居定員	30 名		
その他			

入居者の状況						
入居者の人数（報告に関する計画の基準日の前月末日）						
	要介護 1	要介護 2	要介護 3	要介護 4	要介護 5	合計
6 5 歳未満						
6 5 歳以上 7 5 歳未満						
7 5 歳以上 8 5 歳未満	1	6	4	2		13
8 5 歳以上		4	3	2	5	14
	自立	要支援 1	要支援 2			合計
6 5 歳未満						
6 5 歳以上 7 5 歳未満						
7 5 歳以上 8 5 歳未満		2				2
8 5 歳以上						
入居者の平均年齢	85.5 歳					
入居者の男女別人数	男性	8 人		女性	21 人	
入居率（一時的に不在となっている者を含む）					96.6 %	
前年度に退去した者の人数						
	要介護 1	要介護 2	要介護 3	要介護 4	要介護 5	合計
自宅等				1		1
社会福祉施設		1		1		2
医療機関	1					1
死亡者		2		2		4
その他				1		1
	自立	要支援 1	要支援 2			合計
自宅等						
社会福祉施設						
医療機関			1			1
死亡者						
その他						
入居者の入居期間						
入居期間	6 ヶ月未満	6 ヶ月以上 1 年未満	1 年以上 5 年未満	5 年以上 10 年未満	10 年以上 15 年未満	15 年以上
入居者数		4	25			

施設、設備等の状況									
建物の構造	建築基準法第2条第9号の2に規定する耐火建築物					なし	あり		
	建築基準法第2条第9号の3に規定する準耐火建築物					なし	あり		
居室の状況	区分			室数	人数	1の居室の床面積			
	一般居室個室	あり	なし			m ²			
	一般居室相部屋	あり	なし			m ²			
						m ²			
						m ²			
	介護居室個室	あり	なし	30		14.04 m ²			
	介護居室相部屋	あり	なし			m ²			
					m ²				
					m ²				
一時介護室	あり	なし			m ²				
共用便所の設置数	2	うち男女別の対応が可能な数				0			
		うち車いす等の対応が可能な数				0			
個室の便所の設置数	30	個室における便所の設置割合				1			
		うち車いす等の対応が可能な数				30			
浴室の設備状況	浴室の数	個浴	大浴槽		特殊浴槽		リフト浴		
		0	1		1		0		
その他、浴室の設備に関する事項									
食堂の設備状況	テーブル、椅子、洗面台、テレビが設置されています。								
入居者等が調理を行う設備状況			なし	あり					
その他、共用施設の設備状況									
なし	あり	(その内容) 食堂兼機能訓練コーナー、浴室、健康管理室、エレベーター、洗面設備、トイレ等							
バリアフリーの対応状況									
(その内容) 高齢者の生活に配慮し、建物全体がバリアフリーになっています。									
緊急通報装置の設置状況	なし		一部あり		全居室内にあり				
外線電話回線の設置状況	なし		一部あり		全居室内にあり				
テレビ回線の設置状況	なし		一部あり		全居室内にあり				
施設の敷地に関する事項									
敷地の面積	816 m ²								
事業所を運営する法人が所有	なし		一部あり		あり				
抵当権の設定			なし		あり				
貸借（借地）									
なし	あり	契約期間	始		終				
			契約の自動更新		なし		あり		
施設の建物に関する事項									
建物の構造	鉄筋ALC造 地上3階建								
建物の延床面積	968.53 m ²								
事業所を運営する法人が所有	なし		一部あり		あり				
抵当権の設定			なし		あり				
貸借（借家）									
なし	あり	契約期間	始	平成11年10月1日	終	平成31年9月30日			
			契約の自動更新		なし		あり		

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			
窓口の名称		本社窓口：お客様相談担当	
電話番号		03-5908-1310	
対応している時間		平日	9:00～18:00
		土曜	9:00～18:00
		日曜・祝日	9:00～18:00
定休日等		上記時間帯以外は留守番電話により受け付けし、折り返しご連絡します。	
上記以外の利用者からの苦情に対応する主な窓口等			
窓口の名称		①埼玉県福祉部高齢介護課、②埼玉県国民健康保険団体連合会、 ③さいたま市役所保健福祉局福祉部高齢福祉課、 ④同市役所保健福祉局福祉部介護保険課、 ⑤さいたま市北区役所高齢介護課介護保険係	
電話番号		①048-830-3254、②048-824-2537、③048-829-1260、④048-829-1264、 ⑤048-669-6068	
対応している時間		平日	9:00～17:00
		土曜	定休日
		日曜・祝日	定休日
定休日等		土曜、日曜、祝日は定休日となります。	
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			
なし	☒	(その内容) ウォームハート：損保ジャパン	
その他、介護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に関すること			
なし	☒	(その内容) 事故クレームマニュアルに基づき対応します。	
サービスの提供内容に関する特色等			
(その内容) 1、業界屈指の研修プログラムを経て高い介護知識と経験を持ったヘルパーが以下の対応に努めます。 (1) ご入居者個々の好みや体調を把握 (2) 自立支援を目指した介護の実践 (3) ご家族とご入居者のパイプ役 等 2、入居者の心身状況に異変その他緊急事態が生じたときは、医師又は協力医療機関に連絡の上、応急処置、協力医療機関への搬送を行うか、もしくは、119番通報による医療機関への搬送等を行います。また、早急に家族に連絡を取り、事故の内容の説明を行うなどの適切な対応を行います。 3、事故については、上記対応に加えて、再発防止に向けて今後の取り組みと予防対策を講じます。 4、災害発生時は、入居者の生命と安全を確保することを最優先課題とし、管轄消防署に届け出ている消防計画を通じて、あらゆる災害に対して安全対策を講じます。非常災害対策として、非常食を用意しておきます。また、成人用紙おむつなどの消耗品も適宜確保しておきます。エレベーター・ボイラー・下水道処理設備等の設備は、法令により資格を有する者が定期的に点検・整備します。			

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				
なし	あり	実施した年月日	平成 24 年 3 月 1 日	
		当該結果の開示状況	なし	あり
第三者による評価の実施状況				
なし	あり	実施した年月日		
		実施した評価機関の名称		
		当該結果の開示状況	なし	あり

5. 利用料金

利用料の支払い方法	一時金方式	月払い方式	選択方式
敷金	0 円（家賃の ヶ月分）		
一時金方式			
一時金及び月単位で支払う利用料			
年齢に応じた金額設定	なし	あり	
要介護状態に応じた金額設定	なし	あり	
料金プラン			
プラン名称	一時金	月額	(内訳)
		計	家賃相当額 介護費用 食費 光熱水費 管理費
① 通常入居プラン	1,575,000	177,650	80,000 0 66,150 0 31,500
※介護保険サービスの自己負担額は含まない。			
算定根拠	家賃相当額	【施設利用料】 建物所有者に支払う家賃、備品の減価償却費を基礎に算定。	
	介護費用		
	食費	日額 2,205 円。1 日 3 食 30 日の場合 66,150 円。 特別職は別途実費負担となります。 厨房管理費 0 円など	
	光熱水費	管理共益費 31,500 円に含まれる。	
	管理費	【管理共益費】 水道光熱費、施設の設備・修繕・管理に係る費用を基礎に算定	
	一時金	【入居一時金】1,575,000 円 専用居室、共用施設の利用権取得の為の費用	
一時金の償却に関する事項			
償却開始日の設定	入居日		
初期償却率（％）	53.3％		
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	なし		
権利金等（※）の額	1,575,000 万円		
（※）平成 24 年 3 月 31 日までに老人福祉法第 29 条第 1 項の規定により届出がされた施設に限る。			
償却年月数 （想定居住期間）	36 ヶ月		

【②契約終了時返還金の算定方法及び返還金の例】 専用居室、共有施設の利用権取得の為の費用 1,575,000 円、初期償却 840,000 円 36 ヶ月（3 年間）で 735,000 円を償却（1 ヶ月目 35,000 円、2 ヶ月目から 20,000 円を均等償却） ただし、入居月・退去月については、下記の通り均等償却額を入居日数に応じて日割りで償却します。 なお、端数は償却最終月に償却するものとします。入居月：35,000 円／30 日≒1,166 円／日 退去月：20,000 円／30 日≒666 円／日 ※30 ヶ月と 10 日利用の場合の返金額（入居月 1 日入居と考える） 入居一時金 1,575,000 円－初期償却額 84,000 円＝735,000 円 735,000 － （35,000 円+20,000 円×29 ヶ月 +666 円 × 10 日）＝<u>113,340 円返金</u>			
保全措置の実施状況		なし	あり（保全先）

三月以内の契約終了による返還金について

三月の起算日	入居日
契約終了日までの利用期間に係る利用料及び現状回復のための費用の算定方法	
実際の入居日から 3 ヶ月以内に本契約を解除された場合（死亡退去を含む）、原則入居金を全額返還致します。ただし、第 34 条に定める原状回復（故意重過失による汚損、破損等）が必要となった場合の費用や入居者に負担させることが適当と認められる諸費用※を差し引いた金額を無利息で契約者に返還致します。	

一時金の支払方法

① 入居金は一括納入。

月払い方式

月単位で支払う利用料						
年齢に応じた金額設定						
要介護状態に応じた金額設定						
料金プラン						
プラン名称	月額	(内訳)				
	計	家賃相当額	介護費用	食費	高熱水費	管理費
※介護保険サービスの自己負担額は含まない。						
算定根拠	家賃相当額					
	介護費用	※介護保険サービスの自己負担額は含まない。				
	食費					
	光熱水費					
	管理費					

一時金方式・月払い方式共通

介護保険サービスの自己負担額			
内容	※要介護度に応じて介護費用の 1 割を徴収する。		
人員配置が手厚い場合の介護サービス（再掲）		なし	あり
内容			
利用料	円（ 月額 ・ 日額 ）		
算定根拠			
支払い方法	月単位（日割り計算の有無 あり ・ なし ）		
利用者の個別的な選択による生活支援サービス利用料			
個別的な選択による生活支援サービス		なし	あり
算定根拠	例）買い物、外出介助等 1,522 円／1 時間 サービスを行う人員の人件費を基礎に算定		

料金改定の手続

利用料については将来、変更することがあります。人件費、物価変動等に基づき、運営懇談会の参加者の意見を聴いて決定します。

6. その他

有料老人ホーム設置時の老人福祉法第29条第1項に規定する届出		☐ あり	☐ なし
有料老人ホーム設置運営指導指針の不適合事項			
☐ なし			
☐ あり	(その内容)		

添付書類：「介護サービス等の一覧表」

※ 様

説明年月日 年 月 日

説明者署名

※契約を前提として説明を行った場合は、説明を受けた者の署名を求める。