

入居契約兼指定特定施設等利用契約

重要事項説明書

社会福祉法人 全電通近畿社会福祉事業団
あいハート離宮前

重 要 事 項 説 明 書 (介 護 居 室)

		記入年月日	2023年7月1日
記入者名	古崎 徹	所属・職名	あいハート離宮前・施設長

1. 事業主体概要

(1)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				
①事業主体の名称	法人等の種類	なし	<input checked="" type="checkbox"/> あり	社会福祉法人
	名称	(ふりがな) しゃかいふくしほうじん ぜんでんつうきんきしゃかいふくしじぎょうだん 社会福祉法人 全電通近畿社会福祉事業団		
②事業主体の主たる事務所の所在地	〒553-0003	大阪府大阪市福島区福島3丁目1番73号		
③事業主体の連絡先	電話番号	06-6458-5723		
	FAX番号	06-6458-9678		
	ホームページアドレス	なし		
		<input checked="" type="checkbox"/> あり : http://zendentu-kinki.jp		
(2)事業主体の代表者の氏名及び職名	氏名	橋本 寿樹		
	職名	理事長		
(3)事業主体の設立年月日	1971年1月8日			

(4)事業主体が兵庫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	<input type="checkbox"/> なし		
訪問入浴介護	あり	<input type="checkbox"/> なし		
訪問看護	あり	<input type="checkbox"/> なし		
訪問リハビリテーション	あり	<input type="checkbox"/> なし		
居宅療養管理指導	あり	<input type="checkbox"/> なし		
通所介護(デイサービス)	<input checked="" type="checkbox"/> あり	なし	あいハート須磨	神戸市須磨区松風町4丁目2-26
通所リハビリテーション	あり	<input type="checkbox"/> なし		
短期入所生活介護(ショートステイ)	<input checked="" type="checkbox"/> あり	なし	あいハート須磨	神戸市須磨区松風町4丁目2-26
短期入所療養介護	あり	<input type="checkbox"/> なし		
特定施設入居者生活介護	あり	<input type="checkbox"/> なし		
福祉用具貸与	あり	<input type="checkbox"/> なし		
特定福祉用具販売	あり	<input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> なし		
夜間対応型訪問介護	あり	<input type="checkbox"/> なし		
認知症対応型通所介護	あり	<input type="checkbox"/> なし		
小規模多機能型居宅介護	あり	<input type="checkbox"/> なし		
認知症対応型共同生活介護	あり	<input type="checkbox"/> なし		
地域密着型特定施設入居者生活介護	あり	<input type="checkbox"/> なし		
地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護	あり	<input type="checkbox"/> なし		
複合型サービス	あり	<input type="checkbox"/> なし		
居宅介護支援				
＜居宅介護予防サービス＞				
介護予防訪問介護	あり	<input type="checkbox"/> なし		
介護予防訪問入浴介護	あり	<input type="checkbox"/> なし		
介護予防訪問看護	あり	<input type="checkbox"/> なし		
介護予防訪問リハビリテーション	あり	<input type="checkbox"/> なし		
介護予防居宅療養管理指導	あり	<input type="checkbox"/> なし		
介護予防通所介護(デイサービス)	<input checked="" type="checkbox"/> あり	なし	あいハート須磨	神戸市須磨区松風町4丁目2-26
介護予防通所リハビリテーション	あり	<input type="checkbox"/> なし		
介護予防短期入所生活介護(ショートステイ)	<input checked="" type="checkbox"/> あり	なし	あいハート須磨	神戸市須磨区松風町4丁目2-26
介護予防短期入所療養介護	あり	<input type="checkbox"/> なし		
介護予防特定施設入居者生活介護	あり	<input type="checkbox"/> なし		
介護予防福祉用具貸与	あり	<input type="checkbox"/> なし		
特定介護予防福祉用具販売	あり	<input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> なし		
介護予防小規模多機能型居宅介護	あり	<input type="checkbox"/> なし		
介護予防認知症対応型共同生活介護	あり	<input type="checkbox"/> なし		

介護予防支援				
<介護保険施設>				
介護老人福祉施設(特別養護老人ホーム)	<input checked="" type="checkbox"/> あり	なし	あいハート須磨	神戸市須磨区松風町4丁目2-26
介護老人保健施設	あり	<input checked="" type="checkbox"/> なし		
介護療養型医療施設	あり	<input checked="" type="checkbox"/> なし		

※ 兵庫県外で実施する介護サービスについては、別葉に記載すること。

2. 施設概要

(1)施設の名称、所在地及び電話番号その他の連絡先		
①施設の名称	(ふりがな)あいはーとりにきゆうまえ あいハート離宮前	
②施設の所在地	〒654-0065 神戸市須磨区離宮前町2丁目5番38号	
③施設の連絡先	電話番号	078-731-2130
	FAX番号	078-731-2101
	ホームページ	なし
	アドレス	あり : http://ai-heart-rikyumae.jp
(2)施設の開設年月日		平成25年5月1日
(3)施設の管理者の氏名 及び職名	氏名	古崎 徹
	職名	施設長
(4)施設までの主な利用交通手段		山陽電鉄 月見山駅より徒歩約5分
(5)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 利用料の支払い方式:一時金方式 入居時の要件:要支援・要介護 介護保険:神戸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 一般型特定施設である有料老人ホームの介護に関わる職員体制 2.5:1	
(6)介護保険事業所番号	2870702517	
(7)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、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)		
①事業の開始年月日	平成25年5月1日	
②指定の年月日	平成25年5月1日	
③指定の更新年月日	令和元年5月1日	

3. 従業者に関する事項

(1)職種別の従業者の人数及びその勤務形態						
①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
生活相談員		1			1	1
看護職員		2		1	3	2.4
介護職員	16		6		22	19.4
機能訓練指導員	1	2		1	4	3.4
計画作成担当者		1			1	1
管理栄養士	1				1	1
調理員	1		7		8	4
事務員	1			1	2	1.5
その他従業者			12		12	5.2
②1週間のうち、常勤の従業者が勤務すべき時間数						40時間
※ 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。						
③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			
	専従	非専従	専従	非専従		
社会福祉士	1					
介護福祉士	15			4		
実務者研修修了者						
初任者研修修了者						
訪問介護員1級						
2級				2		
介護支援専門員	3					
④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			
	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	1	2		1		
柔道整復士						
あん摩マッサージ指圧師						
⑤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 (21時～7時)		最少時人数 (休憩者等を除く)			
看護職員	0		0			
介護職員	2		1			

⑥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	1
看護職員		2		1	3	2.4
介護職員	16		6		22	19.4
機能訓練指導員	1	2		1	4	3.4
計画作成担当者		1			1	1
その他従業者	2		7		9	5
⑦1週間のうち、常勤の従業者が勤務すべき時間数						40時間
※ 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。						
⑧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			
	専従	非専従	専従	非専従		
社会福祉士	1					
介護福祉士	15			4		
実務者研修修了者						
初任者研修修了者						
訪問介護員1級						
2級				2		
介護支援専門員	3					
⑨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			
	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	1	2			1	
柔道整復士						
あん摩マッサージ指圧師						
⑩管理者の他の職務との兼務の有無 : 無						
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 社会福祉主事、介護支援専門員	
⑪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						2.5:1以上

(2)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	1		2	2		
前年度1年間の退職者数			2	3		
業務に従事した経験年数						
1年未満の者の人数						
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			2			
5年以上10年未満の者の人数	1		3	3		
10年以上の者の人数	2	1	11	2	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	常勤	非常勤
前年度1年間の採用者数						
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				1		
5年以上10年未満の者の人数	1	1				
10年以上の者の人数						

(3)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

(1)施設の運営に関する方針			
家庭的で地域に開かれた施設にするとともに、入居者の人権、プライバシー、主体性を大切に、当たり前の生活が営める環境づくりにつとめます。			
(2)介護サービスの内容、介護報酬の加算、利用定員等			
① 個別機能訓練加算の有無	なし	<input checked="" type="checkbox"/>	あり
② 夜間看護体制加算の有無	なし	<input checked="" type="checkbox"/>	あり
③ 医療機関連携加算の有無	なし	<input checked="" type="checkbox"/>	あり
④ サービス提供体制強化加算の有無	なし	<input checked="" type="checkbox"/>	あり
⑤ 退院・退所時連携加算の有無	なし	<input checked="" type="checkbox"/>	あり
⑥ 口腔衛生管理体制加算の有無	なし	<input checked="" type="checkbox"/>	あり
⑦ 栄養スクリーニング加算の有無	なし	<input checked="" type="checkbox"/>	あり
⑧ 看取り介護加算の有無	なし	<input checked="" type="checkbox"/>	あり
⑨ 介護職員処遇改善加算の有無	なし	<input checked="" type="checkbox"/>	あり
⑩ 介護職員特定処遇改善加算の有無	なし	<input checked="" type="checkbox"/>	あり
⑪ 介護職員等ベースアップ等支援加算	なし	<input checked="" type="checkbox"/>	あり
⑫ 科学的介護推進体制加算の有無	なし	<input checked="" type="checkbox"/>	あり
⑬ ADL維持等加算(Ⅰ)もしくは(Ⅱ)の有無	なし	<input checked="" type="checkbox"/>	あり
⑭ 認知症専門ケア加算(Ⅰ)の有無	なし	<input checked="" type="checkbox"/>	あり
⑮ 人員配置が手厚い介護サービスの実施の有無	なし	<input checked="" type="checkbox"/>	あり
⑯ 利用者の個別的な選択による介護サービスの実施状況	なし	<input checked="" type="checkbox"/>	あり
⑰ 協力医療機関の名称	①野村海浜病院(神戸市須磨区須磨浦通2-1-41) ホームから約1.1km ②吉川クリニック(神戸市須磨区行平町2-1-2) ホームから約1.7km ③和高医院(神戸市須磨区須磨寺町1-13-1) ホームから約900m		
(協力の内容)			
① 協力医療機関 ・診療科目：内科、外科、整形外科、泌尿器科、等 ・協力科目・内容：健康診断、健康指導、緊急時の受け入れ、入院治療、他の医療機関に入院する場合の紹介 ② 嘱託医 ・診療科目：外科、胃腸科、内科 ・協力科目・内容：定期往診(週1回)、協力医療機関との連携、ケアに対する助言 ③ 嘱託医 ・診療科目：内科、循環器科、呼吸器科 ・協力科目・内容：定期往診(週1回)、協力医療機関との連携、ケアに対する助言			
⑱ 協力歯科医療機関	なし	<input checked="" type="checkbox"/>	あり
(協力の内容)			
訪問歯科診療			
⑲ 要介護時における居室の住み替えに関する事項			
(ア)要介護時に介護を行う場所			
介護居室			

(イ)入居後に居室を住み替える場合		
(i)一時介護室へ移る場合	なし	あり
判断基準・手続について		
(その内容)		
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
台所の有無	なし	あり
その他の変更の有無	なし	あり
(その内容)		
(ii)介護居室へ移る場合	なし	あり
判断基準・手続について		
(その内容)		
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
台所の有無	なし	あり
その他の変更の有無	なし	あり
(その内容)		

(iii)その他		なし	あり
判断基準・手続について	(その内容)		
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
台所の有無		なし	あり
その他の変更の有無		なし	あり
	(その内容)		
⑳ 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	<ul style="list-style-type: none"> ・満65歳以上の方 ・常時医療機関で治療をする必要のない方 ・伝染性疾患のない方 ・自傷や他害の恐れのない方 ・介護居室は要支援・要介護認定を受けている方 以上のすべてに該当する方		
㉑ 契約の解除の内容	【入居契約者による解約】 30日前までに、契約解約届を提出することにより、契約を解約することができます。 【事業者による解除】 以下の場合、90日以上予告期間をおいて、契約を解除することがあります。 <ol style="list-style-type: none"> ① 提出書類等に虚偽の内容を記載したり、その他不正な方法により入居したとき。 ② 事業者を支払うべき費用の支払いをしばしば遅延したとき。 ③ 入居者の行動が他の入居者又は従業員の生命に危険を及ぼし、又は、その危害の切迫した恐れがあり、かつ有料老人ホームにおける通常の介護方法及び接遇方法ではこれを防止することができないとき等(その他は入居契約書参照)。 		
㉒ 体験入居の内容	費用 1泊2日 5,500円(税込) 費用には、食費が含まれています。 6泊7日を限度とさせていただきます。		
㉓ 入居定員	45名(介護居室40名 一般居室5名)		
㉔ その他			

(3)入居者の状況						
①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
65歳未満						
65歳以上75歳未満						
75歳以上85歳未満			2	1	1	4
85歳以上	10	5	4	7	8	34
	自立	要支援1	要支援2	経過的要介護		合計
65歳未満						
65歳以上75歳未満						
75歳以上85歳未満		1				1
85歳以上		3	3			6
②入居者の平均年齢	91.4歳					
④ 入居者の男女別人数	男性	10		女性	35	
⑤ 入居率(一時的に不在となっている者を含む。)						100%
⑤前年度に退居した者の人数						
	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						
社会福祉施設						
医療機関	1					1
死亡者		1	1		2	4
その他					1	1
	自立	要支援1	要支援2	経過的要介護		合計
自宅等						
社会福祉施設						
医療機関						
死亡者		1				1
その他						
⑥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	3	4	20	13	5	該当なし

(4)施設、設備等の状況						
①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	
②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	5室		20.10㎡
	一般居室相部屋	あり	なし			㎡
						㎡
	介護居室個室	あり	なし	40室		18.00㎡
	介護居室相部屋	あり	なし			㎡
	一時介護室	あり	なし			㎡
					㎡	
					㎡	
③共用便所の設置数	9	うち男女別の対応が可能な数			2	
		うち車椅子等の対応が可能な数			7	
⑥ 個室の便所の設置数	40	個室における便所の設置割合			100%	
		うち車椅子等の対応が可能な数			45	
⑤浴室の設備状況	浴室の数	個浴	大浴槽	特殊浴槽	リフト浴	
		4		1	1	
その他、浴室の設備に関する事項						
⑥食堂の設備状況	各ユニットにダイニングを設置。					
入居者等が調理を行う設備状況			なし	あり		
⑦その他、共用施設の設備状況						
なし	あり	(その内容) ラウンジ、テラス、地域交流スペース、ボランティア室、医務室、応接室、洗濯室、乾燥室、理容・美容室、外来者宿泊室、				
⑧バリアフリーの対応状況						
(その内容) 全居室内のトイレ、廊下、共用施設に手すり設置。車いすで移動可能。						
⑨緊急通報装置の設置状況	なし	一部あり	各居室内にあり			
⑩外線電話回線の設置状況	なし	一部あり	各居室内にあり			
⑪テレビ回線の設置状況	なし	一部あり	各居室内にあり			
⑫施設の敷地に関する事項						
敷地の面積			1532.47㎡			
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		
⑬施設の建物に関する事項						
建物の構造			鉄筋コンクリート造・6階建			
建物の延床面積			2614.92㎡			
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	終		
契約の自動更新			なし	あり		

(5)利用者からの苦情に対応する窓口等の状況			
① 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	あいハート離宮前		
電話番号	078-731-2130		
対応している時間	平日	9:00～17:30	
	土曜	-	
	日曜・祝日	-	
定休日等	土日・祝祭日・年末年始(12月29日から1月3日)		
② 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 神戸市消費生活センター ② 兵庫県国民健康保険団体連合会 ③ 公益社団法人全国有料老人ホーム協会 ④ 神戸市保健福祉局介護指導課		
電話番号	① 078-371-1221 ② 078-332-5617 ③ 03-3548-1077 ④ 078-322-6326		
対応している時間等	平日	① 8:45～17:30 ② 8:45～17:15 ③ 毎週 月・水・金曜日の 10:00～17:00(年末年始除く) ④ 8:45～12:00 13:00～17:30	
	土曜	-	
	日曜・祝日	-	
定休日等	土日・祝祭日・年末年始等		
(6)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			
①損害賠償責任保険の加入状況			
なし	<input checked="" type="checkbox"/>	(その内容) 総合賠償責任保険	
②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			
<input checked="" type="checkbox"/>	あり	(その内容)	
(7)サービスの提供内容に関する特色等			
(その内容) 自立ケアや生活リハビリを基本とした介護サービスにより、ご入居様の能力に応じて可能な限り自立した日常生活を営むことができるように支援をします。 ご入居者様やご家族の意向に基づき、ターミナルケアの対応も行います。			
(8)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			
①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	<input checked="" type="checkbox"/>	実施した年月日	平成29年4月30日他
		当該結果の開示状況	<input checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり
②第三者による評価の実施状況			
<input checked="" type="checkbox"/>	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	<input checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 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 (入居時年齢)	一時金	月額	(内訳)					
		計	家賃 相当額	管理費	厨房 維持費	食材料費	リネン レンタル費	光熱 費
年齢別プラン (90歳以上)	480万円	167,730円	60,000円	40,000円	35,000円	29,730円	3,000円	実費
年齢別プラン (85～89歳)	600万円	167,730円	60,000円	40,000円	35,000円	29,730円	3,000円	実費
年齢別プラン (80～84歳)	720万円	167,730円	60,000円	40,000円	35,000円	29,730円	3,000円	実費
年齢別プラン (75～79歳)	840万円	167,730円	60,000円	40,000円	35,000円	29,730円	3,000円	実費
年齢別プラン (75歳未満)	1,080万円	167,730円	60,000円	40,000円	35,000円	29,730円	3,000円	実費
入居一時金 0円プラン	0円	267,730円	160,000円	40,000円	35,000円	29,730円	3,000円	実費
※介護保険サービスの自己負担額は含まない。 (注) 食材料費の計算に際して、消費税軽減税率の適用を受けるのは朝食、昼食、夕食であり、昼間食は軽減税率の対象外といたします。								
算定根拠	家賃相当額	入居一時金の一部を月額で受領するもので、算定根拠は入居一時金に準ずる。						
	厨房維持費	厨房職員の人件費と厨房機器の維持管理費						
	食材料費	食材料費に基づく費用						
	光熱水費	実費負担						
	管理費	居室・共用施設の維持管理費・水道光熱費、事務管理部門の人件費・事務費 ※実費で提供するサービスは、介護サービス等の一覧表参照。						
	一時金	・土地購入費用、建設費、借入利息等を基礎とし、平均余命等を勘案した想定居住期間の家賃相当額、及び想定居住期間を超えて入居契約が継続する場合に備えて受領する費用。 ・入居一時金は目的施設（居室及び共用施設）を終身にわたって利用するための家賃相当額に充当します。 ・入居一時金は老人福祉法第29条第6項において受領が禁止されている権利金又は対価性のない金品の受領に該当しません。						
一時金の償却に関する事項								
償却開始日の設定	入居日			入居日の翌日				
初期償却率 (%)	20%							
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	入居一時金ごとに異なる							
権利金等 (※) の額	0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)	年齢別プラン (90歳以上) : 48月 年齢別プラン (85～89歳) : 60月							

		年齢別プラン（80～84歳）：72月 年齢別プラン（75～79歳）：84月 年齢別プラン（75歳未満）：108月
<p>契約終了時返還金の算定方法及び返還金の例</p> <ul style="list-style-type: none"> ・想定居住期間を超えて入居契約が継続する場合に備えて受領する家賃相当額として合理的に算出された額を入居一時金の非返還対象分（入居一時金に占める割合は20%）とします。この額は、入居契約書第44条に定める入居後90日以内の短期解約特例による場合を除き、入居者に返還されません。 ・想定居住期間内に契約終了した場合、以下の算定式に基づく額を返還します。 返還金＝入居一時金×想定居住期間償却率（80%）÷（入居日の翌日から償却期間満了日までの実日数）×（契約終了日から償却期間満了日までの実日数） ※その他、月払い利用料については日割精算を行う。） 		
<p>保全措置の実施状況</p>	なし	<p><input checked="" type="checkbox"/>あり</p> <p>（保全先） 全国有料老人ホーム協会（入居者生活保証制度）</p>
<p>三月以内の契約終了による返還金について</p>		
<p>三月の起算日</p>	<p>入居日</p>	<p><input checked="" type="checkbox"/>その他（入居日の翌日）</p>
<p>契約終了日までの利用期間に係る利用料及び原状回復のための費用の算定方法</p> <p>入居日の翌日から三月以内の契約解除の場合又は死亡による契約終了の場合は、受領済の一時金を全額返金する。ただし、利用期間に係る利用料を下記算定方法に基づき受領します。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・算定方法 一時金×想定居住期間償却率（80%）÷想定居住期間の月数÷30×（入居日から終了日までの実日数） ・「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費用」は、全額返金します。 ※月払い利用料については、日割精算を行う。 ※必要な原状回復費用があれば受領します。 		
<p>一時金の支払方法</p>		
<p>月払い方式</p>		
<p>月単位で支払う利用料</p>		
<p>年齢に応じた金額設定</p>		
<p>要介護状態に応じた金額設定</p>		
<p>料金プラン</p>		
<p>プラン名称</p>	<p>月額</p>	<p>（内訳）</p>
	計	家賃相当額 介護費用 食費 高熱水費 管理費
<p>※介護保険サービスの自己負担額は含まない。</p>		
<p>算定根拠</p>	<p>家賃相当額</p>	
	<p>介護費用</p>	<p>※介護保険サービスの自己負担額は含まない。</p>
	<p>食費</p>	
	<p>光熱水費</p>	

	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	※要介護度と介護保険利用者負担割合に応じて介護費用の1～3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）	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり
算定根拠	人件費等を勘案したサービスごとの価格設定（介護サービス等の一覧表を参照）	
その他のサービス利用料		
電話代：自己負担 インターネットプロバイダ契約料：自己負担 日本放送協会（NHK）放送受信料：自己負担 （NHK受信料窓口： https://www.nhk-cs.jp/jushinryo/ ）		
料金改定の手続		
ホームが所在する自治体の消費者物価指数や職員の人件費等を勘案し、運営懇談会の意見を聴いて、家賃相当額以外の月額利用料を改定することがある。		

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	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし
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 type="checkbox"/> あり	（その内容）	

添付書類：「介護サービス等の一覧表」

ご署名 _____ 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。