

重要事項説明書

		記入年月日	平成 27 年 7 月 1 日
記入者名	網野 孝司	所属・職名	戸田ケアコミュニティそよ風・支配人

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) かぶしきがいしやゆにまっとそよかぜ 株式会社ユニマツトそよ風	
事業主体の主たる 事務所の所在地	〒107-0062	東京都港区南青山二丁目 12 番 14 号 ユニマツト青山ビル	
	事業主体の連絡先	電話番号	03-5413-8228
		F A X 番号	03-5413-8227
		ホームペー ジ	なし
		アドレス	あり : http://www.unimat-soyokaze.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	平家 伸吾	
事業主体の設立年月日	1975 年 6 月 2 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	三橋ケアセンターそよ風	さいたま市大宮区三橋 1-871
訪問入浴介護	あり	なし		
訪問看護	あり	なし	さいたまステーションそよ風	さいたま市中央区桜丘 1-11-11
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	デイビスタリはせんそよ風	さいたま市見沼区蓮沼 1500-1
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	大宮東ケアセンターそよ風	さいたま市見沼区大字南中野 1135-7
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	戸田ケアコミュニティそよ風	戸田市氷川町 2-16-23
福祉用具貸与	あり	なし	そよ風福祉センターさいたま	さいたま市中央区桜丘 1-11-11
特定福祉用具販売	あり	なし	そよ風福祉センターさいたま	さいたま市中央区桜丘 1-11-11
<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	こうのすけセンターそよ風	鴻巣市天神 4-32-1
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	岩槻ケアセンターそよ風	さいたま市岩槻区飯塚 1280-3
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		三橋ケアセンターそよ風
<居宅介護予防サービス>				
介護予防訪問介護	あり	なし	三橋ケアセンターそよ風	さいたま市大宮区三橋 1-871
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	さいたまステーションそよ風	さいたま市中央区桜丘 1-11-11
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	デイビスタリはせんそよ風	さいたま市見沼区蓮沼 1500-1
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	大宮東ケアセンターそよ風	さいたま市見沼区大字南中野 1135-7
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	戸田ケアコミュニティそよ風	戸田市氷川町 2-16-23
介護予防福祉用具貸与	あり	なし	そよ風福祉センターさいたま	さいたま市中央区桜丘 1-11-11
特定介護予防福祉用具販売	あり	なし	そよ風福祉センターさいたま	さいたま市中央区桜丘 1-11-11
<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	こうのすけセンターそよ風	鴻巣市天神 4-32-1
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	岩槻ケアセンターそよ風	さいたま市岩槻区飯塚 1280-3
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) とだけあこみゆにていそよかぜ 戸田ケアコミュニティそよ風	
施設の所在地	〒335-0027	埼玉県戸田市氷川町2丁目16-23
施設の連絡先	電話番号	048-447-9530
	FAX番号	048-447-9533
	ホームページ	なし
	アドレス	あり: http://
施設の開設年月日		2008年4月1日
施設の管理者の職名及び氏名	職名	管理者
	氏名	村岡 良信
施設までの主な利用交通手段		
JR 埼京線「戸田駅」より約1600m (徒歩20分) 新曽口バス停前		
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: 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: 埼玉県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 (夫婦等居室含む) ○介護にかかわる職員体制: 3:1以上	
介護保険事業所番号	指定特定施設・指定介護予防特定施設 埼玉県指定第1171900853号	
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	2008年4月1日	
指定の年月日	2008年4月1日	
指定の更新年月日		

3. 従業者に関する事項

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	1.0
看護職員	2		2		4	3.7
介護職員	12	3	11		26	21.3
機能訓練指導員	1				1	1.0
計画作成担当者		2			2	1.0
栄養士	3				3	3.0
調理員	1		6		7	4.6
事務員	3				3	3.0
その他従業者			6		6	3.7

1 週間のうち、常勤の従業者が勤務すべき時間数

※ 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	
	専従	非専従	専従	非専従
社会福祉士	1	1	1	
介護福祉士	4	3	4	
介護職員基礎研修				
訪問介護員1級				
訪問介護員2級	12	3	14	
訪問介護員3級				
介護支援専門員		3		1

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	1			
作業療法士				
言語聴覚士				
看護師及び准看護師				
柔道整復士				
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 (22 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	3	3

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	1.0
看護職員	2		2		4	3.7
介護職員	12	2	11		26	21.3
機能訓練指導員	1				1	1.0
計画作成担当者		2			2	1.0
その他従業者			6		6	3.7
1週間のうち、常勤の従業者が勤務すべき時間数						40.0
※ 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			
	専従	非専従	専従	非専従		
社会福祉士		1	1			
介護福祉士	4	3	4			
介護職員基礎研修						
訪問介護員1級						
訪問介護員2級	12	3	14			
訪問介護員3級						
介護支援専門員		3			1	
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	1					
作業療法士						
言語聴覚士						
看護師及び准看護師						
柔道整復士						
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 介護福祉士			
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					1.9 : 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	0	0	5	8		1	
前年度1年間の退職者数	0	1	2	2			
業務に従事した経験年数							
1年未満の者の人数	1	0	5	6	0	1	
1年以上3年未満の者の人数	1	2	3	4	0	0	
3年以上5年未満の者の人数	0	0	1	0	0	0	
5年以上10年未満の者の人数	0	0	3	1	0	0	
10年以上の者の人数	0	0	0	0	0	0	
	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	0	1		0		
前年度1年間の退職者数	0	0	1		0		
業務に従事した経験年数							
1年未満の者の人数	1	0	1		0		
1年以上3年未満の者の人数	0	0	1		0		
3年以上5年未満の者の人数	0	0	0		0		
5年以上10年未満の者の人数	0	0	0		0		
10年以上の者の人数	0	0	0		0		
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

1. 事業所の介護職員等は、要介護者等の心身の特性を踏まえて、その有する能力に応じた自立した 日常生活が営む事ができる様、日常生活のお世話および機能訓練を行う事により、利用者の社会的 孤独感の解消および心身機能の保持に努めるものとする
2. 事業の実施にあたっては、関係市町村、地域の保険・医療・福祉サービスの綿密な連携を図り、総合的なサービスの実施に努めます
3. 個人情報に関する法令を遵守する

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	<input type="checkbox"/> なし	あり
夜間看護体制加算（介護報酬の加算）の有無	<input type="checkbox"/> なし	あり
人員配置が手厚い介護サービスの実施の有無	<input type="checkbox"/> 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	①中島病院 ②戸田中央総合病院		
(協力の内容)	① 診察及び治療・健康診断、緊急時の対応、入院療養後の通院 （年2回の健康診断以外の医療費その他の費用は入居者の自己負担） ② 緊急時の対応 入院療養後の通院 （費用は入居者の自己負担）		

協力歯科医療機関	なし	<input checked="" type="checkbox"/> あり	その名称 コンパスデンタルクリニック
(協力の内容)	訪問診療、治療(医療費その他の費用は入居者の自己負担)		

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
入居者の専用居室

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)

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) 二人で使用されていて、一人になられた場合、ご本人様の希望にて移る時、新たに居室の利用権を設定します。新たな追加費用はありません。

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)

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
台所の変更の有無	なし	あり
その他の変更の有無 (その内容)	なし	あり
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	① 入居者が逝去した場合 (2名の場合はどちらとも逝去した場合) ② 入居者から 30 日間の予告期間を置いて契約解除が行われた場合 ③ 事業者から 30 日間の予告期間を置いて文書にて通知し、契約解除が行われた場合 ・入居申込書に虚偽の事項を掲載する等の不正手段により入居したとき ・月払いの利用料その他の支払いを正当な理由なく、しばしば遅延するとき ・入居者の行動が、他の入居者又は従業員に生命に危害を及ぼし、又はその危害の切迫した恐れがあり、かつ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	
体験入居の内容	1泊2日食事つき (1名につき) 8,640円 (食事代込み 消費税込) 体験入居期間 1泊2日～最長7泊8日まで 詳細は体験入居同意書をご覧ください	
入居定員		
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
65歳未満	0	0	0	0	0	0
65歳以上75歳未満	0	1	0	0	0	1
75歳以上85歳未満	7	2	2	1	0	12
85歳以上	5	6	2	5	2	20
	自立	要支援 1	要支援 2			合計
65歳未満	0	0	0			0
65歳以上75歳未満	0	0	0			0
75歳以上85歳未満	0	2	0			2
85歳以上	1	5	5			11
入居者の平均年齢	86.6					
入居者の男女別人数	男性	87.6		女性	86.6	
入居率（一時的に不在となっている者を含む）						

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
医療機関		2				2
死亡者					1	1
その他						
	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						
死亡者			1			
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		5	24	17		

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	60		21.40~23.62 m ²	
	介護居室相部屋 (2人用個室)	あり	なし	11	22	43.87~45.56 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	9か所	うち男女別の対応が可能な数			2か所	
うち車いす等の対応が可能な数			7か所				
個室の便所の設置数	71か所	個室における便所の設置割合			100%		
		うち車いす等の対応が可能な数			71か所		
浴室の設備状況	浴室の数 14か所	個浴	大浴槽	特殊浴槽	リフト浴		
		11	2	1			
その他、浴室の設備に関する事項 手摺り・シャワーチェア 個浴内訳：二人居室（全室浴室付）11戸＋個浴2							
食堂の設備状況	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) 相談室、健康管理室、休憩コーナー、トランクルーム、屋上庭園、和室コーナー、食堂、機能訓練スペース、洗濯室					
バリアフリーの対応状況							
(その内容) 居室全室、廊下、共用施設に手摺設置。車椅子での移動可能。 全館バリアフリー							
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	3412.47 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	2008.4.1	終	2033.3.31
			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	鉄筋コンクリート造り 5階建て						
建物の延床面積	5667.23 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	2008.4.1	終	2033.3.31
			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	戸田ケアコミュニティそよ風苦情窓口（苦情処理担当者を定め体制を整備。入居者からの苦情内容には守秘義務を課し、速やかに対応。苦情申出による差別的な待遇は一切行わない）		
電話番号	048-447-9530		
対応している時間	平日	8:30~17:30	
	土曜	8:30~17:30	
	日曜・祝日	8:30~17:30	
定休日等	なし		
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 戸田市役所 介護保険課 ② 埼玉県国民健康保険団体連合会 ③ (公) 全国有料老人ホーム協会		
電話番号	① 048-441-1800 ② 048-824-2568 ③ 03-3272-3781		
対応している時間	平日	①8:30~17:15②8:30~17:00③10:00~17:00	
	土曜	休み	
	日曜・祝日	休み	
定休日等	土日・祝日・年末年始		
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	<input checked="" type="checkbox"/>	(その内容) 保険会社名：三井住友海上火災保険株式会社 保険名：福祉事業者総合賠償責任保険 保障の概要：対人・対物、人格権侵害、管理財物、管理現金盗難の補償	
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)	
サービスの提供内容に関する特色等			
(その内容) 行事食、昼食セレクトメニュー、薬膳料理等			
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	<input checked="" type="checkbox"/>	実施した年月日	平成24年4月24日(入居者アンケート調査)
		当該結果の開示状況	なし <input checked="" type="checkbox"/>
第三者による評価の実施状況			
なし	<input checked="" type="checkbox"/>	実施した年月日	平成24年1月17日
		実施した評価機関の名称	株式会社ぎょうせい研究所
		当該結果の開示状況	なし <input checked="" type="checkbox"/>

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	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 (税込)							
プラン名称	一時金	月額計	(内訳) (
			家賃相当額	介護費用	食費	光熱水費	管理費
基本プラン Aタイプ	576 万円	198,720 円	0 円	—	58,320 円	(実費)	140,400 円
基本プラン Bタイプ	600 万円	198,720 円	0 円	—	58,320 円	(実費)	140,400 円
基本プラン Cタイプ	630 万円	198,720 円	0 円	—	58,320 円	(実費)	140,400 円
基本プラン Dタイプ	1,400 万円	332,640 円	0 円	—	116,640 円	(実費)	216,000 円
入居金軽減プラン Aタイプ	288 万円	232,320 円	33,600 円	—	58,320 円	(実費)	140,400 円
入居金軽減プラン Bタイプ	300 万円	233,720 円	35,000 円	—	58,320 円	(実費)	140,400 円
入居金軽減プラン Cタイプ	315 万円	235,470 円	36,750 円	—	58,320 円	(実費)	140,400 円
入居金軽減プラン Dタイプ	700 万円	414,307 円	81,667 円	—	116,640 円	(実費)	216,000 円
※介護保険サービスの自己負担額は含まない。 ※Dタイプの食費、管理費は2名入居の金額							
算定根拠	家賃相当額	居室および共用施設等の家賃相当額の一部です。一時金方式の場合は、その一部を一時金として受領しています。					
	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	朝食 432 円、昼食 648 円、夕食 756 円、おやつ 108 円 (税込)					
	光熱水費	個室は実費精算。2人部屋は別途精算 (東電、東京ガス)。					
	管理費	事務・管理部門の人件費、共用部分・厨房設備の維持管理費、居室の水道料金、備品、消耗品費					
一時金	一時金 = (一時金に含まれる1ヶ月分の家賃相当額) × (想定居住期間※1) + (想定居住期間を超えて契約が継続する場合に備えて当社が受領する額※2) ※1 当社既存ホームのお客様情報と有料老人ホーム協会入居者基金の統計データを元に算定し、60ヶ月と設定しております。 ※2 想定居住期間を超えて入居が継続している場合に必要の家賃相当額として算定し、一時金の30%としております。						

		6,000,000円 = (一時金に含まれる家賃相当額 4,200,000円) + 初期償却 1,800,000円				
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 (%) 30%						
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	一時金の30% (基本プランBタイプの場合 1,800,000円)					
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)	60か月					
<p>契約終了時返還金の算定方法</p> <p>償却年月数内に利用契約が終了した場合の返還金 = 一時金 - (月次償却額 × 利用期間) - (想定居住期間を超えて契約が継続する場合に備えて当社が受領する額)</p> <p>※月次償却額: 「一時金 × 70% ÷ 償却年月数」 で算定する1ヶ月あたりの償却額です。</p> <p>※月途中で利用契約が開始又は終了した月においては、30で除した日割り計算にて算出します。</p> <p>※一時金の30%は、入居日から、3ヶ月を経過すると返還されません。</p> <p>※償却年月数を経過すると、返還金がなくなります。</p> <p>※居室の原状回復のための実費を差し引かれることがあります。</p> <p>※償却期間最終月の償却金額: 月次償却額に1円未満の端数が発生する場合は償却期間の最終月に端数金額の合計を月次償却額に上乗せした額を償却するものとします。</p>						
保全措置の実施状況	なし	あり	<p>(保全先) (公社) 全国有料老人ホーム協会の入居者生活保障制度に加入。</p> <p>当社が個別入居者について拠出金を支払うことにより、万一倒産に至り、入居者すべてが退去せざるを得なくなり、かつ入居者から入居契約が解除された場合に、償却期間終了後においても保証金として500万円が入居者に支払われる。(500万円は前払いに対する保証額)</p>			
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						
3ヶ月以内に契約が終了した場合は、入居契約に基づき、受領済みの一時金の全額を返還します。ただし、この場合において、契約期間に係る家賃相当額(一時金に含まれる家賃相当額)を月額の家賃相当額とは別に受領し、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費用については別途精算させていただきます。						
一時金の支払方法						
入居一時金は入居時一括払い						
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		なし				
要介護状態に応じた金額設定		なし				
料金プラン(税込)						
プラン名称	月額	(内訳)				
	計	家賃相当額	介護費用	食費	光熱水費	管理費
Aタイプ	293,351円	94,631円	—	58,320円	(実費)	140,400円
Bタイプ	296,276円	97,556円	—	58,320円	(実費)	140,400円
Cタイプ	299,931円	101,211円	—	58,320円	(実費)	140,400円

	Dタイプ	527,677円	195,037円	—	116,640円	(実費)	216,000円
	※介護保険サービスの自己負担額は含まない。 ※Dタイプの食費、管理費は2名入居の金額						
算定根拠	家賃相当額	居室および共用施設等の家賃相当額です。					
	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	朝食 432円、昼食 648円、夕食 756円、おやつ 108円 (税込)					
	光熱水費	個室は実費精算。2人部屋は別途精算(東電、東京ガス)。					
	管理費	事務・管理部門の人件費、共用部分・厨房設備の維持管理費、居室の水道料金、備品、消耗品費					
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						
料金改定の手続							
<p>本施設の所在する地域の自治体が発表する消費者物価指数および人件費、また諸種の経済状況の変化、介護保険制度の改正等を勘案し、事業の安定的継続の視点から、運営懇談会の意見を聞いて、月額施設利用料、有料サービスの単価、介護費用を改定することができます。</p> <p>また厚生労働省の定める介護保険法上の特定施設入居者生活介護及び介護予防特定施設入居者生活介護の介護報酬単価および所在地域の地域単価等、介護保険給付の基準が変更される場合には、それに応じて介護保険給付費を変更します。</p>							

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 checked="" type="checkbox"/> 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		
<input checked="" type="checkbox"/> あり	(その内容) 想定居住期間(60ヶ月)を超えて契約が継続する場合に備えて受領する額(入居一時金の30%) については、入居日を起算として3ヶ月を経過すると返還されません。	

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。