

重 要 事 項 説 明 書

特定施設入居者生活介護
特定施設入居者生活介護（短期利用）
介護予防特定施設入居者生活介護

アイビーメディカル株式会社
介護付有料老人ホーム 長田すみれビレッジ

有料老人ホーム重要事項説明書

記入者名	鶴田 雄二	記入年月日	令和 8 年 7 月 1 日
		所属・氏名	長田すみれビレッジ 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	あり	営利法人
	名称	(ふりがな)あいびーめでいかるかぶしがい しゃ アイビーメディカル株式会社		
②事業主体の主たる事務所の所在地	〒653-0014			
	兵庫県神戸市長田区御蔵通5丁目205-3			
③事業主体の連絡先	電話番号	078-793-8290		
	FAX番号	078-792-9802		
	ホームページアドレス	なし		
		あり :		
(2) 事業主体の代表者の氏名及び職名	氏名	前田 泰宏		
	職名	代表取締役		
(3) 事業主体の設立年月日	平成15年1月29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	なし	名塩すみれハイム	西宮市名塩さくら台2丁目12番1
訪問入浴介護	あり	なし		
訪問看護	あり	なし	名塩すみれハイム	西宮市名塩さくら台2丁目12番1
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	山口すみれビレッジデイサービスセンター	兵庫県西宮市山口町4-18-7
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	山口すみれビレッジ	兵庫県西宮市山口町4-18-7
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	長田すみれビレッジ 山口すみれビレッジ 塩屋すみれビレッジ	兵庫県神戸市長田区房王寺町2-3-25 兵庫県西宮市山口町4-18-7 兵庫県神戸市垂水区塩屋町3-12-48
福祉用具貸与	あり	なし	アイビーメディカル株式会社	兵庫県神戸市長田区御蔵通5丁目205-3
特定福祉用具販売	あり	なし	アイビーメディカル株式会社	兵庫県神戸市長田区御蔵通5丁目205-3
<地域密着型サービス>				
定期巡回・随時対応型訪問介護看護	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	名塩すみれホーム	兵庫県神戸市垂水区名塩高曽298-1
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	伊川谷すみれハウス	兵庫県神戸市西区白水1-2-25
居宅介護支援	あり	なし	山口すみれビレッジ	兵庫県西宮市山口町4-18-7
<居宅介護予防サービス>				
介護予防訪問介護	あり	なし	名塩すみれハイム	西宮市名塩さくら台2丁目12番1

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	名塩すみれハイム	西宮市名塩さくら台2丁目12番1
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	山口すみれビレッジデイサービスセンター	兵庫県西宮市山口町4-18-7
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	山口すみれビレッジ	兵庫県西宮市山口町4-18-7
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	長田すみれビレッジ 山口すみれビレッジ 塩屋すみれビレッジ	兵庫県神戸市長田区房王寺町2-3-25 兵庫県西宮市山口町4-18-7 兵庫県神戸市垂水区塩屋町3-12-48
介護予防福祉用具貸与	あり	なし	アイビーメディカル株式会社	兵庫県神戸市長田区御蔵通5丁目205-3
特定介護予防福祉用具販売	あり	なし	アイビーメディカル株式会社	兵庫県神戸市長田区御蔵通5丁目205-3
<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	名谷すみれホーム	兵庫県神戸市垂水区名谷字高曾2298-1
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		

※ 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)ながたすみれびれっじ 長田すみれビレッジ	
② 施設の所在地	〒653-0801 兵庫県神戸市長田区房王寺町2丁目3-25	
③施設の連絡先	電話番号	078-612-3227
	FAX番号	078-612-3228
	ホームページ	なし
	メールアドレス	あり http://www.nagatasumire.jp/
(2) 施設の開設年月日		平成18年1月15日
(3) 施設の管理者の氏名 及び職名	氏名	鶴田 雄二
	職名	施設長
(4) 施設までの主な利用交通手段		
神戸電鉄線 長田駅から徒歩10分 神戸市営地下鉄線 上沢駅から徒歩15分		
(5) 施設の類型及び表示事項	介護付有料老人ホーム 居住の権利形態 ： 賃貸方式 入居時の要件 ： 入居時要支援・要介護 (短期利用は要介護のみ) 介護保険 ： 特定施設入居者生活介護 特定施設入居者生活介護 (短期利用) 事業 介護予防特定施設入居者生活介護 介護居室区分 ： 個室 夫婦室 (2人部屋) (短期利用は個室のみ) 介護に係わる職員体制 ： 3 : 1以上	

(6) 介護保険事業所番号	2870601453
(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（予定）年月日	平成18年1月15日
② 指定の年月日	平成18年1月15日
③ 指定の更新年月日	令和6年1月15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人				1人	1人
生活相談員	1人				1人	1人
看護職員		2人		3人	6人	3.7人
介護職員	17人		14人		31人	24.7人
機能訓練指導員	1人	2人		3人	6人	4.7人
計画作成担当者	1人				1人	1人
管理栄養士	1人				1人	1人
調理員	株式会社E I Cに委託					
事務員	2人				2人	2人
その他従業者	人		6人		6人	2.8人
③ 1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。						
④ 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		
介護福祉士	6人		2人			
実務者研修	1人		1人			
介護職員基礎研修						
介護職員初任者研修	10人		9人			
介護支援専門員	1人					
社会福祉士	1人					
⑤ 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		2人			4人	
柔道整復士						
あん摩マッサージ指圧師						
⑥ 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 (時～ 時)		最小時人数 (休憩者等を除く)			
看護職員						
介護職員	4人		4人			

⑦ 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人				1人	1人
看護職員		2人		3人	6人	3.7人
介護職員	17人		14人		31人	24.3人
機能訓練指導員	1	2人		3人	6人	4.7人
計画作成担当者	1人				1人	1人
その他従業者	人		6人		6人	2.8人
⑧ 1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。						
⑨ 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		
介護福祉士	6人		2人			
実務者研修	1人		1人			
介護職員基礎研修						
介護職員初任者研修	10人		9人			
⑩ 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人		3人		
柔道整復士						
あん摩マッサージ指圧師						
⑪ 管理者の他の職務との兼務の有無						
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 介護福祉士			
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						58%
(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		3人		4人		
前年度1年間の退職者数		3人	1人	3人		
業務に従事した経験年数						
1年未満の者の人数			3人	8人		
1年以上3年未満の者の人数			2人	4人		
3年以上5年未満の者の人数			4人			
5年以上10年未満の者の人数			1人	1人		
10年以上の者の人数	2人	3人	7人	3人	1人	
	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						
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年以上3年未満の者の人数						
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	3人	3人	1人			
(3) 従業員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			
「まるで我が家のような温かさ・優しさ・安心をもたらすような環境づくりに努力します」を基本理念とし、常に入居者様の立場に立ったサービス、また、入居者様が必要とする適切なサービスが提供できるように努めます。			
(2) 介護サービスの内容、利用定員等			
① 個別機能訓練の実施（介護報酬の加算）の有無	(なし) (あり)		
② 夜間看護体制加算（介護報酬の加算）の有無	なし (あり)		
③ 人員配置が手厚い介護サービスの実施の有無	(なし) (あり)		
④ 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		
⑫ 協力医療機関の名称	医療法人社団 董会 北須磨病院・名谷病院		
(協力の内容)	外来治療・検査や入院治療		
⑥ 協力歯科医療機関	なし	(あり)	その名称 神戸ルミナスデンタルクリニック
(協力の内容)	歯科往診治療・オーラルケア等		
⑦ 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			
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			
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		
	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)				
⑧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					
⑨契約の解除の内容		入居契約者による解除 事業者の定める解約届を事業者に届け出ることにより、いつでも契約解除を申し出ることができます。 事業者による解除 以下の場合には3ヶ月間の予告期間において契約を解除することができます。 ① 入居契約に基づく金銭債務の支払いを正当な理由なく延滞し、文書で通知後も改善されない場合。 ② 入居契約の条項その他に正当な理由なく重大な違反をし、文書で通知後も改善されない場合。 ③ 提出書類に重大な不実記載があった場合、その他不正な手段により入居がなされた場合。 ④ 入居者に自傷他害の恐れがあり、他の入居者の生命または健康に重大な影響を及ぼす恐れがあり、且つ、入居者に対する通常の介護方法ではこれを防止することが出来ないと事業者が判断した場合。				
⑬ 体験入居の内容		基本利用料（食費を含む） 11,000円／日				
⑭ 入居定員		77人				
⑮ 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	1人	2人				3人
75歳以上85歳未満	7人	2人	2人	3人	1人	15人
85歳以上	10人	9人	11人	8人	3人	41人
	自立	要支援1	要支援2			合計
65歳未満						
65歳以上75歳未満						
75歳以上85歳未満			3人			3人
85歳以上		3人	6人			9人
②入居者の平均年齢		88.3歳				
④ 入居者の男女別人数		男性	23人	女性	48人	
⑤ 入居率（一時的に不在となっている者を含む。）					92.22%	
⑥ 昨年度の有料老人ホームを退居した者の人数						

	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			3人	7人	3人	13人
医療機関		2人	2人	3人	1人	8人
死亡者	2人	2人	1人	4人		9人
その他						
	自立	要支援1	要支援2			合計
自宅等			1人			1人
社会福祉施設		1人				1人
医療機関			3人			3人
死亡者			1人			1人
その他						

⑦ 入居者の入居期間

6月未満	6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
10人	13人	36人	11人	1名		

(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 空室の状況	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	67		14.67m ²
	介護居室 相部屋	あり	なし	5	10	22.94m ²
						m ²
						m ²
						m ²
③ 共用便所の 設置数	6か所	うち男女別の対応が可能な数			1か所	
		うち車椅子等の対応が可能な数			5か所	
⑤ 居室の便所の 設置数	72か所	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			72か所	
⑥ 居室の設備状 況	浴室の数 6か所	個浴	大浴槽	特殊浴槽	リフト浴	
		3か所	1か所	1か所	1か所	
その他、浴室の設備に関する事項 大浴槽は最上階で展望風呂						
⑦ 食堂の 設備状況	1階から4階に各々設置					
入居者等が調理を行う設備状況			なし		あり	
⑧ その他、共用施設の設備状況						
なし	あり	(その内容) ラウンジ (5階)、談話室 (1階～3階)、地域交流室 (1階)、 外来宿泊室 (1階)				
⑧ バリアフリーの対応状況						
(その内容) 全居室、全フロア、全廊下、共用部分						

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		1,545.78㎡	
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		鉄骨造5階建	
建物の延床面積		2,767.97㎡	
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	介護付有料老人ホーム 長田すみれビレッジ 苦情受付係		
電話番号	078-612-3227		
対応している時間	平日	9:00～18:00	
	土曜		
	日曜・祝日		
定休日等	土・日・祝日		
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	国民健康保険団体連合会		
電話番号	078-322-5617		
対応している時間	平日	9:00～17:15	
	土曜		
	日曜・祝日		
定休日等	土・日・祝日		
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	神戸市役所 介護保険担当課		
電話番号	078-322-6228		
対応している時間	平日	9:00～17:00	
	土曜		
	日曜・祝日		
定休日等	土・日祝日		
窓口の名称	神戸市福祉局監査指導部		
電話番号	078-322-6242		
対応している時間	平日	8:45～12:00、13:00～17:30	
	土曜		
	日曜・祝日		
定休日等	土・日祝日		
窓口の名称	神戸市消費生活センター		
電話番号	078-371-1221		
対応している時間	平日	9:00～17:00	

		土曜	
		日曜・祝日	
	定休日等	土・日祝日	
	窓口の名称	虐待通報専用ダイヤル	
	電話番号	078-322-6774	
	対応している時間	平日	8：45～12：00、13：00～17：30
		土曜	
		日曜・祝日	
	定休日等	土・日祝日	

(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	あり	(その内容)
		施設支援事業者賠償責任保険（ニッセイ同和損害保険株式会社）

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

なし	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) 入居者様の立場に立ったサービスの提供
入居者様が必要とする適切なサービスの提供

(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、意見箱等利用者等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5月	
		当該結果の開示状況	なし	あり

② 三者による評価の実施状況

なし	あり	実施した年月日	平成23年9月		
		実施した評価機関の名称	財団法人総合健康推進財団		
		当該結果の開示状況	なし		あり

5. 利用料金

(1)利用料の支払い方式	一時金方式	月払い方式	選択方式					
(2)敷金	0円（家賃のヶ月分）							
(3)一時金方式								
① 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	食費	光熱水費	管理費
A	1～3階（個室）	2,500,000円	178,754円	70,000円	0円	59,940円	17,340円	31,474円
	4階（個室）	2,500,000円	188,754円	80,000円	0円	59,940円	17,340円	31,474円
A	1～3階（二人）	2,500,000円	164,414円	60,000円	0円	59,940円	13,000円	31,474円
	4階（二人）	2,500,000円	174,414円	70,000円	0円	59,940円	13,000円	31,474円
※介護保険サービスの自己負担額は含まない。								
算定根	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。						
	介護費用	※ 介護保険サービスの自己負担額は含まない。						

拠	食費	月途中の契約・解除時の場合は日割り計算となります。 5 日前までに食止め届出があったものに関しては差し引きさせていただきます。月額（個室） 59,940円 （二人部屋） 119,880円 日額 1,998円（朝428円、昼742円、おやつ86円、夕742円）
	光熱水費	月途中の契約・解除時の場合は日割り計算となります。 月額（個室） 17,340円 （二人部屋） 26,000円 日額（個室） 578円 （二人部屋） 866円
	管理費	月途中の契約・解除時の場合は日割り計算となります。 月額（個室） 31,474円 （二人部屋） 62,948円 日額（個室） 1,049円 （二人部屋） 2,098円
	一時金	<u>土地代、建設費、借入利息等を基礎とし、平均寿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。</u> (月額単価) 33,333円×(想定居住期間)60ヶ月＋(想定居住期間を超えて継続する事に備えて受領する額)500,000円 ※短期利用の場合、支払い不要

一時金の償却に関する事項

償却開始日の設定	入居日	入居日より
初期償却率（％）	20％	
想定居住期間を越えて契約が継続する場合に備えて受領する額	500,000円	
権利金等（※）の額	なし	
※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）	5年	

契約終了時返還金の算定方法及び返還金の例

- ・入居金償却期間内の場合
入居一時金×0.8（60月－経過月数）／60月
- ・入居金償却期間を超える場合
返還金なし

保全措置の実施状況	なし	あり	（保全先）近畿大阪銀行
-----------	----	----	-------------

② 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	入居日翌日
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		
入居日から3ヶ月以内において、契約解除の申し出がなされた場合又は死亡により契約が終了した場合は、居室明け渡し日までの施設の利用の対価として、下記算定方法に基づき算定した利用料を事業者を支払う事とします。事業者は当該費用の支払及び居室の明け渡しを受けた後90日以内に、受領済みの入居一時金の全額を無利息で入居者に返還致します。		
・算定方法 (月額単価) ÷ 30 × (表題部記載の償却期間起算日から契約終了日までの実日数)		

③ 一時金の支払方法

現金または銀行振込

(4) 月払い方式

① 1 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	月額	(内訳)				
		計	家賃 相当額	介護 費	食費	水道光 熱費	管理費
B	1・2・3階（個室）	212,087円	103,333円	0円	59,940円	17,340円	31,474円
	4階（個室）	222,087円	113,333円	0円	59,940円	17,340円	31,474円
B	1・2・3階（二人）	197,747円	93,333円	0円	59,940円	13,000円	31,474円
	4階（二人）	207,747円	103,333円	0円	59,940円	13,000円	31,474円
※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	土地代、建設費、借入利息等を基礎とし、平均寿命等を勘案した想定居住期間、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。					
	介護 費用	※介護保険サービスの自己負担額は含まれない。					
	食費	月途中の契約・解除時の場合は日割り計算となります。 5 日前までに食止め届出があったものに関しては差し引きさせていただきます。月額（個室） 59,940円 （二人部屋） 119,880円 日額 1,998円（朝428円、昼742円、おやつ86円、夕742円）					
	光熱 水費	月途中の契約・解除時の場合は日割り計算となります。 月額（個室） 17,340円 （二人部屋） 26,000円 日額（個室） 578円 （二人部屋） 866円					
	管理費	途中の契約・解除時の場合は日割り計算となります。 月額（個室） 31,474円 （二人部屋） 62,948円 日額（個室） 1,049円 （二人部屋） 2,098円					
(5)一時金方式・月払い方法共通							
① 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。					
②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 （ 日割りの有無 あり ・ なし ）					
② 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							
(6) 料金改定の手続							
6. その他							
(1) 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	
(2) 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」

説明者の職種・氏名：_

説明年月日 令和 年 月 日

ご利用者署名_____

代理人（身元引受人）_____

※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。