

登録事項等についての説明（高齢者住まい法第17条関係）

年 月 日

登録事項等についての説明

貸主(甲)住所 東京都品川区東品川2-2-24
 氏名 株式会社らいふ
 取締役 事業部長 村上 慎太郎 印

サービス付き高齢者向け住宅への入居に係る契約を締結するに当たり、高齢者の居住の安定確保に関する法律第17条に基づき、以下の事項について、書面を交付して説明します。

1. サービス付き高齢者向け住宅の名称及び所在地

登録の区分	<input type="checkbox"/> 新規 <input checked="" type="checkbox"/> 更新（従前の登録番号 神24(2)024 ）
住宅の名称	(ふりがな) らいふ・ぐりーんてらすちがさき らいふ・グリーンテラス茅ヶ崎
所在地	(住居表示) 神奈川県茅ヶ崎市菱沼2-16-12
利用交通手段	<input checked="" type="checkbox"/> 1.電車(東海道線 辻堂駅から バスで10分 降車後1分/または徒歩で15分) <input checked="" type="checkbox"/> 2.その他 「菱沼団地入口」のバス停前)
住宅に関する権原	<input type="checkbox"/> 1.所有権 <input checked="" type="checkbox"/> 2. 賃借権 <input type="checkbox"/> 3. 使用貸借による権利 期間 2013 年 4 月 1 日から 2038 年 3 月 31 日まで
施設に関する権原	<input type="checkbox"/> 1.所有権 <input type="checkbox"/> 2. 賃借権 <input type="checkbox"/> 3. 使用貸借による権利 期間 年 月 日から 年 月 日まで
敷地に関する権原	<input type="checkbox"/> 1.所有権 <input type="checkbox"/> 2. 地上権 <input checked="" type="checkbox"/> 3. 賃借権 <input type="checkbox"/> 4. 使用貸借による権利 期間 2013 年 4 月 1 日から 2038 年 3 月 31 日まで

(注)住居表示が決まっていない場合には、地名地番を記載すること。

2. サービス付き高齢者向け住宅事業を行う者

法人・個人の別	<input checked="" type="checkbox"/> 法人 <input type="checkbox"/> 個人
商号、名称 又は氏名	(ふりがな) かぶしきかいしやらいふ 株式会社らいふ
住 所 (法人にあつては 主たる事務所)	(郵便番号 140-0002) 東京都品川区東品川2-2-24 電話番号 03-5769-7268
法人の役員	別添 1 のとおり

法定代理人 (未成年の個人 である場合)	(ふりがな)	
	商号、名称、又は氏名	
	住所(法人 にあっては 主たる事務 所の所在 地)	(郵便番号) 電話番号
	法人の役員	

3. サービス付き高齢者向け住宅事業を行う者の事務所

事務所の名称	(ふりがな) かぶしきがいしやらいふ	
	株式会社らいふ	
事務所の所在地	(郵便番号 140-0002)	
	東京都品川区東品川2-2-24	電話番号 03-5769-7268

4. サービス付き高齢者向け住宅の戸数、規模並びに構造及び設備

住宅戸数	登録申請対象戸数	30 戸
居住部分の 規模	(最小)	20.05 m ²
	(最大)	34.46 m ²
構造及び設備	共同利用設備	<input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
	構造	S 造 階数 3 階建
竣工の年月	2013 年 4 月 1 日	
加齢対応構造 等	<input checked="" type="checkbox"/> 登録基準に適合している	
	<input checked="" type="checkbox"/> エレベーターを備えている	
	<input checked="" type="checkbox"/> 緊急通報装置を備えている	

5. サービス付き高齢者向け住宅の入居契約、入居者資格及び入居開始時期(居住の用に供する前である場合)

入居契約の別	<input checked="" type="checkbox"/> 賃貸借契約 <input type="checkbox"/> その他
入居契約が賃 貸借契約でない 場合には、その 旨	
終身賃貸事業 者の事業の認可	<input type="checkbox"/> 法第52条の認可を受けている
入居者の資格	次の①又は②に該当する者である。 ①単身高齢者世帯 <input checked="" type="checkbox"/> ②高齢者+同居者(配偶者/60歳以上の親族/要介護認定又は要支援認定を受けている 60歳未満の親族/特別な理由により同居させる必要があると知事が認める者) (「高齢者」とは、60歳以上の者又は要介護認定若しくは要支援認定を受けている60歳未満の者をいう。)

※以下は、入居の用に供する前である場合に限り記入すること。

入居開始時期	年 月 日から
--------	---------

注)入居開始年は、西暦で記入すること。

6. サービス付き高齢者向け住宅において提供される高齢者生活支援サービス及び入居者から受領する金銭

サービスの種類	提供形態	提供の対価(概算・月額)	
高齢者生活支援サービス	状況把握 生活相談	■ 自ら □ 委託	約 52,380 円
	食事の提供	■ 自ら □ 委託 □ 提供しない	約 48,060 円
	入浴等の介護	■ 自ら □ 委託 □ 提供しない	約 円
	調理等の家事	■ 自ら □ 委託 □ 提供しない	約 円
	健康の維持増進	■ 自ら □ 委託 □ 提供しない	約 円
	その他	■ 自ら □ 委託 □ 提供しない	約 円
家賃の概算額	(最低) 約 80,000 円	住戸ごとの内容は別添 2 のとおり	
	(最高) 約 100,000 円		
共益費の概算額	(最低) 約 20,000 円		
	(最高) 約 30,000 円		
敷金の概算額	(最低) 約 0 円	家賃の 0 月分	
	(最高) 約 0 円		
前払金※の有無	<input type="checkbox"/> あり <input checked="" type="checkbox"/> なし		
家賃等の前払金の概算額	(最低) 約 円	(最高) 約 円	
家賃等の前払金の算定の基礎	家賃		
	サービス提供の対価		
返還額の算定方法			
前払金の保全措置の内容	<input type="checkbox"/> 銀行による債務の保証 <input type="checkbox"/> 信託会社等による元本補てん又は信託 <input type="checkbox"/> 保険事業者による保証保険 <input type="checkbox"/> その他()		
特定施設入居者生活介護事業所	<input type="checkbox"/> 指定を受けている 介護保険事業所番号 ()		
	<input checked="" type="checkbox"/> 指定を受けていない		
地域密着型特定施設入居者生活介護事業所	<input type="checkbox"/> 指定を受けている 介護保険事業所番号 ()		
	<input checked="" type="checkbox"/> 指定を受けていない		
介護予防特定施設入居者生活介護事業所	<input type="checkbox"/> 指定を受けている 介護保険事業所番号 ()		
	<input checked="" type="checkbox"/> 指定を受けていない		

※前払金とは、終身又は入居契約の期間にわたって受領すべき家賃等の全部又は一部を一括して受領する場合をいう。

7. サービス付き高齢者向け住宅の管理の方法等

管理の方式	<input checked="" type="checkbox"/> 自ら管理 <input type="checkbox"/> 管理業務を委託
委託する業務の内容 (契約事項)	
管理業務の委託先	
商号、名称 又は氏名	(ふりがな)
住 所 <small>(法人にあつては 主たる事務所の所在地)</small>	(郵便番号)) 電話番号
修繕計画	
計画策定の 有無	<input type="checkbox"/> あり <input checked="" type="checkbox"/> なし
大規模修繕の 実施予定	頃実施予定
その他計画的 な修繕予定	

8. サービス付き高齢者向け住宅と併設される高齢者居宅生活支援事業を行う施設 (該当する場合のみ)

施設の名称	提供されるサービスの概要	事業所の場所
訪問介護ステーション ぽぷり茅ヶ崎	訪問介護事業(身体介護・生活援助等)	<input checked="" type="checkbox"/> 同一の建築物内 <input type="checkbox"/> 同一の敷地内 <input type="checkbox"/> 隣接する土地
居宅介護支援事業所 ぽぷり茅ヶ崎	介護保険にて対応	<input checked="" type="checkbox"/> 同一の建築物内 <input type="checkbox"/> 同一の敷地内 <input type="checkbox"/> 隣接する土地
デイサービスぽぷり茅ヶ崎	通所介護事業(入浴、機能訓練、食事、健康チェック等)	<input checked="" type="checkbox"/> 同一の建築物内 <input type="checkbox"/> 同一の敷地内 <input type="checkbox"/> 隣接する土地
		<input type="checkbox"/> 同一の建築物内 <input type="checkbox"/> 同一の敷地内 <input type="checkbox"/> 隣接する土地

9. 高齢者居宅生活支援事業を行う者との連携及び協力(該当する場合のみ)

連携又は協力の相手方	
事業所の名称	(ふりがな) いりょうほうじんしゃだん なんせいかい しょうなんなぎさしんりょうじょ 医療法人社団 南星会 湘南なぎさ診療所
事業所の住所	(郵便番号 251-0055) 神奈川県藤沢市南藤沢15-15Well Be1番館4F 電話番号 0466-29-9775
連携又は協力の内容	内科、緊急対応、健康管理

10. 登録の申請が基本方針(及び高齢者居住安定確保計画)に照らして適切なものである旨

基本方針及び県の高齢者居住安定確保計画に沿って適切に運営します。

上記につきまして、高齢者の居住の安定確保に関する法律第17条に基づく書面による説明をしました。

年 月 日

説明者

印

上記につきまして、高齢者の居住の安定確保に関する法律第17条に基づく書面による説明を受け同意し、交付を受けました。

年 月 日

借主(乙) 住所

氏名

印

役員名簿

(ふりがな) 氏名	役名等
くまがい たかし 熊谷 敬	代表取締役社長
なかの しんいちろう 中野 慎一郎	監査役
やまもと ともこ 山本 智子	取締役
むらかみ しんたろう 村上 慎太郎	取締役
のとや ひろみ 能登谷 浩美	取締役
あおやま ゆきやす 青山 幸恭	取締役
いとう みつぐ 伊藤 貢	取締役
みやざわ ゆういち 宮澤 裕一	取締役
さとう ゆみこ 佐藤 由美子	取締役

法第6条第1項第3号に該当する者を全て記載すること。記載しきれないときは、この様式の例により作成した書面に記載し、その書面をこの書面の次に添付すること。

住宅の規模並びに構造及び設備等

1. 専用部分の規模並びに構造及び設備等

住棟番号	専用部分の 床面積 (㎡)	構造及び設備※						住戸数 (戸)	住戸番号 (該当するものを全て記載)	月額家賃 (概算額) (円)
		完備	便所	洗面	浴室	台所	収納			
1	20.62	×	○	○	×	○	○	4	201・207・301・307	85,000
1	20.05	×	○	○	×	○	○	24	202・203・205・208・210・211・212・213・215・216・217・218・302・303・305・308・310・311・312・313・315・316・317・318	80,000
1	34.46	○	○	○	○	○	○	2	206・306	100,000

注1) 住戸の規模並びに設備及び構造のタイプ別にまとめて記載すること。

注2) 設備及び構造欄の『完備』は、各戸に便所、洗面、浴室、台所及び収納の全てを備えるものを表す。

※有りの場合は、○、無しの場合は×を記載すること。完備の場合は、完備を含め全ての欄に○を記載すること。

2. 共同利用設備等

設備等	整備箇所数	合計床面積 (㎡)	整備箇所	想定利用戸数 (戸)	備考
食堂	1	71.29	1F	30	
トイレ	2	5.52	2F・3F	30	
浴室(ユニット)	2	7.92	2F・3F	30	
洗濯室	2	22.14	2F・3F	30	
談話室	2	28.26	2F・3F	30	
休憩コーナー	1	4.95	1F	30	
浴室(ユニット)	2	8.82	2F・3F	30	
脱衣室	2	7.9	2F・3F	30	
脱衣室	2	8.8	2F・3F	30	
トイレ(食堂)	1	3.85	1F	30	

注) 整備箇所は、添付図面との対応関係を明確に記載すること。

1. 状況把握及び生活相談サービスの内容

提供形態		<input checked="" type="checkbox"/> サービス付き高齢者向け住宅提供事業者が自ら提供する <input type="checkbox"/> 委託する				
委託する 場合の 委託先	商号、名称 又は氏名	(ふりがな)				
	住所 (法人にあつては 主たる事務所の 所在地)	(郵便番号)				
		電話番号				
サービスを提供する法人等の別	<input type="checkbox"/> 医療法人 <input checked="" type="checkbox"/> 指定居宅介護支援事業者 <input type="checkbox"/> 社会福祉法人 <input checked="" type="checkbox"/> 指定介護予防サービス事業者 <input checked="" type="checkbox"/> 指定居宅サービス事業者 <input type="checkbox"/> 指定介護予防支援事業者 <input checked="" type="checkbox"/> 指定地域密着型サービス事業者 <input type="checkbox"/> 上記以外の法人等					
サービスを提供する者の人数	<input type="checkbox"/> 医師	人員	人	<input type="checkbox"/> 社会福祉士	人員	人
	<input type="checkbox"/> 看護師	人員	人	<input checked="" type="checkbox"/> 介護支援専門員	人員	人
	<input type="checkbox"/> 准看護師	人員	人	<input checked="" type="checkbox"/> 養成研修修了者	人員	7人
	<input type="checkbox"/> 介護福祉士	人員	7人	<input checked="" type="checkbox"/> 上記以外の職員	人員	人
			合 計		人員	14人
常駐する場所	<input checked="" type="checkbox"/> 同一の敷地内 <input type="checkbox"/> 隣接する土地 <input type="checkbox"/> 近接する土地 (所在地)					
常駐する日	<input checked="" type="checkbox"/> 365日対応 <input type="checkbox"/> 次の期間を除く()					
常駐する時間	日中	8時 30分	～	17時 30分	人員	1人
	上記以外の時間	17時 30分	～	8時 30分	人員	1人
毎日1回以上の状況把握サービスの提供方法	食事提供時又は居室訪問				毎日	1回
	<input type="checkbox"/> 入居者から居住部分への訪問を希望する旨の申出があった場合は、当該居住部分への訪問(近接する土地に常駐する場合のみ)					
緊急通報サービスの内容	提供時間	常駐する日	00時 00分 ～ 24時 00分			
		上記以外の日	<input type="checkbox"/> 24時間			
	通報方法	居室内設置ナースコール				
	通報先	1F事務所及び職員専用スマートフォン		通報先から住宅までの到着予定時間	1分	
サービス提供の対価(概算額)	月額	約 52,380 円	前払金の算定方法			
	前払金	約 0 円				
備考						

※サービス提供の対価を月額で設定していない場合は、30日間利用した場合の金額を記載すること。

2. 食事の提供サービスの内容(該当する場合のみ)

提供形態		<input checked="" type="checkbox"/> サービス付き高齢者向け住宅提供事業者が自ら提供する <input type="checkbox"/> 委託する		
委託する 場合の 委託先	商号、名称 又は氏名	(ふりがな)		
	住所 (法人にあつては 主たる事務所の 所在地)	(郵便番号)		電話番号
	住所 (法人にあつては 本業務に係る事 業所の所在地)	(郵便番号)		電話番号
食事提供を行う場所		<input checked="" type="checkbox"/> 食堂 <input type="checkbox"/> 各居住部分 <input type="checkbox"/> その他()		
提供方法	提供日	<input checked="" type="checkbox"/> 365日対応 <input type="checkbox"/> その他()		
	内容	<input checked="" type="checkbox"/> 3食 <input type="checkbox"/> 入居者が選択 <input type="checkbox"/> 次の食事は提供しない()		
	調理等	<input checked="" type="checkbox"/> 厨房で調理 <input type="checkbox"/> 配食サービスを利用 <input type="checkbox"/> その他()		
サービス提供の対 価(概算額)	月額※	約 48,060 円	内訳	朝食 363 円 昼食 568 円 夕食 671 円
	前払金	約 円	前払金の算 定方法	
備考				

※サービス提供の対価を月額で設定していない場合は、30日間利用した場合の金額を記載すること。

3. 入浴、排せつ、食事等の介護サービスの内容(該当する場合のみ)

提供形態		<input checked="" type="checkbox"/> サービス付き高齢者向け住宅提供事業者が自ら提供する		<input type="checkbox"/> 委託する	
委託する場合の委託先	商号、名称 又は氏名	(ふりがな)			
	住所 (法人にあつては 主たる事務所の 所在地)	(郵便番号)		電話番号	
	住所 (法人にあつては 本業務に係る事 業所の所在地)	(郵便番号)		電話番号	
提供方法	提供日	<input checked="" type="checkbox"/> 365日対応 <input type="checkbox"/> その他()			
	内容	<input checked="" type="checkbox"/> 入浴介護 <input checked="" type="checkbox"/> 排せつ介護 <input checked="" type="checkbox"/> 食事介護 <input type="checkbox"/> その他 ()			
サービス提供の対 価(概算額)	月額	約	0 円	前払金の算 定方法	
	前払金	約	0 円		
備考	・身体介護(10分 500円(税別))*早朝(6:00~8:00)25%増、夜間(18:00~22:00)25%増 *別途訪問介護自費サービス契約が必要です。 *上記料金は介護保険適用外でサービスを利用された場合の料金となります。				

4. 調理、洗濯、掃除等の家事サービスの内容(該当する場合のみ)

提供形態		<input checked="" type="checkbox"/> サービス付き高齢者向け住宅提供事業者が自ら提供する		<input type="checkbox"/> 委託する	
委託する場合の委託先	商号、名称 又は氏名	(ふりがな)			
	住所 (法人にあつては 主たる事務所の 所在地)	(郵便番号)		電話番号	
	住所 (法人にあつては 本業務に係る事 業所の所在地)	(郵便番号)		電話番号	
提供方法	提供日	<input checked="" type="checkbox"/> 365日対応 <input type="checkbox"/> その他()			
	内容	<input checked="" type="checkbox"/> 調理 <input checked="" type="checkbox"/> 洗濯 <input checked="" type="checkbox"/> 掃除 <input type="checkbox"/> その他 ()			
サービス提供の対 価(概算額)	月額	約	0 円	前払金の算 定方法	
	前払金	約	0 円		
備考	・生活介護(10分 400円(税別))*早朝(6:00~8:00)25%増、夜間(18:00~22:00)25%増 *別途訪問介護自費サービス契約が必要です。 *上記料金は介護保険適用外でサービスを利用された場合の料金となります。				

5. 健康の維持増進サービスの内容(該当する場合のみ)

提供形態		<input checked="" type="checkbox"/> サービス付き高齢者向け住宅提供事業者が自ら提供する		<input type="checkbox"/> 委託する	
委託する場合の委託先	商号、名称 又は氏名	(ふりがな)			
	住所 (法人にあつては主たる事務所の所在地)	(郵便番号)		電話番号	
	住所 (法人にあつては本業務に係る事業所の所在地)	(郵便番号)		電話番号	
提供方法		提供日	<input checked="" type="checkbox"/> 365日対応 <input type="checkbox"/> その他()		
		内容	<input checked="" type="checkbox"/> 健康相談 <input checked="" type="checkbox"/> 血圧等の測定 <input type="checkbox"/> 定期検診 <input checked="" type="checkbox"/> 通院等の付き添い <input type="checkbox"/> その他 ()		
サービス提供の対価(概算額)	月額	約	0 円	前払金の算定方法	
	前払金	約	0 円		
備考		状況把握、生活相談費に含む			

6. その他のサービスの内容(該当する場合のみ)

提供形態		<input checked="" type="checkbox"/> サービス付き高齢者向け住宅提供事業者が自ら提供する		<input type="checkbox"/> 委託する	
委託する場合の委託先	商号、名称 又は氏名	(ふりがな)			
	住所 (法人にあつては主たる事務所の所在地)	(郵便番号)		電話番号	
	住所 (法人にあつては本業務に係る事業所の所在地)	(郵便番号)		電話番号	
提供方法		提供日	<input checked="" type="checkbox"/> 365日対応 <input type="checkbox"/> その他()		
		介護保険適用外サービス:通院等の付き添い、買い物同行・代行、お薬お預かり、救急対応、その他			
サービス提供の対価(概算額)	月額	約	0 円	前払金の算定方法	
	前払金	約	0 円		
備考		・通院等の付き添い、買い物同行、その他(10分500円(税別)/買物代行、その他(10分400円(税別)) ・お薬お預かりサービス(4,000円(税別)/月)、救急対応サービス(10,000円(税別)/1回) *別途各種サービス申し込み又は訪問介護自費サービス契約が必要です。 *上記料金は介護保険適用外でサービスを利用された場合の料金となります。			