

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 (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
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	事業所番号	事業所の場所
なでしこデイサービスセンター	通所介護・介護予防通所介護	1173103027	<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 <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
			<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
			<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)
事業所の所在地	(郵便番号) 電話番号
連携又は協力の 内容	

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

国が定める基本方針と、埼玉県が定める「高齢者居住安定確保計画」に定められている内容を遵守することを誓約します。

11 サービスの内容

(全体の方針)

運営に関する方針	訪問看護ステーションが母体になっているため、どのような状態でも利用可能。
サービスの提供内容に関する特色	医療ニーズが高いご利用者様でも、安心してご入居していただけます。

(介護サービスの内容) ※特定施設入居者生活介護の指定を受けていない場合は省略。

特定施設入居者生活介護の加算の対象となるサービス体制の有無	個別機能訓練加算	<input type="checkbox"/>	あり	<input type="checkbox"/>	なし	
	夜間看護体制加算	<input type="checkbox"/>	あり	<input type="checkbox"/>	なし	
	医療機関連携加算	<input type="checkbox"/>	あり	<input type="checkbox"/>	なし	
	看取り介護加算	<input type="checkbox"/>	あり	<input type="checkbox"/>	なし	
	認知症専門ケア加算	(I)	<input type="checkbox"/>	あり	<input type="checkbox"/>	なし
		(II)	<input type="checkbox"/>	あり	<input type="checkbox"/>	なし
	サービス提供体制強化加算	(I)イ	<input type="checkbox"/>	あり	<input type="checkbox"/>	なし
		(I)ロ	<input type="checkbox"/>	あり	<input type="checkbox"/>	なし
(II)		<input type="checkbox"/>	あり	<input type="checkbox"/>	なし	
	(III)	<input type="checkbox"/>	あり	<input type="checkbox"/>	なし	
人員配置が手厚い介護サービスの実施の有無	<input type="checkbox"/>	あり	(介護・看護職員の配置率)			
	<input type="checkbox"/>	なし				

(医療連携の内容)

医療支援	<input checked="" type="checkbox"/> 救急車の手配 <input checked="" type="checkbox"/> 入退院の付き添い <input checked="" type="checkbox"/> 通院介助 <input type="checkbox"/> その他 ()		
協力医療機関	1	名称	水越医院
		住所	深谷市普濟寺1116-11 TEL 048-585-2038
	診療科目	内科	
	協力内容	往診	
	2	名称	
		住所	
診療科目			
協力内容			
協力歯科医療機関	名称	さわべ歯科クリニック	
	住所	深谷市戸森126 TEL 048-572-8014	
	協力内容	往診	

(入居後に居室を住み替える場合)

入居後に居室を住み替える場合	<input type="checkbox"/>	一時介護室へ移る場合	
	<input type="checkbox"/>	介護居室へ移る場合	
	<input type="checkbox"/>	その他 ()	
判断基準の内容			
手続きの内容	<input type="checkbox"/>	医師の意見を聞く	
	<input type="checkbox"/>	3か月間の観察期間を置く	
	<input type="checkbox"/>	本人及び身元引受人の同意を得る	
追加的費用の有無	<input type="checkbox"/>	あり	
	<input type="checkbox"/>	なし	
居室賃借権(利用権)の取扱い	<input checked="" type="checkbox"/>	あり	
	<input type="checkbox"/>	なし	
前払金償却の調整の有無	<input type="checkbox"/>	あり	
	<input type="checkbox"/>	なし	
従前の居室との仕様の変更	面積の増減	<input type="checkbox"/>	あり
		<input type="checkbox"/>	なし
	便所の変更	<input type="checkbox"/>	あり
		<input type="checkbox"/>	なし
	浴室の変更	<input type="checkbox"/>	あり
		<input type="checkbox"/>	なし
	洗面所の変更	<input type="checkbox"/>	あり
	<input type="checkbox"/>	なし	
台所の変更	<input type="checkbox"/>	あり	
	<input type="checkbox"/>	なし	
収納設備の変更	<input type="checkbox"/>	あり	
	<input type="checkbox"/>	なし	
その他の変更	<input type="checkbox"/>	あり (変更内容)	
	<input type="checkbox"/>	なし	

(入居に関する要件)

入居対象となる者【表示事項】	自立している者	<input checked="" type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし
	要支援の者	<input checked="" type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし
	要介護の者	<input checked="" type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし
留意事項			
事業主体から契約解除を求める場合	解約条項	第9条	
	解約予告期間		
入居者から契約解除を求める場合	解約条項	第10条	
	解約予告期間	30日前	
体験入居の内容	<input type="checkbox"/> あり (内容:) <input checked="" type="checkbox"/> なし		
入居定員			
その他			

12 職員体制

(職種別の職員数) ※サービス付き高齢者向け住宅事業(以下「住宅事業」という。)の職員数

職種	職員数(実人数) 人					常勤換算人数※1
	合計	常勤		非常勤		
		専従	非専従	専従	非専従	
管理者					1	
生活相談員					1	
直接処遇職員					13	
介護職員					11	
看護職員					2	
機能訓練指導員						
計画作成担当者						
栄養士						
調理員					2	
事務員					1	
その他職員						
1週間に常勤の従業者が勤務すべき時間数※1						時間
※1 特定施設入居者生活介護等を提供しない場合は、記入不要 (注1) 併設の介護保険事業所の勤務時間は表に含めない。 (特定施設入居者生活介護等の勤務時間は含む。) (注2) 常勤・非常勤、専従・非専従について [常勤 …住宅事業にのみ従事し、法人の就業規則等で定める常勤の者。 [非常勤 …常勤以外の者。併設の介護保険事業所と兼務する職員は必ず非常勤に該当。 [専従 …住宅事業で1つの職種のみで勤務する者。 [非専従 …専従以外の者。 (注3) 業務委託により配置される職員がいる場合は、人数の後ろに(委託)と記載すること。 (注4) 常勤換算人数とは、従業者の住宅事業の勤務延時間数を、法人の就業規則等で定める常勤の従業者が勤務すべき時間数で除することにより、常勤の従業者の人数に換算した人数。						

(資格を有している介護職員の人数)

職種	職員数(実人数) 人				
	合計	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					9
実務研修の修了者					
初任者研修の修了者					2
介護支援専門員					
(注1) (職種別の職員数)の介護職員が保有する資格について記入。 (注2) 1人の職員が複数の資格を有している場合、いずれか1つの資格にのみ計上。					

(資格を有している機能訓練指導員の人数)

職種	職員数(実人数) 人				
	合計	常勤		非常勤	
		専従	非専従	専従	非専従
看護師又は准看護師					2
理学療法士					
作業療法士					
言語聴覚士					
柔道整復師					
あん摩マッサージ指圧師					

(注1) (職種別の職員数)の機能訓練指導員が保有する資格について記入。
(注2) 1人の職員が複数の資格を有している場合、いずれか1つの資格にのみ計上。

(夜勤を行う職員の数)

夜勤帯の設定時間 (16時 30分～ 9時 30分)		
職種	平均人数	最小時人数※
介護職員	1 人	1 人
看護職員	0 人	0 人

※最小時人数は、休憩中の職員も勤務している人数として計上。

(特定施設入居者生活介護等の提供体制)

特定施設入居者生活介護の利用者に対する看護・介護職員の割合 (一般型特定施設以外の場合、省略可能)	契約上の職員配置比率【表示事項】	<input type="checkbox"/> 1.5 : 1 以上
		<input type="checkbox"/> 2.0 : 1 以上
		<input type="checkbox"/> 2.5 : 1 以上
		<input type="checkbox"/> 3.0 : 1 以上
	実際の配置比率(記入日時点での利用者数:常勤換算職員)	: 1
外部サービス利用型特定施設の介護サービス提供体制 (該当しない場合、省略可能)	ホームの職員数	人
	訪問介護事業所の名称	
	訪問看護事業所の名称	
	通所介護事業所の名称	

(職員の状況)

管理者	管理者の氏名	小坂奈津子									
	職名	管理責任者									
	他の職務との兼務	<input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし									
	業務に係る資格等	<input checked="" type="checkbox"/> あり 資格等の名称 介護福祉士 <input type="checkbox"/> なし									
	生活相談員	介護職員		看護職員		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	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											
経験年数	1年未満				2						
	1年以上				6	1					
	3年未満										
	3年以上										
	5年未満										
	5年以上				2	1					
10年未満											
10年以上		1		1							
従業者の健康診断の実施	<input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし										

1.3 入居者の状況【冒頭に記した記入日現在】

(入居者の人数)

性別	男性	7
	女性	7
年齢別	65歳未満	0
	65歳以上75歳未満	5
	75歳以上85歳未満	2
	85歳以上	7
要介護度別	自立	0
	要支援1	0
	要支援2	0
	要介護1	2
	要介護2	2
	要介護3	3
	要介護4	5
要介護5	2	

入居期間	6ヶ月未満	4
	6ヶ月以上1年未満	0
	1年以上5年未満	10
	5年以上10年未満	0
	10年以上15年未満	0
	15年以上	0

(入居者の属性)

平均年齢	82	歳
入居者数の合計	14	人
入居率※	93	%

※ 入居者数の合計を入居定員数で除した割合。
一時不在の者も入居者に含む。

(前年度における退去者の状況)

退去先別の人数	自宅等	2	人	
	社会福祉施設	0	人	
	医療機関	0	人	
	死亡者	0	人	
	その他	0	人	
生前解約の状況	施設側の申し出	0	人	(解約事由の例)
	入居者側の申し出	0	人	(解約事由の例)

1.4 苦情・事故等に関する体制

(利用者からの苦情に対応する窓口等の状況)

1	窓口の名称	有限会社HOROWATA
	電話番号	048-531-4623
	対応している時間	9:00~16:00
	定休日	土・日・祝・12/29~1/3
2	窓口の名称	埼玉県福祉部高齢者福祉課
	電話番号	048-830-3254
	対応している時間	8:30~17:15
	定休日	土・日・祝・12/29~1/3
3	窓口の名称	埼玉県都市整備部住宅課
	電話番号	048-830-5562
	対応している時間	8:30~17:15
	定休日	土・日・祝・12/29~1/3
4	窓口の名称	埼玉県消費生活支援センター熊谷
	電話番号	048-524-0999
	対応している時間	9:00~16:00
	定休日	土・日・祝・12/29~1/3
5	窓口の名称	熊谷市消費生活相談(市民相談室)
	電話番号	048-524-7321
	対応している時間	9:30~12:00 13:00~16:00
	定休日	土・日・祝・12/29~1/3

(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	<input checked="" type="checkbox"/> あり	(その内容) 法律上の損害賠償責任に基づいて対応する。
	<input type="checkbox"/> なし	
賠償すべき事故が発生したときの対応	<input checked="" type="checkbox"/> あり	(その内容) 関係機関に連絡し、相談のうえ対応する。
	<input type="checkbox"/> なし	
事故対応及びその予防のための指針	<input type="checkbox"/> あり	<input checked="" type="checkbox"/> なし

(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	<input type="checkbox"/> あり	実施内容		
		結果の開示	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし
	<input checked="" type="checkbox"/> なし			
第三者による評価の実施状況	<input type="checkbox"/> あり	実施日		
		評価機関名称		
		結果の開示	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし
	<input checked="" type="checkbox"/> なし			

1.5 入居希望者への事前の情報開示

入居契約書の雛形	<input type="checkbox"/> 入居希望者に公開	<input type="checkbox"/> 入居希望者に交付	<input checked="" type="checkbox"/> 公開していない
管理規程	<input type="checkbox"/> 入居希望者に公開	<input type="checkbox"/> 入居希望者に交付	<input checked="" type="checkbox"/> 公開していない
事業収支計画書	<input type="checkbox"/> 入居希望者に公開	<input type="checkbox"/> 入居希望者に交付	<input checked="" type="checkbox"/> 公開していない
財務諸表の要旨	<input type="checkbox"/> 入居希望者に公開	<input type="checkbox"/> 入居希望者に交付	<input checked="" type="checkbox"/> 公開していない
財務諸表の原本	<input type="checkbox"/> 入居希望者に公開	<input type="checkbox"/> 入居希望者に交付	<input checked="" type="checkbox"/> 公開していない

1.6 その他

運営懇談会	<input type="checkbox"/> あり (開催頻度) 年 回	<input checked="" type="checkbox"/> なし	<input checked="" type="checkbox"/> 代替措置あり (内容) ・家族のキーパーソンとの連絡体制あり ・地域に開かれたイベントを毎月開催
			<input type="checkbox"/> 代替措置なし
提携ホームへの住み 替え※	<input type="checkbox"/> あり (提携ホーム名:)	<input type="checkbox"/> なし	
高齢者の居住の安定 確保に関する法律第 5条第1項に規定す るサービス付き高齢 者向け住宅の登録	<input checked="" type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし	
埼玉県有料老人ホーム 設置運営指導指針 の不適合事項	<input checked="" type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり (その内容)	
介護保険サービスの 利用に関して	生活支援サービス利用者は、介護保険サービスの利用に際して、自由に介護事業者を選択できる。		
契約の更新について	2年毎の自動更新とする		
※提携ホームとは、(介護予防) 特定施設入居者生活介護の指定を受けている提携施設を指す。			

- (添付資料)
- 別添 1 (役員名簿 (法第6条第1項第3号に該当する者))
 - 別添 2 (役員名簿 (法第6条第1項第4号に該当する者))
 - 別添 3 (住宅の規模並びに構造及び設備等)
 - 別添 4 (サービス付き高齢者向け住宅が提供するサービスの概要)
 - 別添 5 (サービス付き高齢者向け住宅が提供するサービス一覧表)
 - 別添 6 (事業主体が埼玉県内で実施する事業所一覧)

説明年月日

平成 年 月 日

_____様に対して、_____契約書及び重要事項説明書に基づいて、重要な事項を説明しました。

登録事業者名 有限会社HOROWATA _____

所在地 埼玉県熊谷市美土里町1-180 _____

代表者名 褰綿伸好 _____ 印

説明者氏名 _____ 印

私は上記事業者から、_____契約書及び重要事項説明書に基づいて、重要な事項の説明を受けました。

署名 _____ 印

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	19.87	×	○	○	×	×	○	9	102,103,202,203,205~207,209,210	45,000
1	26.49	×	○	○	×	×	○	3	101,201,208	70,000

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

(1) 共同利用設備

設備等	整備箇所 数	合計床面積 (㎡)	整備箇所	想定 利用戸数 (戸)	利用方法
浴室	1	4.14	2階	12	
共用 リビング	1	45.06	2階	12	
脱衣兼 洗濯室	1	4.96	2階	12	
多目的 トイレ	1	5.58	2階	12	

注1) 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。

(2) 消防用設備・その他設備

消火器	■ あり	□ なし
自動火災報知設備	■ あり	□ なし
火災通報設備	■ あり	□ なし
スプリンクラー	■ あり	□ なし
防火管理者	■ あり	□ なし
防災計画	■ あり	□ なし
エレベーター	■ あり	(■車椅子対応 □ストレッチャー対応)
	□ なし	

別添4

サービス付き高齢者向け住宅で提供するサービスの概要

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				
サービスを提供する法人等の別	<input type="checkbox"/> 医療法人 <input type="checkbox"/> 指定居宅介護支援事業者 <input type="checkbox"/> 社会福祉法人 <input type="checkbox"/> 指定介護予防サービス事業者 <input 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 type="checkbox"/> 指定地域密着型サービス事業者 <input checked="" 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	<input type="checkbox"/> 社会福祉士	人員	
	<input type="checkbox"/> 看護師	人員 1	<input type="checkbox"/> 介護支援専門員	人員	
	<input type="checkbox"/> 准看護師	人員 1	<input type="checkbox"/> 養成研修修了者	人員	
	<input type="checkbox"/> 介護福祉士	人員 9	<input type="checkbox"/> 上記以外の職員	人員 2	
	合 計			人員 13	
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	9 時 30分	～	16 時 30分	人員 1人
	上記以外の時間	16 時 30分	～	9 時 30	人員 1人
毎日1回以上の状況把握サービスの提供方法	常駐する職員による定期巡回				毎日 6 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	時 分	～	時 分
		上記以外の日	<input checked="" type="checkbox"/> 24時間		
	通報方法	緊急通報装置			
	通報先	職員のピッチ		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 20,000 円	前払金の		
	前払金	約 円	算定方法		
備考					

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			
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 45,000 円	内訳	朝食 400 円 昼食 500 円 夕食 600 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 (法人にあっては主たる事務所の所在地)	(郵便番号)		電話番号	
	住所 (法人にあっ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	介護保険適用あり	前払金の算定方法		
	前払金	約 0 円			
備考					

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 (法人にあっては主たる事務所の所在地)	(郵便番号)		電話番号	
	住所 (法人にあっ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		有料オプションサービスにて対応			

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 (法人にあっては主たる事務所の所在地)	(郵便番号)		電話番号	
	住所 (法人にあっ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 type="checkbox"/> 健康相談 <input checked="" type="checkbox"/> 血圧等の測定 <input type="checkbox"/> 定期検診 <input 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					

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 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 (法人にあっては主たる事務所の所在地)	(郵便番号)		電話番号	
	住所 (法人にあっ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 type="checkbox"/> 365日対応 <input type="checkbox"/> その他()		
		内容			
サービス提供の対価(概算額)		月額	約	円	前払金の算定方法
		前払金	約	円	
備考					

サービス付き高齢者向け住宅が提供するサービス一覧表

特定施設入居者生活介護(地域密着型・介護予防を含む)の指定の有無							■ なし	
サービス内容	特定施設入居者生活介護費で実施するサービス		個別の利用料で実施するサービス				料金(税込)	
			包含 ※1	都度 ※2				
介護サービス								
食事介助	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし	<input checked="" type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし	<input checked="" type="checkbox"/>		月額20,000円	
排泄介助・おむつ交換	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし	<input checked="" type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし	<input checked="" type="checkbox"/>			
おむつ代	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	<input checked="" type="checkbox"/> なし				
入浴(一般浴)介護・清拭	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし	<input checked="" type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし	<input checked="" type="checkbox"/>			
特浴介助	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	<input checked="" type="checkbox"/> なし				
身辺介助(移動・着替え等)	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし	<input checked="" type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし	<input checked="" type="checkbox"/>			
機能訓練	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	<input checked="" type="checkbox"/> なし				
通院介助	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし	<input checked="" type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし	<input checked="" type="checkbox"/>			
生活サービス								
居室清掃	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし	<input checked="" type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし	<input checked="" type="checkbox"/>			
リネン交換	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし	<input checked="" type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし	<input checked="" type="checkbox"/>			
日常の洗濯	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし	<input checked="" type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし	<input checked="" type="checkbox"/>			
居室配膳・下膳	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし	<input checked="" type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし	<input checked="" type="checkbox"/>			
嗜好に応じた特別食			<input checked="" type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし	<input checked="" type="checkbox"/>			
おやつ			<input checked="" type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし	<input checked="" type="checkbox"/>			
理美容サービス			<input checked="" type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし				
買物代行	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	<input checked="" type="checkbox"/> なし				
役所手続き代行	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	<input checked="" type="checkbox"/> なし				
金銭・貯金管理			<input type="checkbox"/> あり	<input checked="" type="checkbox"/> なし				
健康管理サービス								
定期健康診断	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし	<input checked="" type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし	<input checked="" type="checkbox"/>			
健康相談	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし	<input checked="" type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし	<input checked="" type="checkbox"/>			
生活指導・栄養指導	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし	<input checked="" type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし	<input checked="" type="checkbox"/>			
服薬支援	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし	<input checked="" type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし	<input checked="" type="checkbox"/>			
生活リズムの記録(排便・睡眠等)	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし	<input checked="" type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし	<input checked="" type="checkbox"/>			
入退院時・入院中のサービス								
移送サービス	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	<input checked="" type="checkbox"/> なし				
入退院時の同行	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	<input checked="" type="checkbox"/> なし				
入院中の洗濯物交換・買い物	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	<input checked="" type="checkbox"/> なし				
入院中の見舞い訪問	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	<input checked="" type="checkbox"/> なし				

※1「包含」は、複数のサービスをまとめて月額で提供する場合に該当。

※2「都度」は、サービスごとの利用料が定まっている場合に該当。料金を記載すること。

事業主体が埼玉県内で実施する事業所一覧

介護サービスの種類	箇所数	主な事業所の名称	主な事業所の所在地
<居宅サービス>			
訪問介護			
訪問入浴介護			
訪問看護	1	なでしこ訪問看護ステーション	埼玉県熊谷市美土里町2-78
訪問リハビリテーション			
居宅療養管理指導			
通所介護	2	なでしこデイサービスセンター	埼玉県熊谷市美土里町1-180
通所リハビリテーション			
短期入所生活介護			
短期入所療養介護			
特定施設入居者生活介護			
福祉用具貸与			
特定福祉用具販売			
<地域密着型サービス>			
定期巡回・随時対応型訪問介護看護			
夜間対応型訪問介護			
認知症対応型通所介護			
小規模多機能型居宅介護			
認知症対応型共同生活介護			
地域密着型特定施設入居者生活介護			
地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護			
看護小規模多機能型居宅介護			
居宅介護支援	2	なでしこ居宅介護支援事業所	埼玉県熊谷市美土里町2丁目78番
<介護予防サービス>			
介護予防訪問介護			
介護予防訪問入浴介護			
介護予防訪問看護	1	なでしこ訪問看護ステーション	埼玉県熊谷市美土里町2-78
介護予防訪問リハビリテーション			
介護予防居宅療養管理指導			
介護予防通所介護	2	なでしこデイサービスセンター	埼玉県熊谷市美土里町1-180
介護予防通所リハビリテーション			
介護予防短期入所生活介護			
介護予防短期入所療養介護			
介護予防特定施設入居者生活介護			
介護予防福祉用具貸与			
特定介護予防福祉用具販売			
<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			
介護予防小規模多機能型居宅介護			
介護予防認知症対応型共同生活介護			
介護予防支援			
<介護保険施設>			
介護老人福祉施設			
介護老人保健施設			
介護療養型医療施設			