

## 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 宮崎市大字小松1119番地  
 氏名 潤和リハビリテーション振興財団  
 代表理事 大野 順子  
 代理人 住所 同上  
 氏名

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

住宅の名称	(ふりがな) かーさあるばいちばんかん ----- カーサ・アルバ壱番館
所在地	(住居表示) 〒880-2112 宮崎県宮崎市大字小松1133番地 1
利用交通手段	<input checked="" type="checkbox"/> 1. 電車（日豊本線宮崎駅バスで15分 降車後、徒歩1分） <input checked="" type="checkbox"/> 2. その他（乗用車 宮崎駅より10分・宮崎空港より30分）
住宅に関する 権原	<input checked="" 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
施設に関する 権原	<input checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> 1. 所有権 <input type="checkbox"/> 2. 地上権 <input type="checkbox"/> 3. 賃借権 <input type="checkbox"/> 4. 使用貸借による権利 期間                      年                      月                      日から                      年                      月                      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) いっぱんざいだんほうじんじゅんわりはびりてーしょんしんこうざいだん	
	一般財団法人 潤和リハビリテーション振興財団	
住 所 (法人にあつては 主たる事務所 の所在地)	(郵便番号 880-2112 )	
	宮崎県宮崎市大字小松1119番地  電話番号 0985-47-3744	
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 (法人にあつ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	別添 2 のとおり	

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) さーびすつきこうれいしゃむけじゅうたくかーさあるばいちばんかん	
	サービス付き高齢者向け住宅 カーサ・アルバ壱番館	
事務所の所在地	(郵便番号 880-2112 )	
	宮崎県宮崎市大字小松1133番地1  電話番号 0985-47-6662	

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	97	戸	
居住部分の規模	(最小)	19.28	m <sup>2</sup>	詳細については、別添 3 のとおり
	(最大)	48.11	m <sup>2</sup>	
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	鉄筋コンクリート	造	階数 地上 5 階建
竣工の年月	2014 年 4 月 4 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	<p>次の①又は②に該当する者である。</p> <p>①単身高齢者世帯</p> <p>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。）</p>
入居契約の内容	別添入居契約書のとおり

※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	<input checked="" type="checkbox"/> 自ら <input type="checkbox"/> 委託	約 25,000 円		詳細については、別添 4 のとおり
	食事の提供	<input checked="" type="checkbox"/> 自ら <input type="checkbox"/> 委託 <input type="checkbox"/> 提供しない	約 48,000 円		
	入浴等の介護	<input type="checkbox"/> 自ら <input type="checkbox"/> 委託 <input checked="" type="checkbox"/> 提供しない	約 円		
	調理等の家事	<input checked="" type="checkbox"/> 自ら <input type="checkbox"/> 委託 <input type="checkbox"/> 提供しない	約 25,000 円		
	健康の維持増進	<input type="checkbox"/> 自ら <input type="checkbox"/> 委託 <input checked="" type="checkbox"/> 提供しない	約 円		
	その他	<input checked="" type="checkbox"/> 自ら <input type="checkbox"/> 委託 <input type="checkbox"/> 提供しない	約 0 円		
家賃の概算額	(最低)	約 48,000 円	住戸ごとの内容は別添 3 のとおり		
	(最高)	約 92,400 円			
共益費の概算額	(最低)	約 20,000 円			
	(最高)	約 20,000 円			
敷金の概算額	(最低)	約 144,000 円	家賃の 3.0 月分		
	(最高)	約 277,200 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					
家賃等の前払金の返還債務が消滅するまでの期間	年 月 日まで				
家賃等の前払金の返還額の推移	（※原則として入居契約に定めた契約の始期を起算日とする。）				
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				



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
デイサービスステーション アルバ	通所介護機能	<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
看護小規模多機能型居宅介護事業所 やわらぎ	訪問看護ステーション併設小規模多機能型居宅介護事業所	<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
訪問介護ステーション アルバ	訪問介護機能	<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
定期巡回・随時対応型訪問看護ステーション アルバ	訪問介護機能	<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
通所リハビリテーション あびりんす	通所リハ機能	<input type="checkbox"/> 同一の建築物内 <input type="checkbox"/> 同一の敷地内 <input checked="" type="checkbox"/> 隣接する土地
訪問看護ステーション やわらぎ	訪問看護・リハ機能	<input type="checkbox"/> 同一の建築物内 <input type="checkbox"/> 同一の敷地内 <input checked="" 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) じゅんわかいきねんびょういん ..... 潤和会記念病院
事業所の所在地	(郵便番号 880-2112 ) 宮崎県宮崎市大字小松1119番地 電話番号 0985-47-5555
連携又は協力の内容	外来・入院等受け入れ

連携又は協力の相手方

事業所の名称	(ふりがな) かいごろうじんほけんしせつひむかえん
	介護老人保健施設 ひむか苑
事業所の所在地	(郵便番号 880-2112 )
	宮崎県宮崎市大字小松1158番地 電話番号 0985-47-3434
連携又は協力の内容	入所・短期入所・通所りハ等受け入れ

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
おおのじゅんこ 大野 順子	代表理事
ひがしあきら 東 明	理事
おおのかずお 大野 和男	理事
めらみつのり 米良 充典	理事
すげのみちまさ 菅野 道雅	理事
たになかきち 谷 仲吉	理事
あやべたかお 綾部 隆夫	理事
はまかわとしろう 濱川 俊朗	理事
おおのやすくに 大野 康邦	理事
きしもとりゆうぞう 岸本 隆三	理事
かしわだよしのり 柏田 芳徳	監事
たなかたかし 田中 高志	監事

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	19.28	×	○	○	×	×	○	7	208・212・308・312・ 408・412・508	48,000
1	19.48	×	○	○	×	×	○	3	205・305・405	48,000
1	19.87	×	○	○	×	×	○	41	201・202・203・210・ 213・215・216・217・ 218・220・221・301・ 302・303・310・313・ 315・316・317・318・ 320・321・401・402・ 403・410・413・415・ 416・417・418・420・ 421・506・510・511・ 512・513・515・516・ 517	48,000
1	22.11	×	○	○	×	×	○	25	222・223・225・226・ 227・322・323・325・ 326・327・328・422・ 423・425・426・427・ 428・518・520・521・ 522・523・525・526・ 527	48,000
1	25.91	×	○	○	×	×	○	2	331・431	55,200
1	29.09	○	○	○	○	○	○	3	530・531・532	60,000
1	20.47	×	○	○	×	×	○	7	207・211・307・311・ 407・411・507	48,000
1	30.92	○	○	○	○	○	○	1	528	60,000
1	38.06	○	○	○	○	○	○	1	502	74,400
1	38.65	○	○	○	○	○	○	1	501	74,400
1	39.74	○	○	○	○	○	○	1	503	76,800
1	43.34	○	○	○	○	○	○	1	536	84,000
1	48.11	○	○	○	○	○	○	1	537	92,400
1	20.27	×	○	○	×	×	○	3	206・306・406	48,000

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
浴室	8	83.73	平面図⑤-2～⑤-4中央部	88	
台所・食 堂・居間	4	294.67	平面図⑤-2～⑤-4階段北側	97	
ハンディ キャッ プ・トイ レ	8	33.65	平面図⑤-2～⑤-4中央部	97	
洗濯室	4	38.14	平面図⑤-2～⑤-4中央部	97	

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。

別添 4

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 (法人にあっ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 type="checkbox"/> 社会福祉法人 <input type="checkbox"/> 指定居宅サービス事業者 <input type="checkbox"/> 指定地域密着型サービス事業者		<input type="checkbox"/> 指定居宅介護支援事業者 <input type="checkbox"/> 指定介護予防サービス事業者 <input type="checkbox"/> 指定介護予防支援事業者 <input checked="" type="checkbox"/> 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 type="checkbox"/> 介護支援専門員	人員 人	
	<input type="checkbox"/> 准看護師	人員	人	<input type="checkbox"/> 養成研修修了者	人員 人	
	<input checked="" type="checkbox"/> 介護福祉士	人員	25 人	<input type="checkbox"/> 上記以外の職員	人員 人	
			合 計		人員 25 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 近接する土地 <input type="checkbox"/> (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	0 分	～	19 時 0 分	人員 3 人
	上記以外の時間	19 時	0 分	～	9 時 0 分	人員 3 人
毎日1回以上の状況把握サービスの提供方法	一日最低3回食事の時間帯に入居者の安否を確認している。				毎日 3 回	
緊急通報サービスの内容	提供時間	常駐する日	0 時	0 分	～	24 時 0 分
		上記以外の日	<input type="checkbox"/> 24時間			
	通報方法	各戸設置のナースコールにより、PHSを介して連絡可能となるシステムを導入				
	通報先	各フロアサービスカウンターまたは1階事務所		通報先から住宅までの到着予定時間 2 分		
サービス提供の対価(概算額)	月額	約 25,000 円	前払金の算定方法			
	前払金	約 0 円				
備考	費用額は税別表示。 施設内にスタッフが常駐。連絡方法は、各戸設置のナースコールにより、各フロアサービスカウンターまたは1階事務所にて、PHSを介して連絡可能となるシステムを導入。					

※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	
食事提供を行う場所		<input type="checkbox"/> 食堂 <input type="checkbox"/> 各居住部分 <input checked="" type="checkbox"/> その他（各フロア食堂・居間）			
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 type="checkbox"/> 厨房で調理 <input type="checkbox"/> 配食サービスを利用 <input checked="" type="checkbox"/> その他（ 財団内施設厨房にて調理したものを提供 ）			
サービス提供の対価（概算額）	月額※	約 48,000 円	内訳	朝食 420 円	昼食 550 円 夕食 630 円
	前払金	約 0 円	前払金の算定方法		
備考	1食単位料金で請求。表示は税別表示。				

※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 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	<input type="checkbox"/> 入浴介護		<input type="checkbox"/> 排せつ介護	
		<input 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	円	前払金の 算定方法	
	前払金	約	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 type="checkbox"/> 365日対応		<input checked="" type="checkbox"/> その他 ( 日曜・祝日・年末年始を除き週1回程度対応 )	
	内容	<input type="checkbox"/> 調理		<input 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	25,000	円	前払金の 算定方法
	前払金	約	0	円	
備考		居室内床、トイレ、洗面台の清掃			

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 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 type="checkbox"/> 365日対応 <input type="checkbox"/> その他 ( )			
	内容	<input type="checkbox"/> 健康相談 <input 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	円	前払金の 算定方法	
	前払金	約	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 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"/> フロントサービス (宅配便受付、タクシー手配、来客対応等) <input type="checkbox"/> 利用者個別希望対応 (別途費用請求)			
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	0		円
備考	①の費用はなし。 ②の費用は以下の通り。 介護保険適用外サービス (買い物・居室の整理等) に対して、20分未満が629円、40分未満が1,274円、60分未満が1,708円 (すべて税別表示) となります。				



1. 生活支援サービス提供事業者

事業者の名称・所在地及び電話番号その他の連絡先	
事業者の名称	フリガナ カーサ・アルバジギョウショ
	カーサ・アルバ事業所
事業者の所在地	〒 880-2112
	宮崎市大字小松1133番地1
事業者の連絡先	電話番号 0985-47-6662
	FAX番号 0985-47-6698
	ホームページアドレス <a href="http://www.zaitaku.iunwakai.com/">http://www.zaitaku.iunwakai.com/</a>
事業者の代表者名	東 明

2. 住宅事業主体概要

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	フリガナ イッパングァイダンホウジン ジュンワリハビリテーションシヨクサイダン
	一般財団法人 潤和リハビリテーション振興財団
事業主体の主たる事務所の所在地	〒 880-2112
	宮崎市大字小松1119番地
事業主体の連絡先	電話番号 0985-47-3744
	FAX番号 0985-47-5202
	ホームページアドレス 有 <a href="http://www.reha.iunwakai.com/">http://www.reha.iunwakai.com/</a> 無
事業主体の代表者の氏名及び職名	氏名 大野 順子
	職名 代表理事
事業主体が行っている主な事業等	潤和会記念病院・介護老人保健施設ひむか苑・延岡リハビリテーション病院・宮崎リハビリテーション学院・潤和リハビリテーション診療研究所・訪問看護ステーションやわらぎ・看護小規模多機能居宅介護事業所やわらぎ・訪問リハビリテーション事業所・通所リハビリテーションあびりんす・潤和会居宅介護支援事業所・訪問介護ステーションアルバ・定期巡回随時対応型訪問介護看護ステーションアルバ・デイサービスステーションアルバ・カーサアルバ事業所

3. 住宅概要

住宅の名称・所在地及び電話番号その他の連絡先	
住宅の名称	フリガナ サービスツキコウレイシヤムケジ ユウタク カーサ・アルバ 仔バンカン
	サービス付き高齢者向け住宅 カーサ・アルバ壱番館
住宅の所在地	〒 880-2112
	宮崎市大字小松1133番地1
住宅の連絡先	電話番号 0985-47-6662
	FAX番号 0985-47-6698
	ホームページアドレス <a href="http://www.casa.iunwakai.com/">http://www.casa.iunwakai.com/</a>
住宅の管理者名	東 明
住宅の開設年月日	平成26年4月4日
居住の契約方式	賃貸借契約

4. 生活支援サービスの内容

生活支援サービスに関する方針等

ご入居者が安心して日常生活を送ることができるよう、以下の基本サービスを提供いたします。  
 ご入居者が介護や医療を必要とする場合は、円滑に介護サービスや医療サービスを受けられるよう、介護事業所や医療機関と連携を図ります。  
 なお、介護事業所や医療機関と連携する場合にも、ご入居者は、連携先以外のサービス事業者のサービス（介護保険サービス、医療サービス等）を自由に選択することができます。

基本サービス（入居者様全員が受けるサービスです。）

サービスの種類	料金	(提供方法・提供者)
状況把握（安否確認）サービス	27,500円/月 (税込)	・毎日、3回の食事（8時・12時・18時）毎に食堂にて住宅職員が安否の確認を行います。
生活相談サービス		・日常生活を送る中で、食事・更衣・整容・排泄・入浴に関することについて住宅職員がご相談をお受けします。
緊急時対応サービス		【0時～24時】 ・各住戸のベッドサイド、トイレ、浴室に設置してあるナースコールを押していただければ事務室及び職員が携帯しているPHSにて通報を受信の上、職員が駆けつけ必要な対応（ご家族への連絡、救急車の呼び出し等）を行います。
生活援助サービス		・室内清掃（週一回程度）、ごみ収集（平日毎日）、寝具シーツ類交換（週一回程度）、食事配膳下膳（各食事時実施）、フロントサービスを提供します。 ・主治医の指示があった場合に限り、定時にバイタル測定を実施します。長期に必要な場合は介護保険サービスをご利用ください。

上記以外の生活支援サービス等  
 (本住宅では以下のサービスを入居者様に選択していただくことができます。なお、入居者様の希望により、他のサービス事業者を利用することもできます。)

サービスの種類	料金（税込）	(提供内容・方法・提供者)
食事提供サービス	51,810円/月	・食費は月単位・月締め翌月請求となります。 ・食費：月額51,810円（30日の場合）[朝食453円、昼食594円、夕食680円] ・提供時間は朝食が8～9時、昼食が12～13時、夕食が18～19時となっています。 ・食事は、潤和会記念病院内の厨房にて専属の調理員により調理したものを提供いたします。 ・キャンセル、変更等は提供される日の2日前までにお知らせ下さい。それ以降のキャンセルについては、キャンセル料（実費）が発生してしまいますので、お気をつけ下さい。
受診付き添いサービス	2,640円/時	・病院受診はご家族様でお願いいたします。 ・職員の付添いが必要な場合に行う病院受診付き添いサービスです。月単位・月締め請求となります。 ・1時間30分未満のご利用の場合は1.5時間の請求となり、1時間30分以上2時間未満のご利用では2時間分の請求、それ以上の時間も同様の請求方法となりますのでご注意ください。
予備カードキー貸与サービス	1,100円/枚	・1戸当たり2枚目以降のカードキーの貸与のサービスです。 ・月単位・月締め請求となります。
コピーサービス	白黒11円/枚	・コピーサービスです。 ・月単位・月締め請求となります。
ご家族様ゲストルーム宿泊時シーツ貸与サービス	2,200円/日	・ご家族様等のゲストルームのご利用の際のシーツ貸与サービスです。 ・月単位・月締め請求となります。
その他、身体介護を含まない生活支援サービス	10分未満347円 20分未満692円 40分未満1401円 60分未満1879円	・介護保険訪問介護サービス対象外で、基本サービス費に含まれないサービスです。 ・月単位・月締め請求となります。

5. 生活支援サービス職員体制

生活支援サービス職員体制等		
生活支援サービス職員		
サービス種別	人数	資格・委託先等
状況把握・生活相談・生活支援・緊急時対応サービス	27人	介護福祉士・介護職員・事務員・清掃員
食事提供サービス	3人	調理員・管理栄養士（財団職員）
夜間の職員体制	常駐の <b>有</b> ・ 無 )	3人 (うち1名は宿直)

## 6. 月額利用料の請求及び支払方法

20230623  
カーサ・アルバ壱番館

請求方法	基本サービス・選択サービスともに、毎月15日頃まで（当該日が土日祝日の場合翌営業日）に請求書を発行し、入居者様に送付します。（生活支援サービス契約書第6条参照）
支払方法	請求した月の22日（当該日が土日祝日の場合翌営業日）までに甲へ口座振替払の方法で支払っていただきます。

## 7. 生活支援サービスへの苦情に対応する窓口等

苦情に対応する窓口等の状況	
窓口の名称	カーサ・アルバ事業所 1階事務所 苦情受付窓口
電話番号	0985-47-6662
対応している時間	平日 9時 00分 ~ 17時 00分
	土曜 時 分 ~ 時 分
	日曜 時 分 ~ 時 分
	祝日 時 分 ~ 時 分
定休日	土曜・日曜・祝日・年末年始（12月29日～1月3日）
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	
具体的な対応	本契約に基づき、生活支援サービス等を入居者に提供した場合に、万一、事故が発生し、入居者の生命・身体等に損害が生じた場合は、速やかに必要な対応及び措置（ご家族への連絡、救急車の呼び出し等）を行います。

## 8. 生活支援サービス利用に当たっての留意事項

外出・帰宅・訪問等	
外出・帰宅及びご家族様等の来訪等の時間制限はありません。なお、外出の際や外泊時は、事前に住宅職員へご連絡下さい。感染症等の状況により宮崎県および宮崎市から要請があった場合や皆様の安全確保のために必要と判断した場合は制限いたします。	
共用施設の利用について	
浴室	毎日9時から20時までの30分単位の予約枠にて、最長1時間までご利用いただけます。原則1日1回のご利用となります。予約は当日8時からの受付となります。なお、時間帯によっては混雑する事も予想されますので、お互い協力し合いご利用いただきますようお願いいたします。
食堂・娯楽室その他	ご利用の際には職員にお声がけください。会議や出張売店などで使用できない時は事前にお知らせいたします。

## 9. 契約の解除内容等

入居者からの解約		
入居者は事業者に対して、解約する30日前までに文書にて解約の申し出を下記連絡先に通知することで、本契約を解約することができます（生活支援サービス契約書第9条参照）。		
契約解約時の連絡先	名称	カーサ・アルバ事業所 1階事務所
	電話	0985-47-6662
事業者からの解除		
事業者は、生活支援サービス契約書第8条の規定に基づき、以下の場合には本契約を解除することができます。 ①入居契約書第11条に該当する状況に至った場合 ②他の入居者の生命の危害を及ぼす恐れがある場合 ③本契約を継続することが社会通念上、著しく困難な場合 ④入居者が正当な理由なく支払うべきサービス利用料を3か月以上滞納し、相当の期間を定めて催告したにもかかわらず、なお期間内に滞納額の全額の支払いがない場合		

## 10. 損害賠償責任保険の内容

損害賠償責任保険の加入状況		
有	無	(東京海上日動火災保険株式会社 施設・生産物賠償責任保険)

説明年月日 \_\_\_\_\_ 年 月 日

様に対して、賃貸借契約書、生活支援サービス契約書及び生活支援サービス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 潤和地域包括ケアセンター カーサ・アルバ壱番館

所在地 宮崎市大字小松 1 1 3 3 番地 1

代表者名 代表理事 大野 順子 印

説明者氏名 印

私は上記事業者から、賃貸借契約書、生活支援サービス契約書及び生活支援サービス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

- 20161101改定
- 20180401改定
- 20181201改定
- 20191001改定
- 20221001改定
- 20230401改定
- 20230623改定