

重要事項説明書

記入年月日	2025年2月16日
記入者名	池田 崇子
所属・職名	ホーム長

1. 事業主体概要

種類	個人／法人	
	※法人の場合、その種類	株式会社
名称	(ふりがな) みもざかぶしきがいしゃ ミモザ株式会社	
主たる事務所の所在地	〒140-0004 東京都品川区南品川二丁目2番5号	
連絡先	電話番号	03-5796-0630
	FAX番号	03-5796-0631
	ホームページアドレス	https://www.mimoza-care.jp/
代表者	氏名	清水 亨
	職名	代表取締役
設立年月日	昭和・平成 11年 8月 27日	
主な実施事業	※別添1 (別に実施する介護サービス一覧表)	

2. 有料老人ホーム事業の概要

(住まいの概要)

名称	(ふりがな) みもざかわごえやまぶきえんあんだるしあ ミモザ川越やまぶき苑アングルシア	
所在地	〒350-1101 埼玉県川越市大字的場 2464 番地 88	
主な利用交通手段	最寄駅	東武東上線 霞ヶ関駅 JR川越線 的場駅
	交通手段と所要時間	東武東上線「霞ヶ関駅」より徒歩8分 JR川越線「的場駅」より徒歩13分
連絡先	電話番号	049-239-3677
	FAX番号	049-239-3678

	ホームページアドレス	https://www.mimoza-care.jp/
管理者	氏名	池田 崇子
	職名	ホーム長
建物の竣工日		昭和・平成 28年 9月 14日
有料老人ホーム事業の開始日		昭和・平成 28年 11月 1日

(類型)【表示事項】

1 介護付（一般型特定施設入居者生活介護を提供する場合）		
2 介護付（外部サービス利用型特定施設入居者生活介護を提供する場合）		
3 住宅型		
4 健康型		
1又は2に 該当する場 合	介護保険事業者番号	
	指定した自治体名	県（市）
	事業所の指定日	平成 年 月 日
	指定の更新日（直近）	平成 年 月 日

3. 建物概要

土地	敷地面積	971.25 m ²	
	所有関係	1 事業者が自ら所有する土地	
		2 事業者が賃借する土地	
		抵当権の有無	<input checked="" type="checkbox"/> あり 2 なし
契約期間		1 あり (年 月 日 ~ 年 月 日) 2 なし	
	契約の自動更新	1 あり 2 なし	
建物	延床面積	全体	993.94 m ²
		うち、老人ホーム部分	993.94 m ²
	耐火構造	1 耐火建築物	
		<input checked="" type="checkbox"/> 準耐火建築物	
		3 その他 ()	
	構造	1 鉄筋コンクリート造	
<input checked="" type="checkbox"/> 鉄骨造			
3 木造			
4 その他 ()			
所有関係	1 事業者が自ら所有する建物		
	<input checked="" type="checkbox"/> 事業者が賃借する建物		
	抵当権の設定	<input checked="" type="checkbox"/> あり 2 なし	

		契約期間	<input type="checkbox"/> あり (平成 28 年 9 月 28 日～平成 58 年 9 月 30 日) <input type="checkbox"/> なし			
		契約の自動更新	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし			
居室の状況	居室区分 【表示事項】	<input type="checkbox"/> 全室個室				
		2 相部屋あり				
		最少	人部屋			
		最大	人部屋			
		トイレ	浴室	面積	戸数・室数	区分※
	タイプ1	<input type="checkbox"/> 有/ <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有/ <input type="checkbox"/> 無	19.01 m ²	7	一般居室個室
	タイプ2	<input type="checkbox"/> 有/ <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有/ <input type="checkbox"/> 無	18.91 m ²	2	一般居室個室
	タイプ3	<input type="checkbox"/> 有/ <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有/ <input type="checkbox"/> 無	18.87 m ²	1	一般居室個室
	タイプ4	<input type="checkbox"/> 有/ <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有/ <input type="checkbox"/> 無	18.73 m ²	20	一般居室個室
	タイプ5	<input type="checkbox"/> 有/ <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有/ <input type="checkbox"/> 無	m ²		
	タイプ6	<input type="checkbox"/> 有/ <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有/ <input type="checkbox"/> 無	m ²		
タイプ7	<input type="checkbox"/> 有/ <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有/ <input type="checkbox"/> 無	m ²			
タイプ8	<input type="checkbox"/> 有/ <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有/ <input type="checkbox"/> 無	m ²			
タイプ9	<input type="checkbox"/> 有/ <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有/ <input type="checkbox"/> 無	m ²			
タイプ10	<input type="checkbox"/> 有/ <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有/ <input type="checkbox"/> 無	m ²			
※「一般居室個室」「一般居室相部屋」「介護居室個室」「介護居室個室」「介護居室相部屋」「一時介護室」の別を記入。						
共用施設	共用便所における 便房	3ヶ所	うち男女別の対応が可能な便房		3ヶ所	
			うち車椅子等の対応が可能な便房		2ヶ所	
	共用浴室	3ヶ所	個室		3ヶ所	
			大浴場		ヶ所	
	共用浴室における 介護浴槽	1ヶ所	チェアー浴		1ヶ所	
			リフト浴		ヶ所	
			その他 ()		ヶ所	
食堂	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし					
入居者や家族が利 用できる調理設備	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし					
エレベーター	<input type="checkbox"/> あり (車椅子対応) <input type="checkbox"/> あり (ストレッチャー対応) <input type="checkbox"/> あり (上記1・2に該当しない) <input type="checkbox"/> なし					
消防用設備 等	消火器	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし				
	自動火災報知設備	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし				

	火災通報設備	1	あり	2	なし
	スプリンクラー	1	あり	2	なし
	防火管理者	1	あり	2	なし
	防災計画	1	あり	2	なし
その他					

4. サービスの内容

(全体の方針)

運営に関する方針	介護事業者として、お元気な方から、介護の必要な方まで、その人らしい自由度の高い暮らしを支援するとともに、地域に根差した温かい住まいを目指します。
サービスの提供内容に関する特色	「いつまでも健康美(うつく)しく」「暮らしに文化を」「食の楽しみを」をテーマに、日々の暮らしがゆしみのある充実したものになるよう様々なイベントをご提供いたします。
入浴、排せつ又は食事の介護	1 自ら実施 2 委託 3 なし
食事の提供	1 自ら実施 2 委託 3 なし
洗濯、掃除等の家事の供与	1 自ら実施 2 委託 3 なし
健康管理の供与	1 自ら実施 2 委託 3 なし
安否確認又は状況把握サービス	1 自ら実施 2 委託 3 なし
生活相談サービス	1 自ら実施 2 委託 3 なし

(介護サービスの内容) ※特定施設入居者生活介護等の提供を行っていない場合は省略可能

特定施設入居者生活介護の加算の対象となるサービスの体制の有無	個別機能訓練加算	1	あり	2	なし	
	夜間看護体制加算	1	あり	2	なし	
	医療機関連携加算	1	あり	2	なし	
	看取り介護加算	1	あり	2	なし	
	認知症専門ケア加算	(I)	1	あり	2	なし
		(II)	1	あり	2	なし
	サービス提供体制強化加算	(I)イ	1	あり	2	なし
		(I)ロ	1	あり	2	なし
(II)		1	あり	2	なし	
人員配置が手厚い介護サービスの実施の有無	1	あり	(介護・看護職員の配置率) : 1			
	2	なし				

(医療連携の内容)

医療支援 ※複数選択可		<input type="checkbox"/> 1 救急車の手配 <input type="checkbox"/> 2 入退院の付き添い <input type="checkbox"/> 3 通院介助 <input type="checkbox"/> 4 その他（緊急時連絡先への状況説明）	
協力医療機関	1	名称	医療法人 埼玉病院
		住所	川越市小仙波町 1-8-3
		診療科目	内科、呼吸器科、循環器内科、心療内科他
		協力内容	診断治療等
	2	名称	
		住所	
		診療科目	
		協力内容	
協力歯科医療機関		名称	
		住所	
		協力内容	

(入居後に居室を住み替える場合) ※住み替えを行っていない場合は省略可能

入居後に居室を住み替える場合 ※複数選択可		<input type="checkbox"/> 1 一時介護室へ移る場合 <input type="checkbox"/> 2 介護居室へ移る場合 <input type="checkbox"/> 3 その他（ ）	
判断基準の内容			
手続きの内容			
追加的費用の有無		1 あり 2 なし	
居室利用権の取扱い			
前払金償却の調整の有無		1 あり 2 なし	
従前の居室との 仕様の変更	面積の増減	1 あり 2 なし	
	便所の変更	1 あり 2 なし	
	浴室の変更	1 あり 2 なし	
	洗面所の変更	1 あり 2 なし	
	台所の変更	1 あり 2 なし	
	その他の変更	1 あり	(変更内容)
		2 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"/> 1 あり 2 なし
	要支援の者	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり 2 なし
	要介護の者	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり 2 なし
留意事項	<p>次の①または②に該当するものである</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・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等が認める者）</p> <p>（「高齢者」とは、60歳以上の者または要介護・要支援認定を受けている60歳未満の者をいう。）</p>	
契約の解除の内容	入居契約書第16条による	
事業主体から解約を求める場合	解約条項	<p>1. 事業者は、入居者の行動が他の居住者の生命に危害を及ぼす恐れがあり、かつ通常的生活支援方法では、これを防止することができず、本契約を将来にわたって継続する事が社会通念上著しく困難であると考えられる場合に、本契約を解除する事が出来ます。</p> <p>2. 前項の場合、事業者は次の手続きを行います。</p> <p>①一定の観察期間をおくこと。</p> <p>②主治医及び生活支援サービススタッフ等の意見を聴くこと。</p> <p>③契約解除の告知に先立ち、入居者本人の意思を確認すること。</p> <p>3. 事業者は入居者が正当な理由なく事業者を支払うべきサービス利用料を3ヶ月以上滞納した場合において入居者に対し、相当の期間を定めてもなお期間内に滞納額の全額の支払がないときは、この契約を解除することがあります。</p>
	解約予告期間	30日
入居者からの解約予告期間	30日	
体験入居の内容	<p><input checked="" type="checkbox"/> 1 あり（内容： 1泊2日 11,000円（食費、消費税込） 期間は14日間を限度とします）</p> <p>2 なし</p>	

入居定員	30人
その他	

5. 職員体制

※有料老人ホームの職員について記載すること（同一法人が運営する他の事業所の職員については記載する必要はありません）。

（職種別の職員数）

	職員数（実人数）			常勤換算人数 ※1※2
	合計	常勤	非常勤	
管理者（施設長）	1	1		生活相談員兼務
生活相談員（コンシェルジュ）	4	3	1	管理者兼務
直接処遇職員				
機能訓練指導員				
計画作成担当者				
栄養士				
調理員	4	0	4	
事務員				
その他職員				
1週間のうち、常勤の従業者が勤務すべき時間数※2				
※1 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。				
※2 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。				

（資格を有している介護職員の人数）

	合計		
	常勤	非常勤	
社会福祉士			
介護福祉士	4	2	2
実務者研修の修了者	1	1	
初任者研修の修了者			
介護支援専門員			

(資格を有している機能訓練指導員の人数)

	合計	
	常勤	非常勤
看護師又は准看護師		
理学療法士		
作業療法士		
言語聴覚士		
柔道整復士		
あん摩マッサージ指圧師		

(夜勤を行う人数)

夜勤帯の設定時間 (17時～翌 9時)		
	平均人数	最少時人数 (休憩者等を除く)
夜勤者	1人	1人
介護職員	人	人

(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、本欄は省略可能)	契約上の職員配置比率※ 【表示事項】	a 1.5 : 1以上 b 2 : 1以上 c 2.5 : 1以上 d 3 : 1以上
	実際の配置比率 (記入日時点での利用者数 : 常勤換算職員数)	: 1
※広告、パンフレット等における記載内容に合致するものを選択		
外部サービス利用型特定施設である有料老人ホームの介護サービス提供体制(外部サービス利用型特定施設以外の場合、本欄は省略可能)	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 (ホーム長)	他の職務との兼務					1 あり 2 なし				
	業務に係る資格等					1 あり				
						資格等の名称				
					2 なし					
	看護職員		介護職員		生活相談員 (コンシェルジュ)		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						1				
前年度1年間の退職者数										
応じた業務に従事した経年数に 職員の人数	1年未満									
	1年以上									
	3年未満									
	3年以上									
	5年未満									
	5年以上					3				
	10年以上									
従業者の健康診断の実施状況					1 あり 2 なし					

6. 利用料金

(利用料金の支払い方法)

居住の権利形態 【表示事項】	1 利用権方式 2 建物賃貸借方式 3 終身建物賃貸借方式	
利用料金の支払い方式 【表示事項】	1 全額前払い方式 2 一部前払い・一部月払い方式 3 月払い方式	
	4 選択方式 ※該当する方式を全て選択	1 全額前払い方式 2 一部前払い・一部月払い方式 3 月払い方式
年齢に応じた金額設定	1 あり 2 なし	
要介護状態に応じた金額設定	1 あり 2 なし	
入院等による不在時における 利用料金 (月払い) の取扱い	1 減額なし 2 日割り計算で減額	

		③ 共益費は不在期間が30日以上の場合に限り、50%減額します。
利用料金の改定	条件	<ul style="list-style-type: none"> ・土地又は建物に対する租税その他の負担の増減により賃料が不相当となった場合 ・地又は建物の価格の上昇又は低下その他の経済事情の変動により賃料が不相当となった場合 ・近傍同種の建物の賃料に比較して賃料が不相当となった場合 ・本物件、附属施設・設備又は本物件の敷地に改良を施した場合
	手続き	運営懇談会を開催し意見を聞き、料金を改定する。

(利用料金のプラン【代表的なプランを2例】)

		プラン1	プラン2	
入居者の状況	要介護度			
	年齢	歳	歳	
居室の状況	床面積	m ²	m ²	
	便所	① 有 2 無	① 有 2 無	
	浴室	1 有 ② 無	1 有 ② 無	
	台所	1 有 ② 無	1 有 ② 無	
入居時点で必要な費用	前払金	0円	0円	
	敷金	180,000円	190,000円	
	ご夫婦・兄弟・親子等に該当する場合の前払金	0円	0円	
	ご夫婦・兄弟・親子等に該当する場合の敷金	153,000円	161,500円	
月額費用の合計		219,700円	224,700円	
ご夫婦・兄弟・親子等に該当する場合の月額費用の合計※1		202,825円	207,075円	
サービス費用	家賃	90,000円	95,000円	
	ご夫婦・兄弟・親子等に該当する場合の適用賃料※3	76,500円	80,750円	
	特定施設入居者生活介護※1の費用	円	円	
	介護保険外※2	食費	55,500円	55,500円
		共益費(上下水道費含む)	22,500円	22,500円
		ご夫婦・兄弟・親子等に該当する場合の適用共益費※3	19,125円	19,125円
		光熱費	個別メーターにより精算	個別メーターにより精算
生活支援サービス費		51,700円	51,700円	

	介護費用	円	円
	その他	円	円

※1 介護予防・地域密着型の場合を含む。
 ※2 有料老人ホーム事業として受領する費用（訪問介護などの介護保険サービスに関わる介護費用は、同一法人によって提供される介護サービスであっても、本欄には記入していない）
 ※3 各々の関係性が2親等以内（入居資格は本規程「4.入居者の資格」に準拠します）の場合、各々の入居者に適用される料金となります。
 ※4 1ヵ月に満たない期間の賃料及び共益費は、1ヵ月を30日として日割り計算した額とします。

(利用料金の算定根拠)

費目	算定根拠
家賃	建物の賃借料、設備備品費等を基礎として、1室あたりの家賃を算出した。
敷金	家賃の2ヶ月分
共益費（上下水道費含む）	共用施設整備費、エレベーター維持費、環境植栽整備費などの共用部分の維持管理費です。
光熱費	個別メーターにより精算
食費	厨房維持費、及び1日3食を提供するための費用。
生活支援サービス費	緊急通報装置等緊急連絡対応・安否確認・フロントサービス等に係る生活支援サービス提供職員の人件費
介護費用	※介護保険サービスの自己負担額は含まない。
利用者の個別的な選択によるサービス利用料	別添2
その他のサービス利用料	

(特定施設入居者生活介護に関する利用料金の算定根拠) ※特定施設入居者生活介護等の提供を行っていない場合は省略可能

費目	算定根拠
特定施設入居者生活介護※に対する自己負担	
特定施設入居者生活介護※における人員配置が手厚い場合の介護サービス（上乘せサービス）	
※ 介護予防・地域密着型の場合を含む。	

(前払金の受領) ※前払金を受領していない場合は省略可能

算定根拠	
想定居住期間（償却年月数）	ヶ月
償却の開始日	

(入居者の属性) 5

平均年齢	88 歳
入居者数の合計	30 人
入居率※	100%
※ 入居者数の合計を入居定員数で除して得られた割合。一時的に不在となっている者も入居者に含む。	

(前年度における退去者の状況) ※2021. 4-2022. 3

退去先別の人数	自宅等	1 人
	社会福祉施設	0 人
	医療機関	0 人
	死亡者	0 人
	その他	9 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	10 人
	(解約事由の例)	・施設への住み替え ・入居には時期が早いとご自身で判断された

8. 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) ※複数の窓口がある場合は欄を増やして記入すること。

窓口の名称	川越市役所 福祉部 高齢者生きがい課	
電話番号	049-224-5809	
対応している時間	平日	8:30~17:15
	土曜	
	日曜・祝日	
定休日	土日祝日	

窓口の名称	ミモザ川越やまぶき苑アンダルシア	
電話番号	049-239-3677	
対応している時間	平日	9:00~17:00
	土曜	9:00~17:00
	日曜・祝日	9:00~17:00

定休日	無し
-----	----

窓口の名称	ミモザ株式会社 本社 お客様相談室	
電話番号	03-6712-8110	
対応している時間	月曜～金曜	8:30～17:30
	土曜	留守番電話対応
	日曜	留守番電話対応
定休日	土曜日・日曜日	

(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)

損害賠償責任保険の加入状況	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり	(その内容) あいおいニッセイ同和損害保険株式会社 介護保険・社会福祉事業者総合保険に 加入
	2 なし	
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	1 あり	(その内容)
	2 なし	
事故対応及びその予防のための指針	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり	2 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 checked="" type="checkbox"/> 1 あり	実施日	意見箱通年設置 都度対応
		結果の開示	1 あり <input type="checkbox"/> 2 なし
第三者による評価の実施状況	1 あり	実施日	
		評価機関名称	
		結果の開示	1 あり 2 なし
	<input type="checkbox"/> 2 なし		

9. 入居希望者への事前の情報開示

入居契約書の雛形	<input checked="" type="checkbox"/> 1 入居希望者に公開 <input type="checkbox"/> 2 入居希望者に交付 3 公開していない
管理規程	<input checked="" type="checkbox"/> 1 入居希望者に公開 <input type="checkbox"/> 2 入居希望者に交付 3 公開していない
事業収支計画書	<input checked="" type="checkbox"/> 1 入居希望者に公開

	2 入居希望者に交付 3 公開していない
財務諸表の要旨	<input checked="" type="checkbox"/> 1 入居希望者に公開 2 入居希望者に交付 3 公開していない
財務諸表の原本	1 入居希望者に公開 2 入居希望者に交付 <input checked="" type="checkbox"/> 3 公開していない

10. その他

運営懇談会	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり	(開催頻度) 年1回
	2 なし	
	1 代替措置あり	(内容)
	2 代替措置なし	
提携ホームへの移行 【表示事項】	1 あり (提携ホーム名:) <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし	
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	1 あり 2 なし <input checked="" type="checkbox"/> 3 サービス付き高齢者向け住宅の登録を行っているため、高齢者の居住の安定確保に関する法律第23条の規定により、届出が不要	
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"/> 1 あり 2 なし	
有料老人ホーム設置運営指導指針「5.規模及び構造設備」に合致しない事項	1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし	
合致しない事項がある場合の内容		
「6.既存建築物等の活用の場合等の特例」への適合性	1 適合している (代替措置) 2 適合している (将来の改善計画) 3 適合していない	
有料老人ホーム設置運営指導指針の不適合事項	なし	
不適合事項がある場合の内容		

添付書類：別添1（別の実施する介護サービス一覧表）
別添2（個別選択による介護サービス一覧表）

※_____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。

別添 1 事業主体が当該都道府県、指定都市、中核市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	ミモザヘルパ ーステーショ ン川越	川越市大字的場2466-16
訪問入浴介護	あり	なし		
訪問看護	あり	なし		
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		
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		
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		
福祉用具貸与	あり	なし		
特定福祉用具販売	あり	なし		
<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	ミモザ川越 清水 ミモザ川越 石原	川越市清水町9-7 川越市石原町2-30-1
認知症対応型共同生活介護	あり	なし	ミモザ川越 清水 ミモザ川越 石原	川越市清水町9-7 川越市石原町2-30-1
地域密着型特定施設入居者生活介護	あり	なし	ミモザ川 越	川越市大字的場2464-2
地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護	あり	なし		
看護小規模多機能型居宅介護	あり	なし		
居宅介護支援	あり	なし		
<居宅介護予防サービス>				
介護予防訪問介護	あり	なし	ミモザヘルパ ーステーショ ン川越	川越市大字的場2466-16
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		
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	ミモザ川越 やまぶき苑	川越市大字的場2466-16
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		
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		
介護予防福祉用具貸与	あり	なし		
特定介護予防福祉用具販売	あり	なし		
<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	ミモザ川越	川越市清水町9-7

			清水 ミモザ川越 石原	川越市石原町2-30-1
地域密着型通所介護	<input checked="" type="checkbox"/>	なし	ミモザ川越 やまぶき苑	川越市大字的場2466-16
介護予防認知症対応型共同生活介護	<input checked="" type="checkbox"/>	なし	ミモザ川越 清水 ミモザ川越 石原	川越市清水町9-7 川越市石原町2-30-1
介護予防支援	あり	<input checked="" type="checkbox"/>		
<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		

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 東京都品川区南品川二丁目2番5号
 氏名 ミモザ株式会社 代表取締役 清水 亨
 代理人 住所 埼玉県川越市大字的場2464番地88
 氏名 ミモザ川越やまぶき苑アングルシア

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) みもざかわごえやまぶきえんあんだるしあ ----- ミモザ川越やまぶき苑アングルシア
所在地	(住居表示) 〒350-1101 埼玉県川越市大字的場2464番地88
利用交通手段	<input checked="" type="checkbox"/> 1. 電車（東武東上線 霞ヶ関駅から徒歩で8分） <input type="checkbox"/> 2. その他（ ）
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 2016年 9月 28日から 2046年 9月 30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 type="checkbox"/> 3. 賃借権 <input checked="" type="checkbox"/> 4. 使用貸借による権利 期間 2016年 9月 28日から 2046年 9月 30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) みもざかぶしきがいしゃ	
	ミモザ株式会社	
住 所 (法人にあつては 主たる事務所 の所在地)	(郵便番号 140-0004)	
	東京都品川区南品川二丁目2番5号 電話番号 03-5796-0630	
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) みもざかぶしきがいしゃ	
	ミモザ株式会社	
事務所の所在地	(郵便番号 140-0004)	
	東京都品川区南品川二丁目2番5号 電話番号 03-5796-0630	

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)	18.73	m ²	詳細については、別添 3 のとおり
	(最大)	19.01	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	軽量鉄骨	造	階数 地上 2 階建
竣工の年月	2016 年 9 月 14 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	2016 年 11 月 1 日から
--------	-------------------

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）	詳細については、別添 4 のとおり
	状況把握 生活相談	■ 自ら □ 委託	約 51,700 円	
高齢者生活支援サービス	食事の提供	■ 自ら □ 委託 □ 提供しない	約 55,500 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 0 円	
	その他	■ 自ら □ 委託 □ 提供しない	約 円	
家賃の概算額	(最低) 約 76,500 円	住戸ごとの内容は別添 3 のとおり		
	(最高) 約 95,000 円			
共益費の概算額	(最低) 約 19,125 円			
	(最高) 約 22,500 円			
敷金の概算額	(最低) 約 153,000 円	家賃の 2.0 月分		
	(最高) 約 190,000 円			
前払金※の有無	□ あり ■ 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 <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 <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 <input checked="" type="checkbox"/> 指定を受けていない
介護サービス情報	(特定施設入居者生活介護事業者、地域密着型特定施設入居者生活介護事業所若しくは介護予防特定施設入居者生活介護事業所の指定を受けている場合には、別紙により、介護保険法第115条の35第1項に規定する介護サービス情報を示す。)

※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 (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
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
ミモザ川越	特定施設入居者生活介護	<input type="checkbox"/> 同一の建築物内 <input checked="" type="checkbox"/> 同一の敷地内 <input type="checkbox"/> 隣接する土地
ミモザ川越やまぶき苑	通所介護サービス	<input type="checkbox"/> 同一の建築物内 <input checked="" type="checkbox"/> 同一の敷地内 <input type="checkbox"/> 隣接する土地
ミモザヘルプステーション川越	訪問介護事業	<input type="checkbox"/> 同一の建築物内 <input checked="" 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

基本方針及び県の高齢者住居安定確保計画に沿って運営します。

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

役員名簿

(ふりがな) 氏名	役名等
もりやまひろし 森山 浩	代表取締役
しみずとおる 清水 亨	代表取締役
おおみなみたかや 大南 貴哉	代表取締役
まつもとこうじ 松本 考二	取締役
いなたたかひさ 稲田 貴久	取締役
ちょうなんたかし 長南 貴志	取締役
おおばすえこ 大場 末子	取締役
やまもとかずま 山本 一馬	取締役
のせやすし 能瀬 靖史	取締役
はまのぞみ 濱 のぞみ	取締役
むらかわまさし 村川 将	取締役
ひがしやましげき 東山 茂樹	取締役
まついげん 松井 元	監査役
さいとうよしゆき 斎藤 静敬	監査役
かくしょうとよかず 覺正 豊和	監査役
いいおやすお 飯尾 康夫	監査役

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	19.01	×	○	○	×	×	○	3	101, 106, 115	90,000
1	18.91	×	○	○	×	×	○	1	108	90,000
1	18.73	×	○	○	×	×	○	8	102, 103, 105, 107, 110, 111, 112, 113	90,000
1	19.01	×	○	○	×	×	○	4	201, 206, 215, 216	95,000
1	18.91	×	○	○	×	×	○	1	208	95,000
1	18.87	×	○	○	×	×	○	1	222	95,000
1	18.73	×	○	○	×	×	○	12	202, 203, 205, 207, 210, 211, 212, 213, 217, 218, 220, 221	95,000

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・居間	1	95.95	1階	30	
浴室・脱衣室	3	41.60	1階・2階	30	
共用便所	3	13.80	1階・2階	30	
洗濯室	1	5.15	2階	30	
ラウンジ	1	25.47	2階	30	
収納	1	2.76	2階	30	
台所	2	4.96	1階・2階	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 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 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	3 人	<input checked="" type="checkbox"/> 上記以外の職員	人員	8 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	9 時 0 分	~	17 時 0 分	人員 1 人	
	上記以外の時間	時 分	~	時 分	人員 人	
毎日1回以上の状況把握サービスの提供方法	日中居宅に訪問し、又は食事や外出の機会に毎日少なくとも1回安否確認をさせていただきます。				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	0 時 0 分 ~	24 時 0 分		
		上記以外の日	<input type="checkbox"/> 24時間			
	通報方法	スタッフコール外部転送によるオンコール				
	通報先	オンコール担当スタッフの携帯		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 51,700 円	前払金の			
	前払金	約 0 円	算定方法			
備考	生活相談サービス ①日常生活における心配事等の相談に応じ必要な助言を行います。 ②専門的なご相談は必要に応じ専門機関の情報を提供します。					

※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 checked="" type="checkbox"/> その他（病気等の緊急時は居室へ配膳・下膳します。）				
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"/> 3食 <input checked="" 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 55,500 円	内訳	朝食 389 円	昼食 691 円 夕食 770 円
	前払金	約 0 円	前払金の算定方法		
備考	<ul style="list-style-type: none"> ・食事は朝食、昼食、夕食毎にご利用いただいた回数月単位での請求となります。 ・朝食は7時～8時まで、昼食は12時～13時まで、夕食は18時～19時まで。 ・食事の申込みは1週間単位（月～日曜日）です。 ・キャンセルは提供される日の3日前までにお知らせください。 				

※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 checked="" type="checkbox"/> その他 (身辺介助・服薬確認介助)			
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. 希望により提供される身体介助サービスです。（※詳細は管理規程参照） 2. サービス提供時間（9時～17時）のサービス提供の対価…330円/5分以内～ 3. 夜間（17時～翌9時）のサービス提供対価：440円/5分以内～				

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 checked="" type="checkbox"/> その他 (家事・代行・付添・入退院時支援)			
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. 希望により提供される生活支援サービスです。（※詳細は管理規程参照） 2. サービス提供時間（9時～17時）のサービス提供の対価… 165円／5分以内～ 3. 夜間（17時～翌9時）のサービス提供の対価 …220円／5分以内～				

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 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	1. サービス提供時間は9時～17時です。 2. バイタル測定や健康のご相談にのり、必要に応じて医療機関やご家族へ連絡します。 3. サービス提供の対価は生活相談サービス費に含まれます。		

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	1. サービス提供時間は9時～17時です。 2. フロント・住み替えサービスの内容は管理規程をご覧ください。 3. 希望により提供されるその他生活支援サービスの内容は管理規程をご覧ください。	
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	フロント・住み替えサービスの提供対価は生活相談サービス費に含まれます。		