

重要事項説明書

記入年月日	令和5年7月1日
記入者名	白井彬寛
所属・職名	管理者

1. 事業主体概要

種類	個人/法人
	法人の場合、その種類 営利法人
名称	(ふりがな) みもぞかぶしきがいしゃ 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	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) みもぞおゆみの ミモザおゆみ野
所在地	〒266-0032 千葉市緑区おゆみ野中央5丁目3番地6
主な利用交通手段	最寄駅 鎌取駅
	交通手段と所要時間 JR外房線「鎌取」駅 徒歩約12分
連絡先	電話番号 043-291-8091
	FAX番号 043-291-8093
	ホームページアドレス https://www.mimoza-care.jp/
管理者	氏名 白井彬寛
	職名 管理者
建物の竣工日	平成26年2月28日
有料老人ホーム事業の開始日	平成26年4月1日

(類型) 【表示事項】

1	<input checked="" type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 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)
3	<input type="checkbox"/> 住宅型
4	<input type="checkbox"/> 健康型

1又は2に該当する場合	介護保険事業者番号	1290500048
	指定した自治体名	千葉県
	事業所の指定日	平成26年4月1日
	指定の更新日（直近）	令和2年4月1日

3. 建物概要

土地	敷地面積	1,357.92㎡				
	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	1	あり	2	なし
		契約期間	1	あり	(年 月 日 ~ 年 月 日)	
契約の自動更新	1	あり	2	なし		
建物	延床面積	全体	1,357.92㎡			
		うち、老人ホーム部分	1,259.54㎡			
	耐火構造	1 耐火建築物				
		2 <input checked="" type="checkbox"/> 準耐火建築物				
		3 その他 ()				
		4 その他 ()				
	構造	1 鉄筋コンクリート造				
		2 <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					
	2 <input checked="" type="checkbox"/> 事業者が賃借する建物					
	抵当権の設定	1	あり	2	<input checked="" type="checkbox"/> なし	
	契約期間	1	<input checked="" type="checkbox"/> あり	(平成26年3月7日 ~ 令和26年3月6日)		
	契約の自動更新	1	<input checked="" type="checkbox"/> あり	2	なし	
居室の状況	居室区分 【表示事項】	1 <input checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> 有 / <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 / <input checked="" type="checkbox"/> 無	18.93㎡	13	介護居室 個室
	タイプ2	<input checked="" type="checkbox"/> 有 / <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 / <input checked="" type="checkbox"/> 無	18.81㎡	10	介護居室 個室
	タイプ3	<input checked="" type="checkbox"/> 有 / <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 / <input checked="" type="checkbox"/> 無	19.11㎡	6	介護居室

						個室
	タイプ4	有/無	有/無	m ²		
	タイプ5	有/無	有/無	m ²		
	タイプ6	有/無	有/無	m ²		
	タイプ7	有/無	有/無	m ²		
	タイプ8	有/無	有/無	m ²		
	タイプ9	有/無	有/無	m ²		
	タイプ10	有/無	有/無	m ²		
共用施設	※「一般居室個室」「一般個室相部屋」「介護居室個室」「介護居室相部屋」「一時介護室」の別を記入。					
	共用便所における便房	4ヶ所	うち男女別の対応が可能な便房			ヶ所
			うち車椅子等の対応が可能な便房			4ヶ所
	共用浴室	2ヶ所	個浴			2ヶ所
			大浴場			ヶ所
	共用浴室における介護浴槽	ヶ所	チェアー浴			ヶ所
	介護浴槽	1ヶ所	リフト浴			ヶ所
			ストレッチャー浴			1ヶ所
			その他 ()			ヶ所
	食堂	1	あり	2	なし	
	入居者や家族が利用できる調理設備	1	あり	2	なし	
	エレベーター	1	あり (車椅子対応)			
		2	あり (ストレッチャー対応)			
		3	あり (上記1・2に該当しない)			
		4	なし			
消防用設備	消火器	1	あり	2	なし	
	自動火災報知設備	1	あり	2	なし	
	火災通報装置	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	<ol style="list-style-type: none"> 今日の平和繁栄の基礎を築いて下さった高齢者の皆様を、私たちは尊敬と感謝の念をもってお迎え致します。 いま介護を必要とされている高齢
----------	--

	<p>者に、施設と介護サービスを提供し、人生の一番大事な晩年の時間を、豊かで安らかにお過ごしいただける環境を提供致します。</p> <p>3. 加齢に伴い生じる心身の変化に起因する疾病等により要介護の認定を受けた利用者に対して、食事、入浴、排泄等の介護、その他日常生活上の世話等について、ご本人の尊厳とご家族の意思を尊重した丁寧で温かい介護、世話等を提供する。その有する能力に応じ自立した日常生活を営む事ができる様、「介護サービス」の提供を通じ支援致します。</p>
サービスの提供内容に関する特色	<p>1. あたたかい家庭的な介護のご提供を第一に考えています。</p> <p>2. 安心と自由にのびのびと過ごせる暮らしを提供します。</p>
入浴、排せつ又は食事の介護	1 <input checked="" type="checkbox"/> 自ら実施 2 委託 3 なし
食事の提供	1 <input checked="" type="checkbox"/> 自ら実施 2 <input checked="" type="checkbox"/> 委託 3 なし
洗濯、掃除等の家事の供与	1 <input checked="" type="checkbox"/> 自ら実施 2 委託 3 なし
健康管理の供与	1 <input checked="" type="checkbox"/> 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 <input checked="" type="checkbox"/> 自ら実施 2 委託 3 なし
生活相談サービス	1 <input checked="" type="checkbox"/> 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体制の有無	入居継続支援加算	1	あり	2	<input checked="" type="checkbox"/> なし		
	生活機能向上連携加算	1	あり	2	<input checked="" type="checkbox"/> なし		
	個別機能訓練加算	1	あり	2	<input checked="" type="checkbox"/> なし		
	夜間看護体制加算	1	あり	2	<input checked="" type="checkbox"/> なし		
	若年性認知症入居者受入加算	1	<input checked="" type="checkbox"/> あり	2	<input checked="" type="checkbox"/> なし		
	医療機関連携加算	1	<input checked="" type="checkbox"/> あり	2	<input checked="" type="checkbox"/> なし		
	口腔衛生管理体制加算	1	あり	2	<input checked="" type="checkbox"/> なし		
	栄養スクリーニング加算	1	あり	2	<input checked="" type="checkbox"/> なし		
	退院・退所時連携加算	1	<input checked="" type="checkbox"/> あり	2	<input checked="" type="checkbox"/> なし		
	看取り介護加算	1	あり	2	<input checked="" type="checkbox"/> なし		
	認知症専門ケア加算	(I)	1	あり	2	<input checked="" type="checkbox"/> なし	
		(II)	1	あり	2	<input checked="" type="checkbox"/> なし	
	サービス提供体制強化加算	(I) イ	1	あり	2	<input checked="" type="checkbox"/> なし	
		(I) ロ	1	あり	2	<input checked="" type="checkbox"/> なし	
(II)		1	あり	2	<input checked="" type="checkbox"/> なし		
(III)		1	あり	2	<input checked="" type="checkbox"/> 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	1	救急車の手配	
	2	入退院の付き添い	
	3	通院介助	
	4	その他 ()	
協力医療機関	1	名称	医療社団法人淳英会 おゆみの診療所
		住所	千葉県千葉市緑区大金沢364-1
		診療科目	内科、整形外科、外科、リハビリテーション科
		協力内容	受診、治療、入院を必要とする場合に利用できます
	2	名称	医療社団法人淳英会 おゆみの中央病院
		住所	千葉県千葉市緑区おゆみ野南6-49-9
		診療科目	内科、整形外科、形成外科、循環器内科、リハビリテーション科
		協力内容	受診、治療、入院を必要とする場合に利用できます
協力歯科医療機関	名称	医療法人社団郁栄会 茂原デンタルクリニック	
	住所	千葉県茂原市法目1280-1	
	協力内容	訪問歯科	

(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	1	一時介護室へ移る場合	
	2	介護居室へ移る場合	
	3	その他 (介護居室から介護居室に移る場合)	
判断基準の内容	心身の変化に伴い、介護の緊急対応及びスタッフの見守りが必要と医師が判断した場合その対応がスムーズに行えるフロアへ住み替えていただく場合があります。		
手続きの内容	入居契約書による		
追加的費用の有無	1	あり	
	2	なし	
居室利用権の取り扱い	利用権は継続します		
前払い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	(変更内容)	
	1	あり	
	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	1	あり	2	なし
	要支援の者	1	あり	2	なし
	要介護の者	1	あり	2	なし
留意事項	<ul style="list-style-type: none"> ・要介護の認定者の方で介護の必要な方 ・千葉市にお住まいの方 				
契約の解除の内容	施設又は入居者が入居契約を解除する場合の事由及び手続き等については、入居契約書の第29条及び第30条に示されております。				
事業主体から解約を求める場合	解約条項	入居契約29条及び第30条			
	解約予告期間	90日			
入居者からの解約予告期間	30日				
体験入居の内容	1 あり (内容：1泊2日 11,000円 消費税込、介護保険適用なし。期間は14日間を限度とします。)				
	2 なし				
入居定員	29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	1	1		0.4
生活相談員	1	1		1.0
直接処遇職員	17	9	8	14.6
介護職員	14	8	6	12.9
看護職員	3	1	2	1.7
機能訓練指導員	3	1	2	0.4
計画作成担当者	1		1	0.7
栄養士				外部委託
調理員				外部委託
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				40時間
※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	9	4	5
実務者研修の修了者	6	3	3
初任者研修の修了者	1	1	
介護支援専門員	1		1

(資格を有している機能訓練指導員的人数)

	合計		
		常勤	非常勤
看護師または准看護師	3	1	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			

(夜勤を行う看護・介護職員の人数)

夜勤帯の設定時間 (16時～10時)		
	平均人数	最少時人数 (休憩者等を除く)
看護職員	0人	0人
介護職員	2人	1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)	1.9 : 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	他の職務との兼務		1 <input type="checkbox"/> あり 2 なし							
	業務に係る資格等		1 <input type="checkbox"/> あり		資格等の名称		初任者研修			
			2 なし							
	看護職員		介護職員		生活相談員		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			1	2						1
前年度1年間の退職者数				3						1
に 業 務 に 従 事 し た 経 験 年 数 に 応 じ た 職 員 の 人 数	1年未満		1	1						1
	1年以上 3年未満		3	3						
	3年以上 5年未満		4	2						
	5年以上 10年未満	1	2						2	
	10年以上					1		1	2	
従業者の健康診断の実施状況					1 <input type="checkbox"/> あり 2 なし					

6. 利用料金

(利用料金の支払い方法)

居住の権利携帯 【表示事項】	1 <input type="checkbox"/> 利用権方式 2 <input type="checkbox"/> 建物賃貸借方式 3 <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 選択方式 ※該当する方式を全て選択	1 全額前払い方式	2 <input type="checkbox"/> 一部前払い・一部月払い方式
	3 <input type="checkbox"/> 月払い方式		
年齢に応じた金額設定	1 あり	2 <input type="checkbox"/> なし	
要介護状態に応じた金額設定	1 あり	2 <input type="checkbox"/> なし	
入院等による不在時における利用料金(月払い)の取り扱い	1 減額なし 2 <input type="checkbox"/> 日割り計算で減額 3 不在期間が 日以上の場合に限り、日割り計算で減額		
利用料金の改定	条件	地元自治体が発表する消費者物価指数及び人件費等を勘案し検討する。	
	手続き	運営懇談会を開き、入居者及び身元引受人の同意を得	

	たうえで改定する。
--	-----------

(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	要介護1～5	要介護1～5	
	年齢	年齢設定なし	年齢設定80歳以上	
居室の状況	床面積	18.93㎡	18.81㎡	
	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	1,920,000円	
	敷金	円	円	
月額費用の合計		203,633円	192,412円	
家賃		95,000円	75,000円	
サービス費用	特定施設入居者生活介護※1の費用	介護報酬の告示上の額	介護報酬の告示上の額	
	※2 介護保険外	食費	60,390円	60,390円
		管理費	30,750円	30,750円
		介護費用	円	円
		光熱水費	居室内電気メーターにより実費	居室内電気メーターにより実費
		その他	円	円
<p>※1 介護予防・地域密着型の場合を含む。</p> <p>※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）</p>				

(利用料金の算定根拠)

費目	算定根拠
家賃	前払金の一部を月額で受領するもので、算定根拠は前払金に準ずる。
敷金	頂いておりません。
介護費用	※介護保険サービスの自己負担額は含まない。
管理費	管理費①：22,500円（非課税） ・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。 管理費②：8,250円（内消費税750円） ・事務管理部門の人件費・事務費、入居者に対する日常生活支援サービス提供のための人件費・事務費です。
食費	60,390円(税込) (1日3食30日間喫食した場合の金額) 昼食代はおやつ代を含みます。 消費税は、税率ごとに集計した食費の税抜合計金額に税率を乗じて計算します(税率を乗じた時点で1円未満の金額が生じた場合、その時点で1円未満を四捨五入します。)。

	<p>そのため実際の請求額は1食あたりの税込金額を合計した金額とは異なる場合があります。</p> <p><1食あたりにおける請求額></p> <p>喫食時：</p> <p>朝食387円＋消費税31円＝418円(税込)軽減税率対象 昼食695円＋消費税70円＝765円(税込) 夕食755円＋消費税75円＝830円(税込)</p> <p>欠食時(2日前の12時までに欠食の届け出があった場合)：</p> <p>朝食200円＋消費税16円＝216円(税込)軽減税率対象 昼食400円＋消費税32円＝432円(税込)軽減税率対象 夕食400円＋消費税32円＝432円(税込)軽減税率対象</p> <p>※2日前の12時までに欠食の届出がなかった場合には、喫食時料金を請求いたします。</p>
光熱水費	居室内の電気使用量及び電話代等は別途実費負担とします。
利用者の個別的な選択によるサービス料	別添2参照
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	利用者の負担割合に応じた額の支払いを受けるものとします。
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)	なし
※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	家賃、借入利息等を切りとし、平均余命等を勘案した想定居住期間の家賃相当額。	
想定居住期間(償却年月数)	96ヶ月	
償却の開始日	入居日の翌日	
想定居住期間を超えて契約が継続する場合に備えて受領する額(初期償却額)	0円	
初期償却率	0%	
返還金の算定方法	入居後3月以内の契約終了	<p>入居契約書第34条の規定にかかわらず、次の第1号及び第2号に掲げる要領に従って、受領済みの前払金を入居者に返還します。</p> <p>1 この場合、入居者は、入居日から起算して契約終了となった日までの日数</p>

		<p>の目的施設の利用料として、1日当たりで算出された当該期間中の費用の額及び入居契約書第31条に定める原状回復費用を事業者に支払うものとします。</p> <p>2 前号の支払いにおいて、事業者は、受領済みの前払金の全額から前号の入居者の負担額を差し引いた上で、その差引残額を居室の明け渡しを受けた後90日以内に無利息で返還することとします。</p>
	入居後3月を超えた契約終了	<p>契約終了時返還金の算定方法及び返還金の例</p> <ul style="list-style-type: none"> ・前払金償却期間内の場合 (入居者の入居後、3月が経過し、想定居住期間が経過するまでの間に契約が解除等された場合) (前払金) ÷ (入居日の翌日から償却期間満了日までの実日数) ・前払金の償却期間を超える場合家賃相当額の追加徴収も行いません。
前払い金の保全先	1 連帯保証を行う銀行等の名称	
	2 信託契約を行う信託会社等の名称	
	3 保証保険を行う保険会社の名称	
	4 全国有料老人ホーム協会	
	5 その他(名称:)	

7. 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	1人
	女性	28人
年齢別	65歳未満	1人
	65歳以上75歳未満	2人
	75歳以上85歳未満	10人
	85歳以上	16人
要介護度別	自立	人
	要支援1	人
	要支援2	人
	要介護1	4人
	要介護2	5人
	要介護3	8人

	要介護 4	9 人
	要介護 5	3 人
入居期間別	6 ヶ月未満	2 人
	6 ヶ月以上 1 年未満	5 人
	1 年以上 5 年未満	12 人
	5 年以上 10 年未満	6 人
	10 年以上 15 年未満	4 人
	15 年以上	0 人

(入居者の属性)

平均年齢	85.9 歳
入居者数の合計	28 人
入居率※	97%
※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)

退去先別の人数	自宅等	人
	社会福祉施設	人
	医療機関	人
	死亡者	4 人
	その他	人
生前解約の状況	施設側の申し出	人
		(解約事由の例)
	入居者側の申し出	人
		(解約事由の例) 医療機関入院 名 社会福祉施設に転居 名

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		ミモザおゆみ野
電話番号		043-291-8091
対応している時間	平日	8:30~17:30 時間外は夜勤等が対応します。
	土曜	〃
	日曜・祝日	〃
定休日		無休
窓口の名称②		本社 お客様相談室
電話番号		03-6712-8110
対応している時間	平日	8:30~17:30

	土曜	休
	日曜・祝日	休
定休日	土・日・年末年始	
窓口の名称③	千葉県保健福祉局 介護保険事業課	
電話番号	043-245-5062	
対応している時間	平日	8:30~17:30
	土曜	休
	日曜・祝日	休
定休日	土・日・年末年始	
窓口の名称④	千葉県国民健康保険団体連合会 介護保険課	
電話番号	043-254-7428	
対応している時間	平日	9:00~17:00
	土曜	休
	日曜・祝日	休
定休日	土・日・年末年始	

(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	1	<input checked="" type="checkbox"/> 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
	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	<input checked="" type="checkbox"/> あり	(その内容) 介護サービスの提供にあたり、 事故が発生し入居者の生命、身体等、 入居者の故意よるものを除いて、 速やかに補償します。入居者に重大に 過失がある場合には、補償額を減ずる ことがあります。尚、天災等の不可抗力 を除きます。
	2	なし	
事故対応及びその予防のための指針	1	<input checked="" type="checkbox"/> 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	1	あり	実施日	
			結果の開示	1 あり 2 なし
	2	<input checked="" type="checkbox"/> 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
	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	1 入居希望者に公開 2 <input checked="" type="checkbox"/> 入居希望者に交付 3 公開していない
管理規程	1 入居希望者に公開 2 <input checked="" type="checkbox"/> 入居希望者に交付 3 公開していない
事業収支計画書	1 <input checked="" type="checkbox"/> 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	1 <input checked="" type="checkbox"/> 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 <input checked="" type="checkbox"/> 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

10. その他

運営懇談会	1 <input checked="" type="checkbox"/>	(開催頻度) 年 4 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:) 2 <input checked="" type="checkbox"/>	
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 <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし 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	1 あり 2 <input checked="" type="checkbox"/>	
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 2 <input checked="" type="checkbox"/>	

合致しない事項がある場合	
「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	
不適合事項がある場合の内容	

添付書類：別添1（別を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 令和 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。