

重要事項説明書

記入年月日	2022年7月1日
記入者名	神山 晃
所属・職名	施設長 神山 晃

※サービス付き高齢者向け住宅の登録を受けている有料老人ホームについては、「登録申請書の添付書類等の参考とする様式について（平成23年10月7日付け厚生労働省老健局高齢者支援課長・国土交通省住宅局安心居住推進課長事務連絡）」の別紙4の記載内容を合わせて記載して差し支えありません。その場合、以下の1から3まで及び6の内容については、別紙4の記載内容で説明されているものとみなし、欄自体を削除して差し支えありません。

1 事業主体概要

種類	<input type="checkbox"/> 個人 <input checked="" type="checkbox"/> 法人	
	名称法人 日本シニアライフ株式会社	
名称	(ふりがな) にほんしにあらいふかぶしがいしや	
	日本シニアライフ株式会社	
主たる事務所の所在地	(郵便番号 106-0044) 東京都港区東麻布一丁目25番3号 第2富田ビル7階	
連絡先	電話番号	03-6229-3533
	FAX番号	03-6229-3532
	ホームページアドレス	http://senior-life.jp/
代表者	氏名	森 薫
	職名	代表取締役
設立年月日	2019年2月1日	
主な実施事業	※別紙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) れじでんすかわごえ	
	レジデンス川越	
所在地	(郵便番号 〒350-1178) 埼玉県川越市大塚新町67-1	
主な利用交通手段	最寄駅	西武新宿線 南大塚駅
	交通手段と所要時間	①電車利用の場合 西武新宿線 南大塚駅から徒歩10分 ②自動車利用の場合 関越自動車道「川越」IC出口3分（約0.7km）
連絡先	電話番号	049-238-6040
	FAX番号	049-238-6042
	ホームページアドレス	http://lv-residence.jp/
管理者	氏名	神山 晃
	職名	施設長
建物の竣工日	平成22年10月1日	
有料老人ホーム事業の開始日	令和3年11月1日	

(類型)【表示事項】

<input type="checkbox"/> 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）		
<input type="checkbox"/> 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）		
<input checked="" type="checkbox"/> 3 住宅型		
<input type="checkbox"/> 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	
	事業所の指定日	
	指定の更新日（直近）	

3 建物概要

土地	敷地面積		
	所有関係	<input type="checkbox"/> 1 事業者が自ら所有する土地	
		<input checked="" type="checkbox"/> 2 事業者が賃借する土地	
		抵当権の有無	<input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
		契約期間	<input checked="" type="checkbox"/> あり (平成21年 10月1日～令和21年 9月30日) <input type="checkbox"/> なし
契約の自動更新	<input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし		
建物	延床面積	全体	1379.82㎡
		うち、老人ホーム部分	1369.37㎡
	耐火構造	<input checked="" type="checkbox"/> 1 耐火建築物 <input type="checkbox"/> 2 準耐火建築物 <input type="checkbox"/> 3 その他 ()	
	構造	<input checked="" type="checkbox"/> 1 鉄筋コンクリート造 <input type="checkbox"/> 2 鉄骨造 <input type="checkbox"/> 3 木造 <input type="checkbox"/> 4 その他 ()	
	所有関係	<input type="checkbox"/> 1 事業者が自ら所有する建物 <input checked="" type="checkbox"/> 2 事業者が賃借する建物	
		抵当権の設定	<input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
		契約期間	<input checked="" type="checkbox"/> あり (平成21年 10月1日～令和21年 9月30日) <input type="checkbox"/> なし
契約の自動更新		<input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	

居室の状況	居室区分 【表示事項】	<input checked="" type="checkbox"/> 1 全室個室 <input checked="" type="checkbox"/> 2 相部屋あり					
		最大 2人部屋					
		最小 1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 checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	19.77㎡	10	介護居室個室	
	タイプ2	<input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	28.51㎡	8	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	8.49㎡	11	相部屋		
タイプ4	<input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無	12.71㎡	11	相部屋		
※「一般居室個室」「一般居室相部屋」「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	0ヶ所			
			うち車いす等の対応が可能な便房	1ヶ所			
	共用浴室	3ヶ所	個室	3ヶ所			
			大浴場	0ヶ所			
	共用浴室における介護浴槽	1ヶ所	チェア浴	1ヶ所			
			リフト浴	0ヶ所			
			ストレッチャー浴	0ヶ所			
その他 ()			0ヶ所				
食堂	<input checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> なし						
エレベーター	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり (車椅子対応) <input checked="" type="checkbox"/> 2 あり (ストレッチャー対応) <input type="checkbox"/> 3 あり (上記1・2に該当しない) <input type="checkbox"/> 4 なし						
消防用設備等	消火器	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり <input type="checkbox"/> 2 なし					
	自動火災報知機設備	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり <input type="checkbox"/> 2 なし					
	火災通報設備	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり <input type="checkbox"/> 2 なし					
	スプリンクラー	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり <input type="checkbox"/> 2 なし					
	防火管理者	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり <input type="checkbox"/> 2 なし					
	防災計画	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり <input type="checkbox"/> 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	入居者契約の規程に基づいて、施設利用並びに各種サービス全般に関する諸基準を定め、入居生活の安全と便宜を図ると共に、相互扶助の精神を持って施設内豊かな人間関係を育成していく事を目的とする。		
サービスの提供内容に関する特色			
入浴、排せつ又は食事の介護	<input type="checkbox"/> 1 自ら実施	<input checked="" type="checkbox"/> 2 委託	<input type="checkbox"/> 3 なし
食事の提供	<input type="checkbox"/> 1 自ら実施	<input checked="" type="checkbox"/> 2 委託	<input type="checkbox"/> 3 なし
洗濯、掃除等の家事の供与	<input type="checkbox"/> 1 自ら実施	<input checked="" type="checkbox"/> 2 委託	<input type="checkbox"/> 3 なし
健康管理の供与	<input checked="" type="checkbox"/> 1 自ら実施	<input type="checkbox"/> 2 委託	<input type="checkbox"/> 3 なし
安否確認又は状況把握サービス	<input checked="" type="checkbox"/> 1 自ら実施	<input type="checkbox"/> 2 委託	<input type="checkbox"/> 3 なし
生活相談サービス	<input checked="" type="checkbox"/> 1 自ら実施	<input type="checkbox"/> 2 委託	<input type="checkbox"/> 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		<input type="checkbox"/> 1 あり	<input type="checkbox"/> 2 なし
	夜間看護体制加算		<input type="checkbox"/> 1 あり	<input type="checkbox"/> 2 なし
	医療機関連携加算		<input type="checkbox"/> 1 あり	<input type="checkbox"/> 2 なし
	看取り介護加算		<input type="checkbox"/> 1 あり	<input type="checkbox"/> 2 なし
	認知症専門ケア加算	(I)	<input type="checkbox"/> 1 あり	<input type="checkbox"/> 2 なし
		(II)	<input type="checkbox"/> 1 あり	<input type="checkbox"/> 2 なし
	サービス提供体制強化加算	(I)イ	<input type="checkbox"/> 1 あり	<input type="checkbox"/> 2 なし
		(I)ロ	<input type="checkbox"/> 1 あり	<input type="checkbox"/> 2 なし
(III)		<input type="checkbox"/> 1 あり	<input type="checkbox"/> 2 なし	
(IV)		<input type="checkbox"/> 1 あり	<input type="checkbox"/> 2 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"/> 1 あり (介護・看護職員の配置率)			
	<input type="checkbox"/> 2 なし			

(医療連携の内容)

医療支援 ※ 複数選択可	<input checked="" 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 ()		
協力医療機関	1	名称	医療法人埼玉病院 在宅部
		住所	埼玉県川越市西小仙波町1-8-3
		診療科目	内科
		協力内容	訪問診療
	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	<input type="checkbox"/> 1 あり	<input type="checkbox"/> 2 なし	
居室利用権の取扱い			
前払金償却の調整の有無	<input type="checkbox"/> 1 あり	<input type="checkbox"/> 2 なし	
従前の居室との仕様の変更	面積の増減	<input type="checkbox"/> 1 あり	<input type="checkbox"/> 2 なし
	便所の変更	<input type="checkbox"/> 1 あり	<input type="checkbox"/> 2 なし
	浴室の変更	<input type="checkbox"/> 1 あり	<input type="checkbox"/> 2 なし
	洗面所の変更	<input type="checkbox"/> 1 あり	<input type="checkbox"/> 2 なし
	台所の変更	<input type="checkbox"/> 1 あり	<input type="checkbox"/> 2 なし
	その他の変更	<input type="checkbox"/> 1 あり (変更内容)	<input type="checkbox"/> 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 □ なし
	要支援の者	■ 1 あり □ なし
	要介護の者	■ 1 あり □ なし
留意事項	概ね65歳以上の自立及び日常生活で介護が必要な方	
契約の解除の内容	<p>(事業者による契約解除)</p> <p>第27条 事業者は、入居者が次の各号のいずれかに該当した場合に、本契約を解除することができます。</p> <p>一 入居者が入居資格等について虚偽の申告をし、その他不正な手段により本契約を締結したとき</p> <p>二 入居者が月額利用料その他の支払いを3か月以上遅滞したとき</p> <p>三 入居者が本契約の定めに従ったとき</p> <p>四 入居者の行動が、他の入居者、事業者の役員・従業員、訪問者の生命・身体・財産に危害を及ぼす恐れがあり、かつ入居者に対する通常の介護方法ではこれを防止することができないとき</p> <p>2. 前項の規定に基づく契約の解除は、次の各号の手続きによって行います。</p> <p>一 契約解除の通告については90日の予告期間をおく</p> <p>二 前号の通告に先立ち、入居者、成年後見人及び身元引受人等に弁明の機会を設ける</p> <p>三 解除通告に伴う予告期間中に、入居者の移転先の有無について確認し、移転先がない場合には入居者、成年後見人及び身元引受人等、その他関係者・関係機関と協議し、事業者は移転先の確保について協力する</p> <p>3. 本条第1項第四号によって契約を解除する場合には、事業者は前項に加えて次の各号の手続きを行います。</p> <p>一 医師の意見を聴く</p> <p>二 一定の観察期間をおく</p> <p>(入居者による中途解約)</p> <p>第28条 入居者が、契約期間の中途において本契約を解約しようとするときは、少なくとも30日前に事業者に対し所定の解約通知書により解約を通知します。</p> <p>2. 入居者が、前項の予告期間をおかないで居室を退居した場合には、事業者が入居者の退居を知った日の翌日から起算して30日目をもって、本契約は解約されたものとみなします。</p>	
事業主体から解約を求める場合	解約条項	第27条
	解約予告期間	3ヶ月
入居者からの解約予告期間		
体験入居の内容	<p>■ 1 あり (内容：一泊二日 6,600円(税込))</p> <p>□ 2 なし</p>	
入居定員	40名	
その他	自立の方は生活サポート費として39,600円(税込)	

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人	1人		
生活相談員				
直接処遇職員	10人	6人	4人	
介護職員	10人	6人	4人	
看護職員				
機能訓練指導員				
計画作成担当者				
栄養士				
調理員				
事務員	1人	1人		
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	3人	3人	0人
実務者研修の修了者	1人	1人	0人
初任者研修の修了者	8人	4人	4人
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
看護師及び准看護師			
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		
介護職員	1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】	
	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)	
※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	0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 あり □ なし						
	業務に係る資格等	■ 1 あり 資格等の名称：実務者研修 □ 2 なし						
	看護職員	介護職員		生活相談員	機能訓練指 導員	計画制作担 当者		
	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人	0人				
前年度1年間の退職者数								
業務に従事した 経験年数に応じ た職員の人数	1年未満		8人	3人				
	1年以上3年未満		4人	1人				
	3年以上5年未満							
	5年以上10年未満							
	10年以上							
従業者の健康診断の実施状況			■ 1 あり □ 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 ■ なし	
要介護状態に応じた金額設定	□ 1 あり ■ 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 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	
	手続き	

(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	要介護3	
	年齢	75歳	85歳	
居室の状況	床面積	28.51㎡	12.71㎡	
	便所	■ 1 あり □ 2 なし	■ 1 あり □ 2 なし	
	浴室	■ 1 あり □ 2 なし	□ 1 あり ■ 2 なし	
	台所	■ 1 あり □ 2 なし	□ 1 あり ■ 2 なし	
入居時点で必要な費用	前払い金	0 円	0 円	
	敷金	0 円	0 円	
月額費用の合計		198,910 円	146,910 円	
家賃		90,000 円	38,000 円	
サービス費用	特定施設入居者生活介護※1の費用	0 円	0 円	
	介護保険外 ※2	食費	53,910 円	53,910 円
		管理費（共益費）	55,000 円	55,000 円
		介護費用	0 円	0 円
		光熱費	管理費に含まれる	管理費に含まれる
その他	0 円	0 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）				

(利用料金の算定根拠)

項目	算定根拠
家賃	地域相場と同等額
敷金	なし（生活保護は218,400円）
介護費用	※介護保険サービスの自己負担費用は含まない
管理費（共益費）	地域相場と同等
食費	地域相場と同等
光熱水費	管理費に含まれる
利用者の個別的な選択によるサービス利用料	該当なし
その他のサービス利用料	日用品実費購入

(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

項目	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)		
償却の開始日		
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)		
初期償却率		
返還金の算定方法	入居後3月以内の契約終了	
	入居後3月を超えた契約終了	
前払金の保全先	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	18 人
	女性	22 人
年齢別	65歳未満	1 人
	65歳以上75歳未満	8 人
	75歳以上85歳未満	17 人
	85歳以上	14 人
要介護度別	自立	0 人
	要支援 1	0 人
	要支援 2	0 人
	要介護 1	3 人
	要介護 2	6 人
	要介護 3	14 人
	要介護 4	12 人
	要介護 5	5 人
入居期間別	6か月未満	8 人
	6か月以上1年未満	17 人
	1年以上5年未満	15 人
	5年以上10年未満	人
	10年以上15年未満	人
	15年以上	人

(入居者の属性)

平均年齢	80 歳
入居者数の合計	40 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)

退去先別の人数	自宅等	0	人
	社会福祉施設	0	人
	医療機関	2	人
	死亡者	4	人
	その他	0	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)	

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) ※4カ所以上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		レジデンス川越苦情受付窓口
電話番号		049-238-6040
対応している時間	平日	9:00~18:00
	土曜日	-
	日曜・祝日	-
定休日		-

窓口の名称		川越市高齢者いきがい課
電話番号		049-224-5809 (直通)
対応している時間	平日	8:30~17:15
	土曜日	-
	日曜・祝日	-
定休日		年末年始、祝日

窓口の名称		埼玉県国民健康保険団体連合会
電話番号		048-824-2568
対応している時間	平日	8:30~17:00
	土曜日	-
	日曜・祝日	-
定休日		年末年始、祝日

(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「福祉事業者総合賠償責任保険」に加入。事業者が所有、仕様または管理している各種の施設・設備・用具などの不備や業務活動上のミスが原因で、第三者に身体障害や財物破損が生じ、被害者側との間に損害賠償問題が発生した場合の補償として。
	<input type="checkbox"/> 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	<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「福祉事業者総合賠償責任保険」に加入。事業者が所有、仕様または管理している各種の施設・設備・用具などの不備や業務活動上のミスが原因で、第三者に身体障害や財物破損が生じ、被害者側との間に損害賠償問題が発生した場合の補償として。
	<input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 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 type="checkbox"/> 1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし	実施日	
		結果の開示	<input type="checkbox"/> 1 あり <input type="checkbox"/> 2 なし
第三者による評価の実施状況	<input type="checkbox"/> 1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし	実施日	
		評価機関名称	
		結果の開示	<input type="checkbox"/> 1 あり <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 <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 2 入居希望者に交付 <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 2 入居希望者に交付 <input type="checkbox"/> 3 公開していない
財務諸表の原本	<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 <input 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	
	<input type="checkbox"/> 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】	<input type="checkbox"/> 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	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり	
	<input type="checkbox"/> 2 なし	
	<input 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 type="checkbox"/> 1 あり	
	<input checked="" type="checkbox"/> 2 なし	
有料老人ホーム設置運営指針「5.規模及び構造設備」に合致しない事項	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり	
	<input type="checkbox"/> 2 なし	
合致しない事項がある場合の内容	川越市有料老人ホーム設置運営指針5-(9)-1の居室は全て個室であるとなっているが個室18部屋、相部屋11部屋のため合致しません。	
「6. 既存建築物等の活用の場合等の特例」への適合性	<input type="checkbox"/> 1 適合している (代替措置)	
	<input checked="" type="checkbox"/> 2 適合している (将来の改善計画)	
	<input type="checkbox"/> 3 適合していない	
有料老人ホーム設置運営指針の不適合事項		
不適合事項がある場合の内容	川越市有料老人ホーム設置運営指針5-(9)-1の居室は全て個室であるとなっているが個室18部屋、相部屋11部屋のため合致しません。	

添付書類：

別添1 (別に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 2022年 8月 19日

説明者署名 _____ 神山 晃

※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。