

※注

左の吹き出しの箇所は、宮城県で追記した部分です。

VI. 参考

登録申請書 記載例

別記様式第一号（第四条関係）

2019年 12月 14日

〇〇県知事 殿

登録申請者の住所または主たる事務所の所在地と、商号・名称又は氏名を記載する。

〇〇県〇〇市〇〇町1-1-1

株式会社〇〇〇〇

代表取締役 〇〇 〇〇

印

サービス付き高齢者向け住宅事業登録申請書

高齢者の居住の安定確保に関する法律第6条第1項の規定に基づき、サービス付き高齢者向け住宅事業について別紙のとおり登録を申請します。

システムから出力した際に、情報確定日の情報が表示されます。(申請書全てに同様の表示がありません。)

「-年-月-日-時-分」と表示されている場合は、情報確定作業が完了していませんのでご注意ください。

備考

1. 登録申請者が法人である場合には、代表者の氏名も記載すること。
2. 氏名の記載を自署で行う場合には、押印を省略することができる。

住宅番号（申請ID）：〇〇（〇〇） 情報確定日：2019年12月14日12時00分

別紙

「登録の区分」項目の内容はシステム上、自動で記載されます。

1. サービス付き高齢者向け住宅の名称及び所在地

| | |
|----------|--|
| 登録の区分 | <input checked="" type="checkbox"/> 新規 <input type="checkbox"/> 更新（従前の登録番号） |
| 住宅の名称 | (ふりがな) 〇〇はうす ----- 〇〇ハウス |
| 所在地 | (住居表示) 〇〇県〇〇市〇〇町〇-〇-〇 |
| 利用交通手段 | <input checked="" type="checkbox"/> 1.電車（ 〇〇 線 〇〇 駅から 徒歩 で 10 分） <input type="checkbox"/> 2.その他（ ） |
| 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 type="checkbox"/> 1.所有権 <input type="checkbox"/> 2.地上権 <input checked="" type="checkbox"/> 3.賃借権 <input type="checkbox"/> 4.使用貸借による権利 期間 2019 年 12 月 14 日から 2039 年 12 月 13 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。

賃借権等により権原に期間の定めがある場合記入してください。

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 | | 住宅の事業主(賃貸人)の情報を記載する。 |
| 商号、名称 又は氏名 | (ふりがな) <i>かぶしきがいしゃ〇〇〇〇</i> 株式会社〇〇〇〇 | | |
| 住所 (法人にあつては主たる事務所の所在地) | (郵便番号 <i>〇〇〇-〇〇〇〇</i>) 〇〇県〇〇市〇〇町1-1-1 | | 電話番号 <i>〇〇〇-〇〇〇-〇〇〇〇</i> |
| 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 | | 事業主が未成年の個人である場合のみ記載する。 |
| | 住所 (法人にあつては主たる事務所の所在地) | (郵便番号) | |
| | 法人の役員 | 別添2のとおり | |
| 誓約事項 | 登録申請者は、以下について確認し、該当する場合はチェックボックスに「レ」マークを入れること。 <input checked="" type="checkbox"/> 登録を受けようとする者(法人である場合においては当該法人、その役員及び使用人(サービス付き高齢者向け住宅事業に関し事務所の代表者である使用人をいう。以下同じ。)、個人である場合においてはその者及び使用人)が、次に掲げる欠格要件に該当しない者であることを誓約します。 一 破産手続開始の決定を受けて復権を得ない者 二 禁錮以上の刑に処せられ、又は高齢者の居住の安定確保に関する法律(平成13年法律第26号。以下「法」という。)の規定により刑に処せられ、その執行を終わり、又は執行を受けることがなくなった日から起算して1年を経過しない者 三 法第26条第2項の規定により登録を取り消され、その取消しの日から起算して1年を経過しない者 四 暴力団員による不当な行為の防止等に関する法律(平成3年法律第77号)第2条第6号に規定する暴力団員又は同号に規定する暴力団員でなくなった日から5年を経過しない者(以下「暴力団員等」という。) 五 精神の機能の障害によりサービス付き高齢者向け住宅事業を適正に行うに当たって必要な認知、判断及び意思疎通を適切に行うことができない者 六 営業に関し成年者と同一の行為能力を有しない未成年者でその法定代理人(法定代理人が法人である場合においては、その役員を含む。以下同じ。)が一から五までのいずれかに該当するもの 七 法人であつて、その役員又は使用人のうち一から五までのいずれかに該当する者があるもの 八 個人であつて、使用人のうち一から五までのいずれかに該当する者があるもの 九 暴力団員等がその事業活動を支配する者 ※登録を受けようとする者が営業に関し成年者と同一の行為能力を有しない未成年者である場合にあつては、当該者の法定代理人については、以下について確認し、該当する場合はチェックボックスに「レ」マークを入れること。 <input type="checkbox"/> 法定代理人が、上記一から五までに掲げる欠格要件に該当しないことを誓約します。 | | |

【登録拒否要件に該当しないことへの誓約】

登録申請者及び法定代理人が登録拒否要件に該当しない者であることを誓約する必要があります。

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) かぶしきがいしゃ〇〇〇〇〇〇してん 株式会社〇〇〇〇 〇〇支店 |
| 事務所の所在地 | (郵便番号 〇〇〇-〇〇〇〇) 〇〇県〇〇市〇〇町2-2-2 電話番号 〇〇〇-〇〇〇-〇〇〇〇 |

この住宅の運営業務を担当する支店や事務所の情報を記載する。
(前記2「事業を行う者」と同じの場合は、同じ情報を記載する)

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) 25.50 m ² |
| | (最大) 42.50 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 鉄筋コンクリート 造 階数 5 階建 |
| 竣工の年月 | 2020 年 11 月 30 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 |

住戸の専用面積について、最小タイプと最大タイプの面積を記載する。
(壁心の面積で可。バルコニーは含まない。PSの取扱い等については、登録窓口で確認すること。)

詳細は...
共同で利用する浴室・台所・食堂・居間・収納設備等の有無を選択する。

登録基準に適合していない場合は、登録できない。
(地方公共団体が独自基準を定めている場合があるので、登録窓口で確認すること)

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 |
| 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 | 次の①または②に該当する者である。 ①単身高齢者世帯 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) <input checked="" type="checkbox"/> 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。) |

いずれにも該当しない者を入居させる場合は、登録できない。

※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 | 2020 年 12 月 1 日から |
|--------|--|

建物が建設中である等、入居開始前の場合のみ記載する。

課税対象の場合は、対価は基本的に税込み価格です。

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 checked="" type="checkbox"/> 委託 約 7,000 |
| | 食事の提供 | <input type="checkbox"/> 自ら <input checked="" type="checkbox"/> 委託 <input type="checkbox"/> 提供しない 約 36,000 |
| | 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 |
| | 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 8,000 |
| | 健康の維持増進 | <input type="checkbox"/> 自ら <input checked="" type="checkbox"/> 委託 <input type="checkbox"/> 提供しない 約 2,500 |
| その他 | <input type="checkbox"/> 自ら <input type="checkbox"/> 委託 <input checked="" type="checkbox"/> 提供しない 約 | |
| 家賃の概算額 | (最低) 約 51,000 円 (最高) 約 85,000 円 | 住居の内容は別添 |
| 共益費の概算額 | (最低) 約 4,000 円 (最高) 約 5,000 円 | |
| 敷金の概算額 | (最低) 約 102,000 円 (最高) 約 170,000 円 | 家賃の 2 月分 |
| 前払金※の有無 | <input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし | 家賃及びサービス費の前払金の合計額を記載する。 |
| 家賃等の前払金の概算額 | (最低) 約 612,000 円 (最高) 約 30,600,000 円 | |
| 家賃等の前払金の算定の基礎 | 家賃 月額家賃 × 契約期間 (月数) | |
| 返還額の算定方法 | (月額家賃 ÷ 30日) × 契約解除日から想定居住期間満了までの日数。入居後3ヶ月以内の契約解除の場合は、前払金 - (月額家賃 ÷ 30日 × 入居日から契約解除日までの日数)。 | |
| 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 checked="" 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 () | |
| 誓約事項 | <p>◆【入居契約及び前払金に関する登録基準に適合することへの誓約】 サービス付き高齢者向け住宅事業が、入居契約及び前払金に関する登録基準に適合することを誓約する必要があります。</p> <p>共益費（管理費）は、共用利部分の維持管理に必要な費用です。 高齢者生活支援サービスに係る人件費は、各サービスの対価に含めるようにしてください。</p> | |

月当たりの概算額を記載する。(回数や時間による料金設定の場合は、30日間利用した場合の想定金額を記載する)

サービスを、住宅の事業者自ら提供するの、サービス事業者に委託するのを選択する。

家賃及びサービス費の前払金の合計額を記載する。

「サービス付き高齢者向け住宅における家賃等の前払金の算定の基礎及び返還債務の金額の算定方法の明示について」参照

告示で定められた保全措置のいずれかを選択する。

共益費（管理費）は、共用利部分の維持管理に必要な費用です。
高齢者生活支援サービスに係る人件費は、各サービスの対価に含めるようにしてください。

◆【入居契約及び前払金に関する登録基準に適合することへの誓約】
サービス付き高齢者向け住宅事業が、入居契約及び前払金に関する登録基準に適合することを誓約する必要があります。

○住宅に付帯するサービスについてのみ記載してください。
併設施設や連携・協力事業所が提供するサービスであっても、事業者間でサービス提供に係る委託契約等がない場合には、住宅運営事業の一環とならないため、ここでは「提供しない」となります。
○有料老人ホームに該当する場合は、有料老人ホーム重要事項説明書の記載事項と整合するようにしてください。

| | |
|---------------------|---|
| 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 |

※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 type="checkbox"/> 自ら管理 <input checked="" type="checkbox"/> 管理業務を委託 |
| 委託する業務の内容 (契約事項) | 修繕業務、設備点検業務、清掃業務 |
| 管理業務の委託先 | |
| 商号、名称 又は氏名 | (ふりがな) かぶしきがいしゃ〇〇 ----- 株式会社〇〇 |
| 住所 | (郵便番号 000-0000) 〇〇県〇〇市〇〇町3-3-3 電話番号 000-000-0000 |
| 修繕計画 | |
| 計画策定の有無 | <input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし |
| 大規模修繕の実施予定 | 2035年 頃実施予定 |
| その他計画的な修繕予定 | 8年毎に設備更新 |

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 |
|---------------------|---|---|
| デイサービスセンター〇〇 | 通所介護事業 (入浴、機能訓練、食事、健康チェック、レクリエーション等) | <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 |

併設施設の概要の記載については、介護保険事業等であれば、事業名を必ず記載してください。 閲覧者に分かりやすいように括弧書きで内容説明を加えていただいてもかまいません。

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先 | |
| 事業所の名称 | (ふりがな) でいさーびすせんたー〇〇 ----- デイサービスセンター〇〇 |
| 事業所の住所 | (郵便番号 〇〇〇-〇〇〇〇) 〇〇県〇〇市〇〇町〇-〇-〇 電話番号 〇〇〇-〇〇〇-〇〇〇〇 |
| 連携又は協力の内容 | 入居者の利用を想定した通所介護事業所の運営 (入浴、機能訓練、食事、健康チェック、レクリエーション等の提供) |

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居住安定確保計画に沿って適切に運営します。 |
|---|

「基本方針」及び県の「高齢者居住安定確保計画」を確認のうえ、その趣旨に従う旨の宣言文を記載する。

別添 1

住宅の事業主（賃貸人）が法人の場合に作成する。

役員名簿

| (ふりがな) 氏名 | 役名等 |
|----------------|-------|
| 〇〇 〇〇 〇〇 〇〇 | 代表取締役 |
| □□ □□ □□ □□ | 取締役 |
| △△ △△ △△ △△ | 取締役 |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |

役員名簿に記載する「法人登記簿」に記載のある役員です。

なお、「法人の登記事項証明書」は令和元年12月14日以降の手続きにおいて提出の必要はありません。

（「国土交通省・厚生労働省関係高齢者の居住の安定確保に関する法律施行規則の一部を改正する省令」令和元年11月1日公布，同年12月14日施行より）

法第6条第1項第3号に該当する者をすべて記載すること。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。

別添 2

住宅の事業主（賃貸人）の法定代理人が法人の場合に作成する。

役員名簿

| (ふりがな) 氏 名 | 役名等 |
|---------------|-----|
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |

法第6条第1項第3号に該当する者をすべて記載すること。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 | 25.50 | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | 20 | 101~104, 201~204 301~304, 401~404 501~504 | 51,000 |
| 1 | 42.50 | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | 10 | 105, 106, 205, 206 305, 306, 405, 406 505, 506 | 85,000 |
| <p>住棟が1棟のみの場合は、「1」を記載する。</p> <p>住戸内の設備について、有無を○または×で記載する。</p> <p>該当する住戸番号を具体的に記載する。</p> <p>同タイプ内で家賃に幅がある場合は、平均額等の概算額を記載する。</p> <p>住戸タイプごとに各情報を記載する。</p> <p>共用利用設備等に記載する事項は、別途提出を求めている「共用部について詳細が分かる書類」に記載した設備等を必ず記載してください。</p> | | | | | | | | | | |

注1) 住戸の規模並びに構造及び設備のタイプ別にまとめて記載すること。

注2) 構造及び設備欄の『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、完備を含めて全ての欄に○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 | 物件内に何箇所設置されているかを記載する。 | 複数設置されている場合は、その合計面積を記載する。 | 具体的な設置場所を記載する。 | 利用を想定している戸数を記載する。(特に制限を予定していない場合は、住宅の総戸数を記載する) | |
| 台所 | | | | | |
| 食堂 | | | | | |
| 居間 | 1 | 61.06 | 1階フロント隣 | 30 | |
| 収納設備 | 1 | 18.67 | 1階フロント隣 | 30 | |
| 洗濯室 | 1 | 13.55 | 1階共用浴室隣 | 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。

上記以外の共用の設備がある場合は、具体的に記載する。

- ・同一人物が複数の資格を所持している場合は、該当する資格それぞれに入力してください。
- ・人員の合計が、従事者数を上回っているか確認してください。

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) <u>□□けいびかぶしきがいしゃ</u> <u>□□警備株式会社</u> | | | | | |
| | 住所 (法人にあっては 主たる事務所の 所在地) | (郵便番号 <u>000-0000</u>) <u>〇〇県〇〇市〇〇町4-4-4</u> | | 電話番号 <u>000-000-0000</u> | | | |
| 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"/> 社会福祉法人 <input checked="" 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 <input type="checkbox"/> 指定介護予 <input type="checkbox"/> 指定介護予 <input type="checkbox"/> 上記以外の施設 | | サービス提供者全員の人員数を記載する。(一日に配置する人員数は、下の「常駐する時間」欄に記載する) | | |
| 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 checked="" type="checkbox"/> 看護師 | 人員 | 2 | 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 | 1 |
| 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 | <u>9 時 00 分 ~ 17 時 00 分</u> | | 人員 | 2 | 人 | |
| | 上記以外の時間 | <u>17 時 00 分 ~ 9 時 00 分</u> | | 人員 | 1 | 人 | |
| 毎日 1 回以上の状況把握サービスの提供方法 | <u>感知センサーによる居室内の入居者の動体把握と、居室への訪問の併用による。</u> | | | | 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依頼による訪問 (近接する土地に常駐する場合の訪問) | | | | 具体的な提供方法を記載する。 | 当該居住部分 | |
| 緊急通報サービスの内容 | 提供時間 | 常駐する日 | <u>0 時 0 分 ~ 24 時 0 分</u> | | | | |
| | | 上記以外の日 | <input type="checkbox"/> 24 時間 | | | | |
| | 通報方法 | <u>各住戸の端末より、電話回線を利用して委託先のコールセンターへ通報</u> | | | | | |
| | 通報先 | <u>□□警備コールセンター</u> | | 通報センターから住戸までの到着予定時間 | 10 | 分 | |
| サービス提供の対価 (概算額) | 月額 | 約 <u>7,000</u> 円 | 前払金の | 具体的な通報の仕組みを記載する。 | | | |
| | 前払金 | 約 円 | 算定方法 | | | | |
| 備考 | <u>日中は〇〇メソンの職員が状況把握及び生活相談サービスを提供し、夜間は□□警備の通報システムを利用</u> | | | | | | |

上記の様式に表現しきれない内容や、補足説明が必要な内容等について、ここに具体的に記載する。

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 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 checked="" 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) <i>かぶしきがいしゃ〇〇フードサービス</i> <hr/> 株式会社 〇〇フードサービス | |
| | 住所 (法人にあっては 主たる事務所の 所在地) | (郵便番号 <i>000-0000</i>) 〇〇県〇〇市〇〇町5-5-5 | |
| | 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 <i>000-0000</i>) 〇〇県〇〇市〇〇町6-6-6 | |
| 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"/> 次の期間を除く() |
| | | 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 type="checkbox"/> 厨房で調理 <input checked="" 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 36,000 円 内訳 朝食 300 円 昼食 400 円 夕食 500 円 |
| | | 前払金 | 約 円 前払金の 算定方法 |
| 備考 | | <div style="border: 1px solid red; padding: 5px; display: inline-block;"> 上記の様式に表現しきれない内容や、補足説明が必要な内容等について、ここに具体的に記載する。 </div> | |

※サービス提供の対価を月額で設定していない場合

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) <hr/> | |
| | 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 | 約 円 |
| 備考 | | <div style="border: 1px solid red; padding: 5px; display: inline-block;"> 回数や時間設定による料金設定の場合は、30日間利用した場合の想定金額を記載してください。 </div> | |
| 備考 | | <div style="border: 1px solid red; padding: 5px; display: inline-block;"> 上記の様式に表現しきれない内容や、補足説明が必要な内容等について、ここに具体的に記載する。 </div> | |

・サービス提供の対価を30日間利用した想定金額を記載した場合、備考欄に想定内容を例示してください。

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）

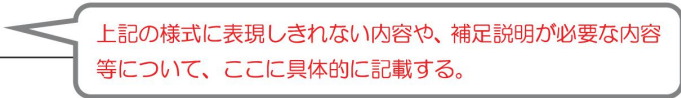
| | | | | | |
|---------------------|---|--|--------------|-------------------------------|--|
| 提供形態 | | <input checked="" type="checkbox"/> サービス付き高齢者向け住宅提供事業者が自ら提供する | | <input type="checkbox"/> 委託する | |
| 委託する場合の委託先 | 商号、名称 又は氏名 | (ふりがな) | | | |
| | 住所 (法人にあっては 主たる事務所の 所在地) | (郵便番号) | | 電話番号 | |
| | 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 checked="" type="checkbox"/> その他 (<u>買物代行等</u>) | | | |
| サービス提供の 対価 (概算額) | 月額 | 約 8,000 円 | 前払金の 算定方法 | | |
| | 前払金 | 約 円 | | | |
| 備考 | サービス費は 1,000 円/時間で、希望に応じて利用可能。上記月額は、月当たり 8 時間利用した場合の想定金額。 | | | | |

上記の様式に表現しきれない内容や、補足説明が必要な内容等について、ここに具体的に記載する。

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 checked="" 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) <u>いりょうほうじん□□かい</u> <u>医療法人□□会</u> | | | |
| | 住所 (法人にあっては 主たる事務所の 所在地) | (郵便番号 <u>000-0000</u>) | | 電話番号 <u>000-000-0000</u> | |
| | 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 <u>000-0000</u>) | | 電話番号 <u>000-000-0000</u> | |
| 提供方法 | 提供日 | <input type="checkbox"/> 365 日対応 <input checked="" type="checkbox"/> その他 (<u>土日祝日を除く</u>) | | | |
| | 内容 | <input checked="" type="checkbox"/> 健康相談 <input checked="" type="checkbox"/> 血圧等の測定 <input checked="" type="checkbox"/> 定期健診 <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 2,500 円 | 前払金の 算定方法 | | |
| | 前払金 | 約 円 | | | |
| 備考 | 上記の様式に表現しきれない内容や、補足説明が必要な内容等について、ここに具体的に記載する。 | | | | |

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 | |  | | | |

県からの各種お知らせは、当該メールアドレスに送付されますので、サ
高住の運営に直接携わる部署のアドレスにするなど、担当者替えがあっ
ても対応できるよう配慮願います。

システム独自項目

1. サービス付き高齢者向け住宅の名称及び所在地

| | | |
|----------|-----------|--------------|
| 問合せ先 | 商号、名称又は氏名 | 株式会社〇〇〇〇 |
| | 電話番号 | 〇〇〇-〇〇〇-〇〇〇〇 |
| 問合せ先 2 | 商号、名称又は氏名 | 株式会社〇〇〇〇 |
| | 電話番号 | 〇〇〇-〇〇〇-〇〇〇〇 |
| 全体に関する備考 | | 入力なし |

2. サービス付き高齢者向け住宅事業を行う者

| | | |
|----------------|-------|--------------|
| 法人等の種別 及び業種 | 法人等種別 | 株式会社 |
| | 主な業種 | 介護系事業者 |
| Eメールアドレス | | aaa@aaaaa.jp |

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

| | |
|-------------|------|
| 増加改築等に関する備考 | 入力なし |
|-------------|------|

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

| | |
|-------------|------|
| 入居契約等に関する備考 | 入力なし |
|-------------|------|

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

| | | 提供の対価 (介護保険適用の有 無) | 併設施設における 提供の有無 | 連携・協力事業所 における提供の有無 |
|-------------------------|-----------|--------------------------|-------------------|-----------------------|
| 高齢者生活支援 サービス | 状況把握・生活相談 | 介護保険適用なし | — | — |
| | 食事の提供 | — | あり | あり |
| | 入浴等の介護 | 入力なし | あり | あり |
| | 調理等の家事 | 介護保険適用なし | なし | なし |
| | 健康の維持増進 | 対価はサービスの内容によって異なります | あり | あり |
| | その他 | 入力なし | あり | あり |
| 家賃・共益費・敷金に関する特記事項 | | 入力なし | | |
| 前払金の支払い方式 | | 前払方式と月払方式を選択可 | | |
| 前払金を支払った場合 の月々の家賃概算額 | 最低 | 約〇円 | | |
| | 最高 | 約〇円 | | |

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

| 施設の名称 | 併設施設の種類 |
|--------------|----------------|
| デイサービスセンター〇〇 | 通所介護事業（デイサービス） |
| | |
| | |
| | |

別添 3

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 | 住戸番号 | 間取り |
|------|----------|--|-----|
| 1 | 25.50 | 101~104, 201~204, 301~304, 401~404, 501~504 | 1K |
| 1 | 42.50 | 105, 106, 205, 206, 305, 306, 405, 406, 505, 506 | 2DK |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

別添 4

任意項目としての活用を想定しています。
空欄の場合は、公開画面では表示されませ
ん。

1. 状況把握及び生活相談サービスの内容

| | | |
|----------------|------|----------|
| サービス提供の対価（概算額） | 月額 | 介護保険適用なし |
| サービスを提供する者の人数 | 従事者数 | 人員 人 |

4. 調理、洗濯、掃除等の家事サービスの内容

| | | |
|----------------|----|----------|
| サービス提供の対価（概算額） | 月額 | 介護保険適用なし |
|----------------|----|----------|

5. 健康の維持増進サービスの内容

| | | |
|----------------|----|---------------------|
| サービス提供の対価（概算額） | 月額 | 対価はサービスの内容によって異なります |
|----------------|----|---------------------|