

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 東京都港区芝大門二丁目5番5号
 氏名 NSライフ株式会社
 代表取締役 齊藤浩昭
 代理人 住所 藤枝市駅前1丁目8番11号
 リヤンドファミリーユ
 氏名 生活相談員 上園 昌子 印

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

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) りやんどふあみーゆ リヤンドファミリーユ
所在地	(住居表示) 〒426-0034 静岡県藤枝市駅前1丁目8番11号
利用交通手段	<input checked="" type="checkbox"/> 1.電車(JR東海道 線 藤枝 駅から 徒歩 で 2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 2020年 2月 14日から 2048年 3月 31日まで
施設に関する権原	<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 2020年 2月 14日から 2048年 3月 31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 2020年 2月 14日から 2048年 3月 31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) エヌエスライフカブシキカイシャ NSライフ株式会社	
住所 (法人にあっては主たる事務所の所在地)	(郵便番号 105-0012) 東京都港区芝大門二丁目5番5号 電話番号 03-5776-0720	
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 (法人にあっ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	

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) りやんどふあみーゆ リヤンドファミリーユ
事務所の所在地	(郵便番号 426-0034) 静岡県藤枝市駅前一丁目8番11号 電話番号 054-631-5552

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	48 戸
居住部分の規模	(最小)	18.00 m ²
	(最大)	21.60 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 造 階数 地上8 階建
竣工の年月	2018 年 1 月 31 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
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又は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。)

※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	
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 60,000 円	
入浴等の介護		<input checked="" type="checkbox"/> 自ら <input type="checkbox"/> 委託 <input type="checkbox"/> 提供しない	約 0 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 0 円	
健康の維持増進		<input checked="" type="checkbox"/> 自ら <input type="checkbox"/> 委託 <input type="checkbox"/> 提供しない	約 0 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 75,000 円	住戸ごとの内容は別添 2 のとおり		
	(最高) 約 75,000 円			
共益費の概算額	(最低) 約 35,000 円			
	(最高) 約 35,000 円			
敷金の概算額	(最低) 約 75,000 円	家賃の 1.0 月分		
	(最高) 約 75,000 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				
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			
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 介護保険事業所番号 ()			
	<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 介護保険事業所番号 ()			
	<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 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 checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	
大規模修繕の 実施予定	2028 年 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
デイサービスセンターリヤンドファミリーユ	入浴、機能訓練、食事、健康チェック	<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

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) ふじえだしりつびょういん 藤枝市立病院
事業所の所在地	(郵便番号 426-8677) 藤枝市駿河台四丁目1番11号 電話番号 054-646-1111
連携又は協力の内容	専門的治療が必要になった場合の受入

連携又は協力の相手方	
事業所の名称	(ふりがな) しゃかいりりょうほうじんすんこうかいこみゆにていーほすびたるこうがびょういん 社会医療法人 駿甲会 コミュニティーホスピタル甲賀病院
事業所の所在地	(郵便番号 425-0088) 焼津市大覚寺2丁目30番地の1号 電話番号 054-628-5500
連携又は協力の内容	訪問診療、一般診療(内科、外科、整形外科等)、入院受入、医師による健康相談

連携又は協力の相手方	
事業所の名称	(ふりがな) いげがやしか 池谷歯科
事業所の所在地	(郵便番号 425-0034) 藤枝市駅前1-13-23 電話番号 054-643-6171
連携又は協力の内容	歯科

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

基本方針及び静岡県高齢者居住安定確保計画に照らして適切な運営を致します。

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 (法人にあつては、商号又は名称)	役名等
さいとうひろあき 齋藤浩昭	代表取締役
わたなべこういち 渡邊宏一	取締役
もりやいさむ 守屋勇	取締役

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	18.00	×	○	○	×	×	○	37	201～206、301～309、311～317、401～409、411～416	75,000
1	19.85	×	○	○	×	×	○	3	207,318,417	75,000
1	20.13	×	○	○	×	×	○	3	208,319,418	75,000
1	18.70	×	○	○	×	×	○	3	209,320,419	75,000
1	21.60	×	○	○	×	×	○	2	310,410	75,000

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	5	35.54	各階	48	
脱衣室	5	24.93	各階	48	
台所・食堂・居間	5	220.40	各階	48	
共用トイレ	2	8.00	3階・4階	48	
洗濯室	3	34.83	各階	48	
脱衣前室・WC	2	13.46	3階・4階	48	

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 3

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 checked="" 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 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 type="checkbox"/> 上記以外の職員	人員 人
			合 計		人員 3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	8 時 30分 ~ 17 時 30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	居室への訪問による確認を行う。				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 00分 ~ 24 時 00分		
		上記以外の日	<input type="checkbox"/>		
	通報方法	電話回線を利用して委託先へ通報			
	通報先	全日警静岡管制センター		通報先から住宅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 20,000 円	前払金の		
	前払金	約 円	算定方法		
備考	金額は税抜きです。				

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 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"/> 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 60,000 円	内訳	朝食 400 円	昼食 800 円 夕食 800 円
	前払金	約 0 円	前払金の 算定方法		
備考	召し上がった分の請求になります。 金額は税抜きです。 おやつ 100円/食(税別) 配膳・下膳 100円/回(税別)				

※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"/> 入浴介護 <input checked="" type="checkbox"/> 排泄介護 <input checked="" 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 0 円	前払金の 算定方法		
	前払金	約 0 円			
備考	入浴介護 1000円/回(税別)、入浴準備・片付け 500円/回(税別)、更衣介助 500円/回(税別) 排泄介助 500円/回(税別)、清拭 500円/回(税別) 整容介助 500円/回(税別)、食事介助 500円/回(税別)				

※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。

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 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	調理 300円/回(税別)、洗濯 300円/回(税別)、居室の片付け 500円/回(税別) 掃除 300円/回(税別)、ごみ捨て150円/回(税別)、シーツ交換300円/回(税別)				

※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。

5. 健康の維持の維持増進サービス(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	血圧等の測定、通院等の付き添い、服薬管理			
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	バイタルチェック 100円/回(税別) 体重測定 100円/回(税別) 服薬管理 2000円/月(税別) 通院介助 500円/30分(税別)				

※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。

6. その他のサービス(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	買物の付き添い、代行、送迎等 掛け布団・タオルのレンタル
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	買物の代行・付き添い 500円/30分(税別) ※別途、交通費は自己負担になります。 送迎 500円/30分(税別) デイサービス準備 300円/回(税別) 掛布団のレンタル 3000円/月(税別) タオルのレンタル 100円/回(税別) ベッドパッドのレンタル 650円/枚(税別) ラバーシーツレンタル 270円/枚(税別)		

※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。