

登録事項についての説明(高齢者住まい法第17条関係)

西暦 年 月 日

登録事項等についての説明

貸主(甲)住所 神奈川県川崎市川崎区砂子1-2-4  
 氏名 プラウドライフ株式会社  
 代表取締役 藺田 宏 印  
 代理人 住所  
 氏名 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あたり、高齢者の居住の安定確保に関する第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 type="checkbox"/> 新規 <input checked="" type="checkbox"/> 更新 (従前の登録番号 須25(1)001 )
	(ふりがな) さーびすつきこうれいしゃむげじゅうたくはなことばよこすかきぬがさ サービス付き高齢者向け住宅はなことば横須賀衣笠
所在地	(住居表示) 〒238-0025 神奈川県横須賀市衣笠町44-5
利用交通手段	<input checked="" type="checkbox"/> 1.電車( 京浜急行本線 横須賀中央 駅から バス で 20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 平成 年 月 日から 平成 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 平成 年 月 日から 平成 年 月 日まで
敷地に関する権原	<input checked="" type="checkbox"/> 1.所有権 <input type="checkbox"/> 2. 地上権 <input type="checkbox"/> 3. 賃借権 <input type="checkbox"/> 4. 使用貸借による権利 期間 平成 年 月 日から 平成 年 月 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) ふらうどらいふかぶしきかいしゃ プラウドライフ株式会社	
住所 (法人にあっては主たる事務所の所在地)	(郵便番号 210-0006 ) 神奈川県川崎市川崎区砂子1丁目2番地4川崎砂子ビルディング8階 電話番号 044-589-2713	
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	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) ぷらうどらいふかぶしきかいしゃ プラウドライフ株式会社
事務所の所在地	(郵便番号 210-0006 ) 神奈川県川崎市川崎区砂子1丁目2番地4川崎砂子ビルディング8階 電話番号 044-589-2713

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	56 戸
居住部分の規模	(最小)	18.12 m <sup>2</sup>
	(最大)	21.75 m <sup>2</sup>
構造及び設備	共同利用設備	■ あり □ なし
	構造	鉄筋コンクリート 造
竣工の年月	2014 年 10 月 31 日	階数 地上4 階建
加齢対応構造等	■ 登録基準に適合している	
	■ エレベーターを備えている	
	■ 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 type="checkbox"/> 賃貸借契約 ■ 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)	詳細については、 重要事項説明書 「別添1」のとおり	
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		約 11,000 円
	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 57,200 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 74,000 円	住戸ごとの内容は別添 3 のとおり		
	(最高) 約 74,000 円			
共益費の概算額	(最低) 約 37,990 円			
	(最高) 約 37,990 円			
敷金の概算額	(最低) 約 222,000 円	家賃の 3 月分		
	(最高) 約 222,000 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 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
笑がおの訪問介護ステーション	(介護予防)訪問介護	<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
笑がおのケアマネジャー	居宅介護支援	<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) こんふおーときぬがさくりにつく コンフォート衣笠クリニック
事業所の所在地	(郵便番号 238-0025 ) 神奈川県横須賀市衣笠町44-4 電話番号 046-887-0432
連携又は協力の内容	協力医療機関として週1回以上の往診

連携又は協力の相手方	
事業所の名称	(ふりがな) ヴィレレッジきぬがさしかしんりょうじょ ヴィレッジ衣笠歯科診療所
事業所の所在地	(郵便番号 238-0025 ) 神奈川県横須賀市衣笠町44-4 電話番号 046-874-9063
連携又は協力の内容	協力歯科医院として定期的に往診

連携又は協力の相手方	
事業所の名称	(ふりがな) いっきづかやつきよく 一騎塚薬局
事業所の所在地	(郵便番号 238-0315 ) 神奈川県横須賀市林1-23-6 電話番号 046-856-3919
連携又は協力の内容	協力調剤薬局として薬の管理及び配達

連携又は協力の相手方	
事業所の名称	(ふりがな) さんらいずふあみりーくりこつく サンライズファミリークリニック
事業所の所在地	(郵便番号 238-0313 ) 神奈川県横須賀市武1-20-17 電話番号 046-876-8811
連携又は協力の内容	協力医療機関として週1回以上の往診

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

基本方針及び神奈川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。

-----  
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。

西暦 年 月 日

借主 ( )

氏名

印

役員名簿

(ふりがな) 氏名	役名等
そのだ ひろし 藺田 宏	代表取締役
みねやま まさき 峰山 正樹	取締役
いでい まなぶ 出井 学	取締役
いとう こうき 伊藤 浩気	取締役
まつやま よしき 松山 芳樹	監査役
こん まさき 昆 雅樹	取締役

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。

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 (㎡)	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	18.12	×	○	○	×	×	○	53	201~204、206~218、301~304、306~319、401~404、406~419	74,000
1	21.75	×	○	○	×	×	○	3	205,305,405	74,000

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
収納スペース	3	25.46	1F、3F、4F	56	
談話室	2	40.46	1F	56	
食堂	1	146.08	1F	56	
HCWC	1	6.17	1F	56	
浴室	5	95.17	1F、2F、3F、4F	56	中間浴、個浴を完備
談話コーナー	3	71.42	2F、3F、4F	56	ミニキッチン設置

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 4

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 <span style="float: right;"><input type="checkbox"/> 委託する</span>							
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 <span style="margin-left: 150px;"><input type="checkbox"/> 指定居宅介護支援事業者</span> <input type="checkbox"/> 社会福祉法人 <span style="margin-left: 150px;"><input type="checkbox"/> 指定介護予防サービス事業者</span> <input type="checkbox"/> 指定居宅サービス事業者 <span style="margin-left: 150px;"><input type="checkbox"/> 指定介護予防支援事業者</span> <input type="checkbox"/> 指定地域密着型サービス事業者 <span style="margin-left: 150px;"><input checked="" type="checkbox"/> 上記以外の法人等</span>								
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	1人			
	<input type="checkbox"/> 准看護師	人員	人	<input checked="" type="checkbox"/> 養成研修修了者	人員	13人			
	<input checked="" type="checkbox"/> 介護福祉士	人員	20人	<input checked="" type="checkbox"/> 上記以外の職員	人員	2人			
			合 計		人員	37人			
常駐する場所	<input checked="" type="checkbox"/> 同一の敷地内 <span style="margin-left: 50px;"><input type="checkbox"/> 隣接する土地</span> <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 <span style="margin-left: 50px;"><input type="checkbox"/> 次の期間を除く( )</span>								
常駐する時間	日中	9時	00分	～	18時	00分	人員	1人	
	上記以外の時間	18時	00分	～	9時	00分	人員	1人	
毎日1回以上の 状況把握サービ スの提供方法	ラウンドにて						毎日	4	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"/> 24時間						
	通報方法	ナースコール							
	通報先	各フロアーのヘルパーステーション及び1階事務所		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	11,000	円	前払金の算定 方法				
	前払金	約	0	円					
備考									

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 <span style="float: right;"><input checked="" type="checkbox"/> 委託する</span>	
委託する 場合の 委託先	商号、名称 又は氏名	(ふりがな) ひとわふーどさーびすかぶしきかいしゃ HITOWAフードサービス株式会社	
	住所 (法人にあっては主たる事務所の所在地)	(郵便番号 108-6215 ) 東京都港区港南2-15-3品川インターシティC棟 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 checked="" type="checkbox"/> 3食 <input 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 57,200 円	内訳 朝食 275 円 昼食 440 円 夕食 385 円
	前払金	約 0 円	前払金の算定方法
備考	月額費用内で厨房維持費を頂いております。※月額内訳(食材費33,000円+厨房管理費24,200円=57,200円) 食事提供サービスとは別に、別途「おやつ」の提供を行います。110円/回		

※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"/> 排せつ介護 <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	介護保険により訪問介護、訪問看護の利用も可能です。 介護保険を利用されない方は、介護職員によるサービス提供も行います。 費用については重要事項説明書「別添1」参照。				

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	介護保険により訪問介護の利用も可能です。 介護保険を利用されない方は、介護職員によるサービス提供も行います。 費用については重要事項説明書「別添1」参照。				

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"/> 健康相談 <input checked="" type="checkbox"/> 血圧等の測定 <input checked="" 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	費用は状況把握、生活相談サービス費に含みます。ただし、定期健診(健康診断)等に要する実費は、別途利用者の負担となります。				

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	買い物等代行、通院等の付添サービス		
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	買物代行・通院等の付添サービス費用は、30分単位1,100円で行います。				