

サービス付き高齢者向け住宅 ぬくもりの郷
入居契約に係る登録事項説明書

社会福祉法人よいち福社会
サービス付き高齢者向け住宅
ぬくもりの郷

登録事項等についての説明（高齢者住まい法第17条関係）

令和 年 月 日

登録事項等についての説明

貸主(甲) 住所 北海道余市郡余市町黒川町19丁目1番地2
社会福祉法人よいち福祉会
氏名 理事長 亀尾 毅 印
代理人 住所
氏名

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

住宅の名称	(ふりがな) ぬくもりのさと ぬくもりの郷
所在地	(住居表示) 北海道余市郡余市町黒川町15丁目14番地16
利用交通手段	■ 1.電車 (函館本線 余市駅から 中央バス余市協会病院線で西黒川前下車9分、徒歩2分) ■ 2.その他 (函館本線 余市駅から 徒歩で19分)
住宅に関する権原	□ 1.所有権 ■ 2.賃借権 □ 3.使用貸借による権利 期間 平成 29 年 4 月 1 日から 平成 54 年 3 月 31 日まで
施設に関する権原	□ 1.所有権 ■ 2.賃借権 □ 3.使用貸借による権利 期間 平成 29 年 4 月 1 日から 平成 54 年 3 月 31 日まで
敷地に関する権原	□ 1.所有権 □ 2.地上権 ■ 3.賃借権 □ 4.使用貸借による権利 期間 平成 29 年 4 月 1 日から 平成 54 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	■ 法人 □ 個人
商号、名称 又は氏名	(ふりがな) しゃかいふくしほうじんよいちふくしかい 社会福祉法人よいち福祉会
住所 (法人にあつては 主たる事務所)	(郵便番号 046-0003) 北海道余市郡余市町黒川町19丁目1番地2 電話番号 0135-22-5350
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(郵便番号) にあつては主たる 事務所の所在地) 電話番号
法人の役員	別添 1 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) しゃかいふくしほうじんよいちふくしかい 社会福祉法人よいち福祉会
事務所の所在地	(郵便番号 046-0003) 北海道余市郡余市町黒川町19丁目1番地2 電話番号 0135-22-5350

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 24 戸	
居住部分の規模	(最小) 18.40 m ²	詳細については、別添 2 のとおり
	(最大) 36.99 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 木造 階数 2 階建	
竣工の年月	平成 29 年 3 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
入居契約が賃貸借契約でない場合には、その旨	
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 <input checked="" type="checkbox"/> 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。)
入居契約の内容	別添入居契約書のとおり

※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	平成 29 年 4 月 1 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 別添 3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 13,200 円	
	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 44,700 円	
	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 円	
	調理等の家事	<input type="checkbox"/> 自ら <input type="checkbox"/> 委託 <input checked="" type="checkbox"/> 提供しない	約 円	
	健康の維持増進	<input type="checkbox"/> 自ら <input type="checkbox"/> 委託 <input checked="" type="checkbox"/> 提供しない	約 円	
その他	<input type="checkbox"/> 自ら <input type="checkbox"/> 委託 <input checked="" type="checkbox"/> 提供しない	約 円		
家賃の概算額	(最低) 約 34,000 円	住戸ごとの内容は別添 2 のとおり		
	(最高) 約 65,000 円			
共益費の概算額	(最低) 約 8,800 円			
	(最高) 約 17,600 円			
敷金の概算額	(最低) 約 68,000 円	家賃の 2 月分		
	(最高) 約 130,000 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				
家賃等の前払金の返還債務が消滅するまでの期間	年 月 日まで			
家賃等の前払金の返還額の推移	(※原則として入居契約に定めた契約の始期を起算日とする。)			
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者	<input type="checkbox"/> 指定を受けている 事業所の番号 ()			
	<input checked="" type="checkbox"/> 指定を受ける予定はない			
介護サービス情報	(特定施設入居者生活介護事業者の指定を受けている場合には、別紙により、介護保険法第115条の35第1項に規定する介護サービス情報を示す。)			

※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。

連携又は協力の相手方	
事業所の名称	(ふりがな) いりょうほうじんしゃだんさとうしかいいん 医療法人社団 佐藤歯科医院
事業所の住所	(郵便番号 046-0004) 北海道余市郡余市町大川町15丁目12番地 電話番号 0135-22-3678
連携又は協力の内容	歯科

連携又は協力の相手方	
事業所の名称	(ふりがな) いりょうほうじんしゃだんじこうかいなかじまないか 医療法人社団滋恒会 中島内科
事業所の住所	(郵便番号 046-0003) 北海道余市郡余市町黒川町3丁目109番地 電話番号 0135-22-3866
連携又は協力の内容	一般内科、循環器内科、消化器内科

連携又は協力の相手方	
事業所の名称	(ふりがな)
事業所の住所	(郵便番号) 電話番号
連携又は協力の内容	

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

基本方針及び道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。

令和 年 月 日

借主(乙) 住所

氏名

印

役員名簿

(ふりがな) 氏名	役名等
かめお たけし 亀尾 毅	理事長
あいさか しげあき 相坂 茂昭	常務理事
かめ おひろし 亀尾 浩	業務執行理事
なかみち まさとし 中道 正俊	理事
めぐろ ゆきたか 目黒 幸隆	理事
まえだ たかし 前田 隆志	理事
まつやま ゆきひろ 松山 幸洋	理事
のむら こうじ 野村 広司	監事
なかにし やすえい 中西 安衛	監事

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。

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	36.99	○	○	○	○	○	○	2	105,205	65,000
1	25.03	○	○	○	○	○	○	8	101,102,103,104 201,202,203,204	51,000
1	18.40	×	○	○	×	○	○	14	106,107,108,109,110 206,207,208,209,210,211,212 213,214	34,000

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
食堂	2	69.84	1階(①)及び2階(⑩)	24	
相談室	1	5.52	1階(②)	24	
洗濯室	2	6.62	1階(③)及び2階(⑪)	24	
トイレ	3	8.00	1階(④・⑤)及び2階(⑫)	24	1階に車いす用トイレあり
浴室	3	14.35	1階(⑥・⑧)及び2階(⑬)	24	1階に一般入浴可能な特浴室あり
シャワー室	1	1.24	2階(⑮)	24	
脱衣室	4	12.82	1階(⑦・⑨)及び2階(⑭・⑯)	24	各浴室・シャワー室にあり

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	
常駐する場所		1階事務室					
サービスを提供 するために常駐 する者	<input type="checkbox"/> 社会福祉法人の職員	職種		資格名称		人数	
	<input type="checkbox"/> 自らの設置する住宅を管理する医療法人の職員	管理人		養成研修修了者		2 人	
	<input type="checkbox"/> 委託を受けてサービスを提供する社会医療法人の職員					人	
	<input type="checkbox"/> 居宅介護サービス事業者の職員					人	
	<input checked="" type="checkbox"/> ホームヘルパー2級以上の資格を有する者					人	
提供方法	提供日	<input checked="" type="checkbox"/> 365日対応 <input type="checkbox"/> 次の期間は緊急通報サービスによる()					
	提供時間	<input type="checkbox"/> 24時間常駐 <input checked="" type="checkbox"/> 夜間は緊急通報サービスによる(下の日中体制の時間以外の時間帯)					
	日中体制	午前 8 時	～	午後 5 時	人員 1 人	夜間 0 人	
緊急通報サービスの内容	通報方法	居室等の緊急通報装置のボタンを押す					
	通報先	1階事務室又は担当職員の携帯するPHS		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 13,200 円	前払金の				
	前払金	約 0 円	算定方法				
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 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	
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 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 44,700 円	内訳	朝食 350 円 昼食 570 円 夕食 570 円			
	前払金	約 0 円	前払金の 算定方法				
備考							

※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。









