

グランドビュー甲南

重要事項説明書

社会福祉法人 神戸福生会

グランドビュー甲南 重要事項説明書

| | | | |
|------|------|-------|---------------------|
| | | 記入年月日 | 平成 28 年 7 月 1 日 |
| 記入者名 | 川本 衛 | 所属・職名 | グランドビュー甲南 副主任相談員 |

1. 事業主体概要

| | | | |
|------------------------------------|---|---|--|
| (1)事業主体の名称、主たる事務所の所在地及び電話番号その他の連絡先 | | | |
| ①事業主体の名称 | 法人等の種類 | なし | <input checked="" type="checkbox"/> あり |
| | 名称 | 社会福祉法人 こうべふくせいかい 神戸福生会 | |
| ②事業主体の主たる事務所の所在地 | 〒652-0051 | 兵庫県神戸市兵庫区里山町 1 番 48 | |
| | 電話番号 | 078-612-3335 | |
| ③事業主体の連絡先 | FAX番号 | 078-612-3337 | |
| | ホームページ | なし | |
| | アドレス | <input checked="" type="checkbox"/> あり: http://www.kobe-fukuseikai.com/ | |
| (2)事業主体の代表者の氏名及び職名 | 氏名 | 大和田 理紗 | |
| | 職名 | 理事長 | |
| (3)事業主体の設立年月日 | 平成 8 年 4 月 1 日 (昭和 26 年設立の福生会から法人分離) | | |

| (4)事業主体が神戸市内で実施する他の介護サービス | | | | |
|---------------------------|----|----|---|---|
| 介護サービスの種類 | | | 事業所の名称 | 所在地 |
| <居宅サービス> | | | | |
| 訪問介護 | あり | なし | ながたホームヘルプサービス | 神戸市長田区 |
| 訪問入浴介護 | あり | なし | | |
| 訪問看護 | あり | なし | | |
| 訪問リハビリテーション | あり | なし | 高齢者ケアセンター甲南診療所 | 神戸市東灘区 |
| 居宅療養管理指導 | あり | なし | | |
| 通所介護 | あり | なし | デイサービスセンターながさか デイサービスセンターながた デイサービスセンターさとやま | 神戸市西区 神戸市長田区 神戸市兵庫区 |
| 通所リハビリテーション | あり | なし | | |
| 短期入所生活介護 | あり | なし | 永栄園 高齢者ケアセンターながた ながたサテライト宮丘 高齢者ケアセンターひょうご 高齢者ケアセンター甲南 | 神戸市西区 神戸市長田区 神戸市長田区 神戸市兵庫区 神戸市東灘区 |
| 短期入所療養介護 | あり | なし | | |
| 特定施設入居者生活介護 | あり | なし | ケアハウスこうべ ケアハウスこうべ甲南 | 神戸市兵庫区 神戸市東灘区 |
| 福祉用具貸与 | あり | なし | | |
| 特定福祉用具販売 | あり | なし | | |
| <地域密着型サービス> | | | | |
| 定期巡回・随時対応型訪問介護看護 | あり | なし | ながたホームヘルプサービス | 神戸市長田区 |
| 夜間対応型訪問介護 | あり | なし | | |
| 認知症対応型通所介護 | あり | なし | | |
| 小規模多機能型居宅介護 | あり | なし | 高齢者ケアセンター甲南小規模多機能サービス 高齢者ケアセンターながたサテライト宮丘 | 神戸市東灘区 神戸市長田区 |
| 認知症対応型共同生活介護 | あり | なし | | |
| 地域密着型特定施設入居者生活介護 | あり | なし | | |
| 地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護 | あり | なし | 西部高齢者介護支援センター 高齢者ケアセンターながたサテライト宮丘 高齢者ケアセンター甲南 | 神戸市長田区 神戸市長田区 神戸市東灘区 |

| | | | | |
|------------------------------|----|----|---|---|
| 複合型サービス | あり | なし | | |
| 居宅介護支援 | あり | なし | 永栄園居宅介護支援事業所 学園都市居宅介護支援事業所 高齢者ケアセンターながた 居宅介護支援事業所 高齢者ケアセンター甲南 居宅介護支援事業所 高羽居宅介護支援事業所 | 神戸市西区 神戸市西区 神戸市長田区 神戸市東灘区 神戸市灘区 |
| <居宅介護予防サービス> | | | | |
| 介護予防訪問介護 | あり | なし | ながたホームヘルプサービス | 神戸市長田区 |
| 介護予防訪問入浴介護 | あり | なし | | |
| 介護予防訪問看護 | あり | なし | | |
| 介護予防訪問リハビリテーション | あり | なし | 高齢者ケアセンター甲南診療所 | 神戸市東灘区 |
| 介護予防居宅療養管理指導 | あり | なし | | |
| 介護予防通所介護 | あり | なし | デイサービスセンターながさか デイサービスセンターながた デイサービスセンターさとやま | 神戸市西区 神戸市長田区 神戸市兵庫区 |
| 介護予防通所リハビリテーション | あり | なし | | |
| 介護予防短期入所生活介護 | あり | なし | 特別養護老人ホーム永栄園 高齢者ケアセンターながた ながたサテライト宮丘 高齢者ケアセンターひょうご 高齢者ケアセンター甲南 | 神戸市西区 神戸市長田区 神戸市長田区 神戸市兵庫区 神戸市東灘区 |
| 介護予防短期入所療養介護 | あり | なし | | |
| 介護予防特定施設入居者生活介護 | あり | なし | ケアハウスこうべ ケアハウスこうべ甲南 | 神戸市兵庫区 神戸市東灘区 |
| 介護予防福祉用具貸与 | あり | なし | | |
| 特定介護予防福祉用具販売 | あり | なし | | |
| <地域密着型介護予防サービス> | | | | |
| 介護予防認知症対応型通所介護 | あり | なし | | |
| 介護予防小規模多機能型居宅介護 | あり | なし | 高齢者ケアセンター甲南 | 神戸市東灘区 |
| 介護予防認知症対応型共同生活介護 | あり | なし | | |

| | | | | |
|-----------------------|----|----|---|-------------------------------------|
| 介護予防支援 | あり | なし | 伊川谷あんしんすこやかセンター 御蔵あんしんすこやかセンター 学園都市あんしんすこやかセンター 高羽あんしんすこやかセンター | 神戸市西区 神戸市長田区 神戸市西区 神戸市灘区 |
| <介護保険施設> | | | | |
| 介護老人福祉施設 | あり | なし | 永栄園 高齢者ケアセンターながた 高齢者ケアセンターひょうご 高齢者ケアセンター甲南 | 神戸市西区 神戸市長田区 神戸市兵庫区 神戸市東灘区 |
| 介護老人保健施設 | あり | なし | | |
| 介護療養型医療施設 | あり | なし | | |

3. 従業者に関する事項

| (1)職種別の従業者の人数及びその勤務形態 | | | | | | |
|---|------|-----|-----|-----|----|----------|
| ①有料老人ホームの人数及びその勤務形態 | | | | | | |
| 実人数 | 常勤 | | 非常勤 | | 合計 | 常勤換算人数 |
| | 専従 | 非専従 | 専従 | 非専従 | | |
| 施設長 | 0 | 1 | 0 | 0 | 1 | 1 |
| 生活相談員 | 0 | 1 | 0 | 0 | 1 | 1 |
| 看護職員 | 0 | 1 | 0 | 0 | 1 | 1 |
| 介護職員 | 6 | 0 | 7 | 0 | 13 | 10 |
| 機能訓練指導員 | 0 | 1 | 0 | 0 | 1 | 1 |
| 計画作成担当者 | 0 | 1 | 0 | 0 | 1 | 1 |
| 栄養士 | 0 | 0 | 1 | 0 | 1 | 0.6 |
| 調理員 | 業者委託 | | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 事務員 | 0 | 0 | 4 | 0 | 4 | 1.8 |
| その他従業者 | 1 | 0 | 4 | 0 | 5 | 2.9 |
| ②1週間のうち、常勤の従業者が勤務すべき時間数 | | | | | | 38.35 時間 |
| ※ 常勤換算人数とは、当該事業所の従業者の勤務延長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です。 | | | | | | |
| ③従業者である介護職員が有している資格 | | | | | | |
| 延べ人数 | 常勤 | | 非常勤 | | | |
| | 専従 | 非専従 | 専従 | 非専従 | | |
| 社会福祉士 | 1 | 0 | 0 | 0 | | |
| 介護福祉士 | 5 | 0 | 0 | 0 | | |
| 介護職員基礎研修 | 0 | 0 | 0 | 0 | | |
| 訪問介護員1級 | 0 | 0 | 0 | 0 | | |
| 2級 | 3 | 0 | 2 | 0 | | |
| 3級 | 0 | 0 | 0 | 0 | | |
| 介護支援専門員 | 1 | 0 | 0 | 0 | | |
| ④従業者である機能訓練指導員が有している資格 | | | | | | |
| 延べ人数 | 常勤 | | 非常勤 | | | |
| | 専従 | 非専従 | 専従 | 非専従 | | |
| 理学療法士 | 0 | 0 | 0 | 0 | | |
| 作業療法士 | 0 | 0 | 0 | 0 | | |
| 言語聴覚士 | 0 | 0 | 0 | 0 | | |
| 看護師及び准看護師 | 0 | 1 | 0 | 0 | | |
| 柔道整復士 | 0 | 0 | 0 | 0 | | |
| あん摩マッサージ指圧師 | 0 | 0 | 0 | 0 | | |

⑤夜勤を行う看護職員及び介護職員の人数

| 人数 | 夜勤帯平均人数 (20時～翌8時) | 最小时人数 (休憩者等を除く) |
|------|----------------------|--------------------|
| 看護職員 | 0(オンコール体制) | 0 |
| 介護職員 | 2 | 2 |

⑥特定施設入居者生活介護の提供に当たる従業者の人数及びその勤務形態

| 実人数 | 常勤 | | 非常勤 | | 合計 | 常勤換算 人数 |
|---------|----|-----|-----|-----|----|------------|
| | 専従 | 非専従 | 専従 | 非専従 | | |
| 生活相談員 | 0 | 1 | 0 | 0 | 1 | 1 |
| 看護職員 | 0 | 1 | 0 | 0 | 1 | 1 |
| 介護職員 | 6 | 0 | 7 | 0 | 13 | 10 |
| 機能訓練指導員 | 0 | 1 | 0 | 0 | 1 | 1 |
| 計画作成担当者 | 0 | 1 | 0 | 0 | 1 | 1 |
| その他従業者 | 1 | 0 | 4 | 0 | 5 | 2.9 |

⑦1週間のうち、常勤の従業者が勤務すべき時間数

38.35時間

※ 常勤換算人数とは、当該事業所の従業者の勤務延長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です。

⑧従業者である介護職員が有している資格

| 延べ人数 | 常勤 | | 非常勤 | |
|----------|----|-----|-----|-----|
| | 専従 | 非専従 | 専従 | 非専従 |
| 社会福祉士 | 1 | 0 | 0 | 0 |
| 介護福祉士 | 5 | 0 | 0 | 0 |
| 介護職員基礎研修 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 訪問介護員1級 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 2級 | 3 | 0 | 2 | 0 |
| 3級 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 介護支援専門員 | 1 | 0 | 0 | 0 |

⑨従業者である機能訓練指導員が有している資格

| 延べ人数 | 常勤 | | 非常勤 | |
|-------------|----|-----|-----|-----|
| | 専従 | 非専従 | 専従 | 非専従 |
| 理学療法士 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 作業療法士 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 言語聴覚士 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 看護師及び准看護師 | 0 | 1 | 0 | 0 |
| 柔道整復士 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| あん摩マッサージ指圧師 | 0 | 0 | 0 | 0 |

⑩管理者の他の職務との兼務の有無

| | | | |
|---------------------|----|----|-----------------|
| 管理者が有している当該業務に係る資格等 | なし | あり | 資格等の名称 社会福祉士 |
|---------------------|----|----|-----------------|

⑪特定施設入居者生活介護の利用者に対する看護職員及び介護職員の常勤換算方法による人数の割合

100%
(1.5:1以上)

| (2)従業者の当該介護サービスに係る業務に従事した経験年数等 | | | | | | |
|--------------------------------|---------|-----|---------|-----|-------|-----|
| | 看護職員 | | 介護職員 | | 生活相談員 | |
| | 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 | 0 | 0 | 2 | 3 | 0 | 0 |
| 前年度1年間の退職者数 | 0 | 1 | 2 | 4 | 0 | 0 |
| 業務に従事した経験年数 | / | / | / | / | / | / |
| 1年未満の者の人数 | 0 | 0 | 1 | 0 | 1 | 0 |
| 1年以上3年未満の者の人数 | 0 | 0 | 5 | 4 | 0 | 0 |
| 3年以上5年未満の者の人数 | 1 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 |
| 5年以上10年未満の者の人数 | 0 | 0 | 0 | 2 | 0 | 0 |
| 10年以上の者の人数 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| | 機能訓練指導員 | | 計画作成担当者 | | | |
| | 常勤 | 非常勤 | 常勤 | 非常勤 | | |
| 前年度1年間の採用者数 | 0 | 0 | 0 | 0 | | |
| 前年度1年間の退職者数 | 0 | 0 | 0 | 0 | | |
| 業務に従事した経験年数 | / | / | / | / | | |
| 1年未満の者の人数 | 0 | 0 | 1 | 0 | | |
| 1年以上3年未満の者の人数 | 0 | 0 | 0 | 0 | | |
| 3年以上5年未満の者の人数 | 1 | 0 | 0 | 0 | | |
| 5年以上10年未満の者の人数 | 0 | 0 | 0 | 0 | | |
| 10年以上の者の人数 | 0 | 0 | 0 | 0 | | |
| (3)従業者の健康診断の実施状況 | | | | なし | あり | |

4. サービスの内容

| | | | |
|---|--------------------------------------|----|------------|
| (1)施設の運営に関する方針 | | | |
| <p>下記の社会福祉法人神戸福生会のサービス提供する上での基本理念に基づいた運営を基本とすることはもとより、併設施設と連携しながらご入居される方々の生活の質の向上を図り、また様々な企画を通して地域の福祉の向上に貢献するものとする。</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.利用者、家族のニーズの把握に努め、自己決定・自立支援を基本とする。 2.利用者本位のサービス提供を基本とする。 3.利用者、家族の生活の全体像把握に努め、その中でわれわれの提供するサービスの担う役割と有効性を常に検証する。 4.利用者の生活の個別性を尊重し、個別処遇を基本とする。 | | | |
| (2)介護サービスの内容、利用定員等 | | | |
| ①個別機能訓練の実施(介護報酬の加算)の有無 | | なし | あり |
| ②夜間看護体制加算(介護報酬の加算)の有無 | | なし | あり |
| ③人員配置が手厚い介護サービスの実施の有無 | | なし | あり |
| ④利用者の個別的な選択による介護サービスの実施状況 | 別紙 | | |
| ⑤協力医療機関の名称 | 一般財団法人甲南会 甲南病院 | | |
| (協力内容) | 入居者の発病、負傷時の対応が円滑に行われるよう医療サービスの提供を行う。 | | |
| ⑥協力歯科医療機関 | なし | あり | おおや歯科クリニック |
| (協力内容) | 入居者の歯科治療及び保健指導を行う。予防及び衛生管理のケア及び指導・助言 | | |
| ⑦要介護時における居室の住み替えに関する事項 | | | |
| (ア)要介護時に介護を行う場所 | | | |
| ①同一敷地内に設置する介護型ケアハウスへの住み替え | | | |
| ※ 住み替えを行う場合の要件 | | | |
| <p>介護が常時必要となり、入居者、身元引受人、事業者、医師と協議の上ホームでの生活が困難と判断された場合は、空室がある限り同一敷地内の介護型ケアハウス(特定施設入居者生活介護施設)に住み替えが可能となります。</p> | | | |
| ②特定施設入居者生活介護契約を締結し、ホームの介護サービスを受ける。 | | | |
| ③特定施設入居者生活介護の契約を結ばず、外部の介護サービス事業者と契約を結び、居室にて介護サービスを受ける。 | | | |

(イ)入居後に居室を住み替える場合

(i)一時介護室へ移る場合

判断基準・手続について

(その内容)

追加的費用の有無

なし

あり

居室利用権の取扱い

(その内容)

入居一時金償却の調整の有無

なし

あり

従前の居室からの面積の増減の有無

なし

あり

従前居室との仕様の変更

便所の変更の有無

なし

あり

浴室の変更の有無

なし

あり

洗面所の変更の有無

なし

あり

台所の有無

なし

あり

その他の変更の有無

なし

あり

(その内容)

(ii)介護居室へ移る場合

判断基準・手続について

(その内容)

追加的費用の有無

なし

あり

居室利用権の取扱い

(その内容)

入居一時金償却の調整の有無

なし

あり

従前の居室からの面積の増減の有無

なし

あり

従前居室との仕様の変更

便所の変更の有無

なし

あり

浴室の変更の有無

なし

あり

洗面所の変更の有無

なし

あり

台所の有無

なし

あり

その他の変更の有無

なし

あり

(その内容)

| | | |
|--|---|----|
| (iii)その他(提携先施設に移る場合) | なし | あり |
| 判断基準・手続について | | |
| (その内容) 入居者と身元引受人と医師と事業者との協議により決定します。特に、認知症その他の症状により常時介護が必要な状態となった場合に、併設する介護型ケアハウスへ移ることとします。 | | |
| 追加的費用の有無 | なし | あり |
| 居室利用権の取扱い | | |
| (その内容) ケアハウスこうべ甲南に住み替えた場合は、契約終了となり、入居一時金の未償還金がある場合は返還すると共に居室利用権は合意により解除となります。ケアハウスこうべ甲南への入居にはケアハウスの入居一時金に相当する費用(管理費)の新たな追加の負担はございません。住み替え先の居室に空きがない場合は、神戸福生会が有する他の各種サービスで支援いたします。 | | |
| 入居一時金償却の調整の有無 | なし | あり |
| 従前の居室からの面積の増減の有無 | なし | あり |
| 従前居室との仕様の変更 | | |
| 便所の変更の有無 | なし | あり |
| 浴室の変更の有無 | なし | あり |
| 洗面所の変更の有無 | なし | あり |
| 台所の有無 | なし | あり |
| その他の変更の有無 | なし | あり |
| (その内容) 食堂、入浴場所なども変更となります。 | | |
| ⑧施設の入居に関する要件 | | |
| 自立している者を対象 | なし | あり |
| 要支援の者を対象 | なし | あり |
| 要介護の者を対象 | なし | あり |
| 留意事項 | 要介護者であっても、当施設で対応できない高度な医療が必要な場合、徘徊がある、居室内での移動に危険を伴うなど、安全を確保するためにより高度なケアが必要な場合等、介護付き有料老人ホームでの生活に適さない状態にあると判断されるときは契約しない場合がございます。 | |
| ⑨契約の解除の内容 | 以下の場合、2か月の予告期間において、契約を解除することがあります。但し、④に該当する場合は、予告期間はありません。 | |

| | |
|----------|--|
| | <p>① 入居申込書に虚偽の事項を記載する等の不正手段により入居したとき。</p> <p>② 月額払いの利用料金その他の支払い(入居一時金の分割支払いを含む)を正当な理由なく、6か月以上滞納したとき。</p> <p>③ 入居契約書の条項に違反したとき。</p> <p>④ 入居者の行動が、他の入居者又は従業員の生命・身体・財産に危害を及ぼし、もしくは及ぼす恐れがある時、その他入居者に対する通常の介護方法および接遇方法ではこれを適切に対応することができないとき。</p> <p>・入居者からの契約解除は、30日の予告期間が必要です。但し、入居後3か月以内に契約を解除される場合は、即時の解約を認めるものとします。</p> |
| ⑩体験入居の内容 | <p>2泊3日以内の日程で体験入居が可能です。事情によっては、1週間以内の体験入居にも応じます。1人1泊2日 夕食・朝食付き 10,800円 ※但し、空室の状況によっては応じかねる場合があります。</p> |
| ⑪入居定員 | <p>84名(定員 健常型 74名、介護型 10名)</p> |
| ⑫その他 | <p>(短期解約特例) 入居一時金の償却起算日後 3か月以内に解約される場合は、契約書第50条に基づき、入居一時金及び月額利用料等、受領済総額から初期償却金額を除いて算出された経過日数に係る日割り分を除き、全額を返還いたします。</p> <p>(遅延損害金) 月払いの利用料その他の支払い(入居一時金の分割支払いを含む)に関して、支払期限に支払われない場合については、入居者は事業者に対し、年10パーセントの割合による遅延損害金を支払うものとします。</p> <p>(入居契約書第32条3項)</p> |

(3)入居者の状況

①居者の人数(報告に関する計画の基準日の前月末日)

| | 要介護1 | 要介護2 | 要介護3 | 要介護4 | 要介護5 | 合計 |
|------------|------|------|------|------|------|----|
| 65歳未満 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 65歳以上75歳未満 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 75歳以上85歳未満 | 1 | 2 | 0 | 0 | 0 | 3 |
| 85歳以上 | 5 | 2 | 1 | 1 | 0 | 9 |
| | 自立 | 要支援1 | 要支援2 | | | 合計 |
| 65歳未満 | 0 | 0 | 0 | | | 0 |
| 65歳以上75歳未満 | 3 | 0 | 0 | | | 3 |
| 75歳以上85歳未満 | 20 | 7 | 2 | | | 29 |
| 85歳以上 | 11 | 6 | 5 | | | 22 |

②入居者の平均年齢 83.8歳

③入居者の男女別人数 男性 20 女性 46

④入居率(一時的に不在となっている者を含む) 96.23%

⑤前年度のグランドビュー甲南を退居した者の人数

| | 要介護1 | 要介護2 | 要介護3 | 要介護4 | 要介護5 | 合計 |
|--------|------|------|------|------|------|----|
| 自宅等 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 社会福祉施設 | 0 | 0 | 1 | 0 | 2 | 3 |
| 医療機関 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 死亡者 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| その他 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| | 自立 | 要支援1 | 要支援2 | | | 合計 |
| 自宅等 | 0 | 0 | 0 | | | 0 |
| 社会福祉施設 | 2 | 0 | 1 | | | 3 |
| 医療機関 | 0 | 0 | 0 | | | 0 |
| 死亡者 | 0 | 0 | 0 | | | 0 |
| その他 | 0 | 0 | 0 | | | 0 |

⑥入居者の入居期間

| 入居期間 | 6か月未満 | 6か月以上 1年未満 | 1年以上 5年未満 | 5年以上 10年未満 | 10年以上 15年未満 | 15年以上 |
|------|-------|---------------|--------------|---------------|----------------|-------|
| 入居者数 | 1 | 2 | 46 | 17 | 0 | 0 |

| (4)施設、設備等の状況 | | | | | |
|--|--|--|---|--|--|
| ①建物の構造 | 建築基準法第2条第9号の2に規定する耐火建築物 | | | なし | <input checked="" type="checkbox"/> あり |
| | 建築基準法第2条第9号の3に規定する準耐火建築物 | | | なし | <input checked="" type="checkbox"/> あり |
| ②居室の状況 | 区 分 | | 室数 | 人数 | 1の居室の床面積 |
| | 一般居室個室 | <input checked="" type="checkbox"/> あり | なし | 43室 | 47.78㎡ 63.72㎡ 64.24㎡ 66.35㎡ 66.95㎡ |
| | | あり | <input checked="" type="checkbox"/> なし | | |
| | 一般居室相部屋 | あり | <input checked="" type="checkbox"/> なし | | — ㎡ |
| | 介護居室個室 | <input checked="" type="checkbox"/> あり | なし | 10室 | 47.78㎡ 64.24㎡ |
| | | あり | <input checked="" type="checkbox"/> なし | | |
| | 介護居室相部屋 | あり | <input checked="" type="checkbox"/> なし | | — ㎡ |
| 一時介護室 | あり | <input checked="" type="checkbox"/> なし | | — ㎡ | |
| ③共用便所の設置数 | 4カ所 | うち男女別の対応が可能な数 | | 3カ所 | |
| | | うち車椅子等の対応が可能な数 | | 3カ所 | |
| ④個室の便所の設置数 | 53カ所 | 個室における便所の設置割合 | | 100% | |
| | | うち車椅子等の対応が可能な数 | | 53カ所 | |
| ⑤浴室の設備状況 | 浴室の数 | 個 浴 | 大浴槽 | 特殊浴槽 | リフト浴 |
| | | 各室設置 | 2カ所 | 別棟2カ所 | なし |
| その他、浴室の設備に関する事項 | | | | | |
| ⑥食堂の設備状況 | 建物L階東部に1カ所設置 | | | | |
| 入居者等が調理を行う設備状況 | | | なし | <input checked="" type="checkbox"/> あり | |
| ⑦その他、共用施設の設備状況 | | | | | |
| なし | <input checked="" type="checkbox"/> あり | (その内容) 喫茶コーナー、談話コーナー、図書コーナー、食堂、浴場、トレーニングコーナー、視聴覚室、カルチャー室、駐車場など | | | |
| ⑧バリアフリーの対応状況 | | | | | |
| (その内容) 全居室内、廊下、共用施設に手すり設置。車いすでの移動可能 | | | | | |
| ⑨緊急通報装置の設置状況 | なし | 一部あり | <input checked="" type="checkbox"/> 各居室内にあり | | |
| ⑩外線電話回線の設置状況 | なし | 一部あり | <input checked="" type="checkbox"/> 各居室内にあり | | |
| ⑪テレビ回線の設置状況 | なし | 一部あり | <input checked="" type="checkbox"/> 各居室内にあり | | |
| ⑫施設の敷地に関する事項 | | | | | |
| 敷地の面積 | | 4,397.50㎡ (1330.2坪) | | | |
| 事業所を運営する法人が所有 | | なし | 一部あり | <input checked="" type="checkbox"/> あり | |
| 抵当権の設定 | | なし | <input checked="" type="checkbox"/> あり | | |
| 貸借(借地) | | | | | |
| <input checked="" type="checkbox"/> なし | あり | 契約期間 | 始 | 終 | |
| 契約の自動更新 | | | なし | あり | |

| | | | | | |
|--|--|----------------------------|--|----|----|
| ⑬施設の建物に関する事項 | | | | | |
| 建物の構造 | | 鉄筋コンクリート造地下1階・地上3階建て | | | |
| 建物の延床面積 | | 5,591.13㎡ (1691.3坪) | | | |
| 事業所を運営する法人が所有 | なし | 一部あり | <input checked="" type="checkbox"/> あり | | |
| 抵当権の設定 | | なし | <input checked="" type="checkbox"/> あり | | |
| 貸借(借家) | | | | | |
| <input checked="" type="checkbox"/> なし | あり | 契約期間 | 始 | 終 | |
| | | 契約の自動更新 | | なし | あり |
| (5)利用者からの苦情に対応する窓口等の状況 | | | | | |
| ①事業主体や施設に設置している利用者からの苦情に対応する窓口 | | | | | |
| 窓口の名称 | | お客様相談室 | | | |
| 電話番号 | | 078-436-0567 | | | |
| 対応している時間 | 平日 | 9:00～17:00 | | | |
| | 土曜 | 9:00～17:00 | | | |
| | 日曜・祝日 | 9:00～17:00 | | | |
| 定休日等 | | 原則として、年中無休 | | | |
| ②上記以外の利用者からの苦情に対応する主な窓口等 | | | | | |
| 窓口の名称 | | 兵庫県国民健康保険団体連合会 | | | |
| 電話番号 | | 078-332-5617 | | | |
| 対応している時間 | 平日 | 8:45～17:30 | | | |
| | 土曜 | | | | |
| | 日曜・祝日 | | | | |
| 定休日等 | | 土日・祝日 | | | |
| (6)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 | | | | | |
| ①損害賠償責任保険の加入状況 | | | | | |
| なし | <input checked="" type="checkbox"/> あり | (その内容) ひょうご福祉サービス総合保障制度 | | | |
| ②その他、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に関すること | | | | | |
| <input checked="" type="checkbox"/> なし | あり | (その内容) | | | |

(7)サービスの提供内容に関する特色等

(その内容)

- ①特定施設入居者生活介護の契約を締結しない場合は、ホームの職員が直接介護保険サービスを提供することができません。介護が必要となった場合には、外部の介護保険サービスを利用させていただきます。この場合、適切に介護保険サービスが利用できるよう関係機関と連絡調整します。介護保険の区分支給限度基準額を超えた場合、超えた部分の利用料は介護保険が適用されず、全額入居者の方の自己負担となります。また、これらの金額をご負担できなくなるなどのため、ホームで生活できなくなる場合があります。ホームを退居せざるを得なくなり、他の介護保険施設に移る必要性が生じた場合にホームは、同一敷地内にある同一法人が経営する他の施設と連携し対応いたします。
- ②特定施設入居者生活介護の契約をホームと締結した場合においても、入居者が契約書および管理規定の関係条項に該当する一定の状態となり、ホームでの生活が困難となった場合、より適切な環境で、高度な介護を提供するために、同一敷地内のケアハウスこうべ甲南へ住み替えをお勧めいたします。この場合、住み替えには入居者の同意を得るものとします。
- ③他社や他法人の施設への住み替えを希望された場合は、それが確保できるまでの間、同一敷地内の小規模多機能居宅介護やショートステイサービスなどを利用していただくことで、入居者の方が急迫した状況とならないよう配慮いたします。

(8)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

①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

| | | | | |
|----|----|-----------|-----------------|----|
| なし | あり | 実施した年月日 | 平成26年10月19日～31日 | |
| | | 当該結果の開示状況 | なし | あり |

②第三者による評価の実施状況

| | | | | |
|----|----|-------------|----|----|
| なし | あり | 実施した年月日 | | |
| | | 実施した評価機関の名称 | | |
| | | 当該結果の開示状況 | なし | あり |

5. 利用料金

| | | | | | | | | |
|--|---|-------------|--|------|--------------------------|--------------------------|----------|----------|
| (1)利用料の支払い方式 | 一時金方式 | 月払い方式 | 選択方式 | | | | | |
| (2)敷金(保証金) ※一時金方式の場合、敷金(保証金)は不要 | 家賃相当額の3ヶ月分 例:家賃相当額(手数料を除く)が260,000円の場合 $260,000 \times 3 = 780,000$ 円 | | ※非課税 ※退去時に利用料その他当該ホームに対する不払いが存在する場合、当該不払いの額を控除した金額を除き全額返還いたします。 | | | | | |
| (3)一時金方式 | | | | | | | | |
| ①一時金及び月単位で支払う利用料 | | | | | | | | |
| 年齢に応じた金額設定 | なし | | あり | | | | | |
| 要介護状態に応じた金額設定 | なし | | あり | | | | | |
| 料金プラン(代表的な例) | | | | | | | | |
| プラン名称 | 一時金 | 月額 | (内 訳) | | | | | |
| | | 計 | 家賃相当額 | 介護費用 | 食費 | 光熱水費 | 管理費 | |
| | 75歳以上プラン | 41,900,000円 | 194,100円 | / | / | 74,400円 (1日3食で30日の場合) | 実費負担 | 119,700円 |
| | 80歳以上プラン | 34,250,000円 | 194,100円 | / | / | 74,400円 (1日3食で30日の場合) | 実費負担 | 119,700円 |
| 85歳以上プラン | 23,000,000円 | 194,100円 | / | / | 74,400円 (1日3食で30日の場合) | 実費負担 | 119,700円 | |
| ※家賃相当額の負担はありません ※介護保険サービスの自己負担額は含みません | | | | | | | | |
| 家賃相当額 | 入居一時金に含むため不要 | | | | | | | |
| 介護費用 | | | | | | | | |
| 食費 | 74,400円/人 月(1日3食で30日の場合) 内訳 朝食:570円 昼食:770円 夕食:1,140円 | | | | | | | |
| 光熱水費 | 【一般居室】 居室内の光熱水費、電話代等は別途実費負担(メーター付き)していただきます | | | | | | | |
| 管理費 | 職員の人件費・事務管理費・共用施設の光熱水費、相談、助言に要する費用 1人目の入居者 119,700円/月 2人目の入居者 59,850円/月 | | | | | | | |
| 算定根拠 | 一時金(前払金) ・入居一時金は、目的施設(居室及び共用施設)を終身にわたって利用するための家賃相当額に充当します。 ・土地取得代 建設費 設備費 修繕費用 税金 借入利息等を基礎として、想定居住期間を勘案して算出します。 ・入居一時金は、老人福祉法第29条第6項において受領が禁止されている権利金又は対価性のない金品の受領に該当しません。 ・入居一時金の算定に当たっては、標準指導指針及び厚生労働省の事務連絡で示された下記の算式に基づき算定します。 | | | | | | | |
| | 入居一時金の額＝ $(1ヶ月分の家賃相当額) \times (想定居住期間(月数)) + (想定居住期間を超えて契約が継続する場合に備えて受領する額)$ | | | | | | | |

| | | | |
|---|---|--|-------------------------------|
| | ・2人目の入居一時金については、共用施設部分の利用料として加算します | | |
| 一時金の償却に関する事項 | | | |
| 償却開始日の設定 | 入居日の翌日 | | |
| 初期償却率(%) | | | |
| 想定居住期間を越えて契約が継続する場合に備えてグランドビュー甲南が受領する額 | 想定居住期間を超えて入居契約が継続する場合に備えて受領する家賃相当額として合理的に算出された額が入居一時金の非返還対象分(=初期償却)となります。 (入居一時金に占める初期償却率はプランに拠って4%~32%の範囲内) | | |
| 権利金等(※)の額 | 0円 | | |
| ※平成24年3月31日までに老人福祉法第29条第1項の規定により届出がされた施設に限る。 | | | |
| 償却年月数 (想定居住期間) | 想定居住期間は5年~22年(契約時の各年齢プランの想定居住期間に応じる)とします。但し1年を365日とし、うるう年については、1年を366日として当該期間の合計日数を償却期間の算定根拠とします。 | | |
| 契約終了時返還金の算定方法及び返還金の例 | | | |
| 【入居者が1名の場合で契約が終了した場合】 | | | |
| ・想定居住期間内の場合の返還金計算式 | | | |
| $\text{入居一時金} \times (1 - \text{初期償却率}) \div \text{償却期間日数} \times (\text{契約終了日から償却期間満了日までの実日数})$ | | | |
| ・入居金償却期間を超える場合、返還金はなく、入居金の追加徴収は行いません。 | | | |
| 【入居者が2名の場合で、いずれか1名の契約が終了した場合】 | | | |
| ・想定居住期間内の場合の返還金計算式 | | | |
| $\text{入居一時金} \times (1 - \text{※初期償却率}) \div \text{償却期間日数} \times (\text{契約終了日から償却期間満了日までの実日数})$ | | | |
| ※2人目の入居者について、本来の入居一時金より低額に設定している為、この場合の計算式は【入居契約書 表題部(6)入居者2】の初期償却率に基づきます。 | | | |
| ・入居金償却期間を超える場合、返還金はなく、入居金の追加徴収は行いません。 | | | |
| ※但し、返還金支払い時に未払いの入居一時金がある場合は、上記で算出した金額から未払い金を差し引くものとします。 | | | |
| 保全措置の実施状況 | なし | <input checked="" type="checkbox"/> あり | (保全先)全国有料老人ホーム協会の入居者生活保証制度に加入 |

②3か月以内の契約終了による返還金について

| | | |
|--|-----|--------|
| 3か月の起算日 | 入居日 | 入居日の翌日 |
| 契約終了日までの利用期間に係る利用料及び原状回復のための費用の算定方法 | | |
| <p>入居一時金の償却起算日後3か月以内に解約される場合は、契約書第50条に基づき、入居一時金から初期償却金額を除いて算出された経過日数に係る日割り額を除き、全額を返還いたします。 ※月額利用料(管理費等)については、月途中で契約開始又は終了した場合には、1か月を30日とする日割り計算により算出します。</p> <p>【返還金の算定方法】 入居一時金×(1-初期償却率)÷償却期間月数÷30×経過日数 ※小数点第一位以下は切り捨てます。</p> | | |

③一時金の支払方法

入居者は、事業者に対して以下のとおりに支払う必要があります。
 入居一時金(前払金)について、入居日までに次の口座にお振込み頂きます。但し、入居申込金として入居一時金(前払金)総額の内、1,000,000円を申し込み時にお振込み頂きます。

| 銀行名・支店名 | 種類 | 口座番号 | 名義人 |
|-------------|----|---------|---|
| 三井住友銀行 長田支店 | 普通 | 7519579 | 社会福祉法人神戸福生会 甲南有料老人ホーム入居一時金 理事長 大和田 理紗 |

(4)月払い方式

①月単位で支払う利用料

| | | |
|---------------|----|----|
| 年齢に応じた金額設定 | なし | あり |
| 要介護状態に応じた金額設定 | なし | あり |

料金プラン(代表的な例)

| プラン名称 | 月額 計 | (内 訳) | | | | |
|--------------|----------|----------------------------|------|--------------------------|------|--------------|
| | | 家賃相当額 | 介護費用 | 食費 | 光熱水費 | 管理費 |
| 75歳以上 プラン | 527,395円 | 333,295円 (※手数料を 含む額) | | 74,400円(1日3食で 30日の場合) | 実費負担 | 119,700 円 |
| 80歳以上 プラン | 527,086円 | 332,986円 (※手数料を 含む額) | | 74,400円(1日3食で 30日の場合) | 実費負担 | 119,700 円 |
| 85歳以上 プラン | 596,600円 | 402,500円 (※手数料を 含む額) | | 74,400円(1日3食で 30日の場合) | 実費負担 | 119,700 円 |

※介護保険サービスの自己負担額は含みません。

| | | |
|------------------|-----------|--|
| 算 定 根 拠 | 家賃 相当額 | 家賃相当額は、当該事業所の整備に要した費用、修繕費、管理事務費、地代に相当する額等を基礎として合理的に算定したもので、近傍同種の住宅の家賃から算定される額と比較して算定しています。 |
| | 介護費用 | |
| | 食費 | 74,400円/人 月(1日3食で30日の場合) 内訳 朝食:570円 昼食:770円 夕食:1,140円 |
| | 光熱水費 | 【一般居室】 居室内の光熱水費、電話代等は別途実費負担(メーター付き)していただきます。 |
| | 管理費 | 職員の人件費・事務管理費・共用施設の光熱水費、相談、助言に要する費用 1人目の入居者 119,700円/月 2人目の入居者 59,850円/月 |

| | | | |
|--|---|--|----|
| (5)一時金方式・月払い方法共通 | | | |
| ①介護保険サービスの自己負担額 | | | |
| 内容 | ※要介護度に応じて介護費用の自己負担分を徴収する。 | | |
| ②人員配置が手厚い場合の介護サービス(再掲) | | | なし |
| 内容 | 特定施設入居者生活介護契約後に必要な費用 | | |
| 利用料 | 16万円 (月額 ・ 日額) | | |
| 算定根拠 | 要介護者1.5対(週38.35時間換算で)直接処遇人員1以上を配置しています。 | | |
| 支払い方法 | 月単位 (日割りの有無 あり ・ なし) | | |
| ③利用者の個別的な選択による生活支援サービス利用料 | | | |
| 個別的な選択による生活支援サービス | | | なし |
| 算定根拠 | 介護保険給付及び利用者負担分による収入によって賄えない額に相当充当するものとして合理的な積算根拠に基づきます。 | | |
| (6)料金改定の手続 | | | |
| 入居契約第30条に基づき、当該事業所が所在する自治体の消費者物価指数や職員の人件費等を勘案し、運営懇談会の意見を聴いた上で、第25条(月払いの利用料)及び第28条(食費)の費用並びに第29条(その他の費用)の入居者が支払うべきその他の費用の額を改定することがあります。 | | | |

6. その他

| | | | |
|-----------------------------------|--------|----|----|
| (1)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 | | あり | なし |
| (2)有料老人ホーム設置運営指導指針の不適合事項 | | | |
| なし | | | |
| あり | (その内容) | | |

添付書類:「介護サービス等の一覧表」

別添 介護サービス等の一覧表

| | 特定施設入居者生活 介護費で、 実施するサービス | | 特定施設入居者生活 介護費、各種一時金 月額の利用料等で、 実施するサービス | | 別途利用料を徴収 した上で、実施するサ ービス | | 備 考 |
|-----------------|--------------------------------|-----------------------------|---|-----------------------------|-------------------------------|-----------------------------|---|
| 介護サービス | | | | | | | |
| 食事介助 | <input type="checkbox"/> なし | <input type="checkbox"/> あり | <input type="checkbox"/> なし | <input type="checkbox"/> あり | <input type="checkbox"/> なし | <input type="checkbox"/> あり | 756 円/30 分、1,080 円/60 分、以後 30 分増す毎に 540 円 |
| 排泄介助・おむつ交換 | <input type="checkbox"/> なし | <input type="checkbox"/> あり | <input type="checkbox"/> なし | <input type="checkbox"/> あり | <input type="checkbox"/> なし | <input type="checkbox"/> あり | 同上 |
| おむつ代 | <input type="checkbox"/> なし | <input type="checkbox"/> あり | <input type="checkbox"/> なし | <input type="checkbox"/> あり | <input type="checkbox"/> なし | <input type="checkbox"/> あり | 実費負担 |
| 入浴(一般浴)介助・清拭 | <input type="checkbox"/> なし | <input type="checkbox"/> あり | <input type="checkbox"/> なし | <input type="checkbox"/> あり | <input type="checkbox"/> なし | <input type="checkbox"/> あり | 432 円/15 分、756 円/30 分、1,080 円/60 分、以後 30 分増す毎に 540 円 |
| 特浴介助 | <input type="checkbox"/> なし | <input type="checkbox"/> あり | <input type="checkbox"/> なし | <input type="checkbox"/> あり | <input type="checkbox"/> なし | <input type="checkbox"/> あり | 同上 |
| 身辺介助(移動・着替え等) | <input type="checkbox"/> なし | <input type="checkbox"/> あり | <input type="checkbox"/> なし | <input type="checkbox"/> あり | <input type="checkbox"/> なし | <input type="checkbox"/> あり | 同上 |
| 機能訓練 | <input type="checkbox"/> なし | <input type="checkbox"/> あり | <input type="checkbox"/> なし | <input type="checkbox"/> あり | <input type="checkbox"/> なし | <input type="checkbox"/> あり | ホームが実施する場合、原則として管理費に含む |
| 通院介助(協力医療機関) | <input type="checkbox"/> なし | <input type="checkbox"/> あり | <input type="checkbox"/> なし | <input type="checkbox"/> あり | <input type="checkbox"/> なし | <input type="checkbox"/> あり | 9 時～17 時は 756 円/30 分、1,080 円/60 分、以後 30 分増す毎に 540 円 上記以外の時間は 2,160 円/60 分 |
| 通院介助(協力医療機関以外) | <input type="checkbox"/> なし | <input type="checkbox"/> あり | <input type="checkbox"/> なし | <input type="checkbox"/> あり | <input type="checkbox"/> なし | <input type="checkbox"/> あり | |
| 生活サービス | | | | | | | |
| 居室清掃 | <input type="checkbox"/> なし | <input type="checkbox"/> あり | <input type="checkbox"/> なし | <input type="checkbox"/> あり | <input type="checkbox"/> なし | <input type="checkbox"/> あり | 864 円/15 分、1,512 円/30 分、2,160 円/60 分、以後 30 分増す毎に 1,080 円 ※職員 2 名での料金 3 サービス合わせて週 1 回(職員 2 名)30 分以内は管理費に含む |
| リネン交換 | <input type="checkbox"/> なし | <input type="checkbox"/> あり | <input type="checkbox"/> なし | <input type="checkbox"/> あり | <input type="checkbox"/> なし | <input type="checkbox"/> あり | |
| 日常の洗濯 | <input type="checkbox"/> なし | <input type="checkbox"/> あり | <input type="checkbox"/> なし | <input type="checkbox"/> あり | <input type="checkbox"/> なし | <input type="checkbox"/> あり | |
| 居室配膳・下膳 | <input type="checkbox"/> なし | <input type="checkbox"/> あり | <input type="checkbox"/> なし | <input type="checkbox"/> あり | <input type="checkbox"/> なし | <input type="checkbox"/> あり | 432 円/回、医師の指示による場合は管理費に含む(3 日以内) |
| 入居者の嗜好に応じた特別な食事 | <input type="checkbox"/> なし | <input type="checkbox"/> あり | <input type="checkbox"/> なし | <input type="checkbox"/> あり | <input type="checkbox"/> なし | <input type="checkbox"/> あり | 実費負担 |
| おやつ | <input type="checkbox"/> なし | <input type="checkbox"/> あり | <input type="checkbox"/> なし | <input type="checkbox"/> あり | <input type="checkbox"/> なし | <input type="checkbox"/> あり | 実費負担 |
| 理美容師による理美容サービス | <input type="checkbox"/> なし | <input type="checkbox"/> あり | <input type="checkbox"/> なし | <input type="checkbox"/> あり | <input type="checkbox"/> なし | <input type="checkbox"/> あり | 実費負担 |
| 買い物代行(通常の利用区域) | <input type="checkbox"/> なし | <input type="checkbox"/> あり | <input type="checkbox"/> なし | <input type="checkbox"/> あり | <input type="checkbox"/> なし | <input type="checkbox"/> あり | 週 1 回原則施設指定の店舗による、半径 2.5km 以内の買い物代行・提携店舗による配 送サービスは管理費に含む |
| 買い物代行(上記以外の区域) | <input type="checkbox"/> なし | <input type="checkbox"/> あり | <input type="checkbox"/> なし | <input type="checkbox"/> あり | <input type="checkbox"/> なし | <input type="checkbox"/> あり | 756 円/30 分、1,080 円/60 分、以後 30 分増す毎に 540 円 |
| 役所手続き代行 | <input type="checkbox"/> なし | <input type="checkbox"/> あり | <input type="checkbox"/> なし | <input type="checkbox"/> あり | <input type="checkbox"/> なし | <input type="checkbox"/> あり | 756 円/30 分、1,080 円/60 分、以後 30 分増す毎に 540 円 |
| 金銭・貯金管理 | <input type="checkbox"/> なし | <input type="checkbox"/> あり | <input type="checkbox"/> なし | <input type="checkbox"/> あり | <input type="checkbox"/> なし | <input type="checkbox"/> あり | 2,160 円/月(上限 20,000 円) |

| | | | | | | | | |
|-------------------|----|----|----|----|----|----|---|------|
| 健康管理サービス | | | | | | | | |
| 定期健康診断 | なし | あり | なし | あり | なし | あり | 年2回実施(管理費に含む) | |
| 健康相談 | なし | あり | なし | あり | なし | あり | 適宜実施(看護師への相談は管理費に含む) | |
| 生活指導・栄養指導 | なし | あり | なし | あり | なし | あり | 適宜実施 | |
| 服薬支援 | なし | あり | なし | あり | なし | あり | 5,400円/月 | |
| 生活リズムの記録(排便・睡眠等) | なし | あり | なし | あり | なし | あり | 適宜実施 | |
| 入退院時・入院中のサービス | | | | | | | | |
| 移送サービス | なし | あり | なし | あり | なし | あり | 協力医療機関は管理費に含む 上記以外で片道6km以上は1,080円+超過分1km当たり50円(上限10km) 756円/30分、1,080円/60分、以後30分増す毎に540円 ※9時～18時以外の時間は2,160円/60分 | |
| 入退院時の同行(協力医療機関) | なし | あり | なし | あり | なし | あり | | |
| 入退院時の同行(協力医療機関以外) | なし | あり | なし | あり | なし | あり | | |
| 入院中の洗濯物交換・買い物 | なし | あり | なし | あり | なし | あり | | 適宜実施 |
| 入院中の見舞い訪問 | なし | あり | なし | あり | なし | あり | | 適宜実施 |
| その他のサービス | | | | | | | | |
| 通院以外の送迎 | なし | あり | なし | あり | なし | あり | やむを得ない場合のみ実施。 片道6kmについて1,080円+超過分1km当たり50円(上限10km) | |
| 最寄駅までの送迎バスサービス | なし | あり | なし | あり | なし | あり | JR甲南山手駅、JR芦屋駅、阪急岡本駅、阪神深江駅 ※阪急岡本駅、阪神深江駅は、最寄幹線道路脇への送迎となります。 | |

平成 年 月 日

グランドビュー甲南(介護付有料老人ホーム)のサービスの提供の開始に際し、本書面に基づき重要事項の説明を行いました。

グランドビュー甲南

説明者職名 _____ 氏名 _____ 印 _____

私は、本書面に基づいて事業者から重要事項及び利用料金に関して説明を受け、サービスの提供開始と各種利用料の算定を説明書の内容に基づき行うことに同意しました。

入居者1

住所 _____

氏名 _____ 印 _____

入居者2

住所 _____

氏名 _____ 印 _____

署名代行者

住所 _____

氏名 _____ 印 _____

以上、契約を証する為、本書2通作成し、署名者、事業者が記名捺印の上、各1通を保有するものとする。