重要事項説明書

Ver　1.1

記入年月日	2024	年	7	月	1	日
記入者名	嶋田　未樹					
所属・職名	総務部					
取込種別	１　追加					
被災確認事業所番号						

1 事業主体概要

種類	２　法人					
	※法人の場合、その種類	５　営利法人				
名称	(ふりがな)	すみりんふぃるけあかぶしきかいしゃ				
	スミリンフィルケア株式会社					
法人番号	法人番号有無	１　有				
	法人番号	1020001043202				
主たる事務所の所在地	〒　163　－　0927					
	東京都新宿区西新宿二丁目３番１号　新宿モノリス２７階					
連絡先	電話番号	03	－	5909	－	8750
	FAX番号	03	－	3340	－	8120
	メールアドレス				@	
	ホームページ有無	１　有				
	ホームページアドレス	https://www.fillcare.co.jp				
代表者	氏名	福永　匡				
	職名	代表取締役				
設立年月日	2004	年	5	月	6	日
主な実施事業	※別添1（別に実施する介護サービス一覧表）					

2 有料老人ホーム事業の概要

（住まいの概要）

名称	(ふりがな)	えすぺらんさむさしこすぎ					
	エスペランサ武蔵小杉						
所在地	〒	211	-	0011			
	神奈川県川崎市中原区下沼部１８９４－２						
所在地（建物名等）	エスペランサ武蔵小杉						
市区町村コード	都道府県	神奈川県	市区町村	141305 川崎市			
主な利用交通手段	最寄駅	向河原駅　　駅					
	交通手段と所要時間	ＪＲ南武線向河原駅　徒歩　5分 ＪＲ南武線・横須賀線、東急東横線・目黒線武蔵小杉駅 徒歩15分					
連絡先	電話番号	044	-	431	-	0730	
	FAX番号	044	-	431	-	9365	
	メールアドレス				@		
	ホームページ有無	１　有					
	ホームページアドレス	https://www.fillcare.co.jp					
管理者	氏名	藤本　風美					
	職名	管理者					
建物の竣工日		2007	年	10	月	31	日
有料老人ホーム事業の開始日		2007	年	11	月	1	日

（類型）【表示事項】

類型	１　介護付（一般型特定施設入居者生活介護を提供する場合）						
１又は２に該当する場合	介護保険事業者番号	1475400659					
	指定した自治体名	川崎市					
	事業所の指定日	2009	年	8	月	1	日
	指定の更新日（直近）	2021	年	8	月	1	日

3 建物概要

土地	敷地面積	761.72	㎡				
	所有関係	２　事業者が賃借する土地					
		２　事業者が賃借する土地の場合					
			賃貸の種別				
			抵当権の有無				
			契約期間				
				開始			
					年	月	日
				終了			
					年	月	日
			契約の自動更新	１　あり			
建物	延床面積	全体	2,103.38	㎡			
		うち、老人ホーム部分	2,103.38	㎡			
	耐火構造	１　耐火建築物					
		３　その他の場合					
	構造	１　鉄筋コンクリート造					
		４　その他の場合					

	所有関係	2　事業者が賃借する建物						
		2　事業者が賃借する建物の場合						
			賃貸の種別	1　普通貸借				
			抵当権の有無	2　なし				
			契約期間	1　あり				
				開始				
				2007	年	11	月	9 日
				終了				
				2027	年	11	月	8 日
			契約の自動更新	1　あり				
居室の状況	居室区分【表示事項】	1　全室個室（縁故者個室含む）						
		2　相部屋ありの場合						
			最少	人部屋				
			最大	人部屋				

	トイレ	浴室	面積		戸数・室数	区分
タイプ１	1　有	2　無	20.16	㎡	34	3　介護居室個室
タイプ２	1　有	2　無	25.2	㎡	4	3　介護居室個室
タイプ３	1　有	2　無	22.26	㎡	2	3　介護居室個室
タイプ４				㎡		
タイプ５				㎡		
タイプ６				㎡		
タイプ７				㎡		
タイプ８				㎡		
タイプ９				㎡		
タイプ10				㎡		

共用施設	共用便所における便房	3	ヶ所	うち男女別の対応が可能な便房	3	ヶ所
				うち車椅子等の対応が可能な便房	3	ヶ所
	共用浴室	3	ヶ所	個室	2	ヶ所
				大浴場	1	ヶ所
	共用浴室における介護浴槽	1	ヶ所	チェアー浴		ヶ所
				リフト浴		ヶ所
				ストレッチャー浴	1	ヶ所
				その他		ヶ所
	食堂	1　あり				
	入居者や家族が利用できる調理設備	2　なし				
	エレベーター	2　あり（ストレッチャー対応）				
消防用設備等	消火器	1　あり				
	自動火災報知設備	1　あり				
	火災通報設備	1　あり				
	スプリンクラー	1　あり				
	防火管理者	1　あり				
	防災計画	1　あり				
緊急通報装置等	居室	1　全ての居室あり				
	便所	1　全ての便所あり				
	浴室	1　全ての浴室あり				
	その他					
その他						

4 サービスの内容

（全体の方針）

運営に関する方針	介護保険法令及び厚生労働省通知の内容に沿い、 同時に利用者の人格を尊重し、常に利用者の立場に立ち、必要とされるサービス提供に努めます。
サービスの提供内容に関する特色	機能維持のための訓練に注力し、自立支援に向けた取組みを行なっています。
入浴、排せつ又は食事の介護	1　自ら実施
食事の提供	2　委託
洗濯・掃除等の家事の供与	2　委託
健康管理の供与	1　自ら実施
安否確認又は状況把握サービス	1　自ら実施
生活相談サービス	1　自ら実施

（介護サービスの内容）　※特定施設入居者生活介護の提供を行っていない場合は省略可能

特定施設入居者生活介護の加算の対象となるサービスの体制の有無	入居継続支援加算（Ⅰ）		2　なし
	入居継続支援加算（Ⅱ）		2　なし
	生活機能向上連携加算（Ⅰ）		2　なし
	生活機能向上連携加算（Ⅱ）		2　なし
	個別機能訓練加算（Ⅰ）		1　あり
	個別機能訓練加算（Ⅱ）		2　なし
	ADL維持等加算（Ⅰ）		2　なし
	ADL維持等加算（Ⅱ）		2　なし
	夜間看護体制加算		1　あり
	若年性認知症入居者受入加算		2　なし
	医療機関連携加算		1　あり
	口腔衛生管理体制加算		2　なし
	口腔・栄養スクリーニング加算		2　なし
	科学的介護推進体制加算		1　あり
	退院・退所時連携加算		1　あり
	看取り介護加算（Ⅰ）		1　あり
	看取り介護加算（Ⅱ）		2　なし
	認知症専門ケア加算	（Ⅰ）	2　なし
		（Ⅱ）	2　なし

	サービス提供体制強化加算	（Ⅰ）	1　あり
		（Ⅱ）	2　なし
		（Ⅲ）	2　なし
	介護職員処遇改善加算	（Ⅰ）	1　あり
		（Ⅱ）	2　なし
		（Ⅲ）	2　なし
		（Ⅳ）	2　なし
		（Ⅴ）	2　なし
	介護職員等特定処遇改善加算	（Ⅰ）	1　あり
		（Ⅱ）	2　なし

人員配置が手厚い介護サービスの実施の有無	1　あり			
	1　ありの場合			
		（介護・看護職員の配置率）	2.5	：1

（医療連携の内容）

医療支援 ※複数選択可	○	救急車の手配	
	○	入退院の付き添い	
	○	通院介助	
		その他	

	1	名称	医療法人社団和啓会 メディクスクリニック溝の口
		住所	川崎市高津区下作延5-11-12
		診療科目	内科・精神科・神経内科
		協力科目	内科・精神科・神経内科　訪問診療
		協力内容	

協力医療機関	2	名称	医療法人社団檜会 川崎やまぶきクリニック
		住所	神奈川県川崎市幸区小倉五丁目5番23号1階
		診療科目	内科
		協力科目	入居者の受診、治療、定期健康診断、 健康相談指導　等
		協力内容	
	3	名称	医療法人社団　照「在宅テラス診療所なかはら」
		住所	川崎市中原区新城1-17-5
		診療科目	内科・皮膚科・神経内科・精神科
		協力科目	内科・精神科・神経内科・皮膚科・訪問診療・入居者の受診　等
		協力内容	

協力歯科医療機関	1	名称	医療法人社団　高輪会 新横浜デンタルクリニック
		住所	横浜市港北区小机町２４６１
		協力内容	歯科訪問診療
	2	名称	
		住所	
		協力内容	

（入居後に居室を住み替える場合）　※住み替えを行っていない場合は省略可能

<table>
<tr><td rowspan="3">入居後に居室を住み替える場合
※複数選択可</td><td></td><td colspan="2">一時介護室へ移る場合</td></tr>
<tr><td>○</td><td colspan="2">介護居室へ移る場合</td></tr>
<tr><td></td><td>その他</td><td></td></tr>
<tr><td colspan="2">判断基準の内容</td><td colspan="3">入居者から申出があった場合、施設運営に支障が出る場合を除き入居者からの申出を認める場合があります。また適切な介護を提供するために必要と判断する場合に変更を認める場合があります。</td></tr>
<tr><td colspan="2">手続きの内容</td><td colspan="3">別紙１にて提出</td></tr>
<tr><td colspan="2">追加的費用の有無</td><td colspan="3">２　なし</td></tr>
<tr><td colspan="2">居室利用権の取扱い</td><td colspan="3">別紙１にて提出</td></tr>
<tr><td colspan="2">前払金償却の調整の有無</td><td colspan="3">１　あり</td></tr>
<tr><td rowspan="7">従前の居室との仕様の変更</td><td>面積の増減</td><td colspan="3">２　なし</td></tr>
<tr><td>便所の変更</td><td colspan="3">２　なし</td></tr>
<tr><td>浴室の変更</td><td colspan="3">２　なし</td></tr>
<tr><td>洗面所の変更</td><td colspan="3">２　なし</td></tr>
<tr><td>台所の変更</td><td colspan="3">２　なし</td></tr>
<tr><td rowspan="3">その他の変更</td><td colspan="3">２　なし</td></tr>
<tr><td colspan="3">１　ありの場合</td></tr>
<tr><td></td><td>（変更内容）</td><td></td></tr>
</table>

（入居に関する要件）

<table>
<tr><td rowspan="3">入居対象となる者
【表示事項】</td><td colspan="2">自立している者</td><td>1　あり</td></tr>
<tr><td colspan="2">要支援の者</td><td>1　あり</td></tr>
<tr><td colspan="2">要介護の者</td><td>1　あり</td></tr>
<tr><td>留意事項</td><td colspan="3">身元引受人を１名定めていただきます。身元引受人は、本契約に基づく入居者の債務について、入居者と連帯して履行の責を負います。また、必要なときには、入居者の身柄を引き取ります。</td></tr>
<tr><td>契約解除の内容</td><td colspan="3">別紙２にて提出</td></tr>
<tr><td rowspan="2">事業主体から解約を求める場合</td><td colspan="2">解約条項</td><td>別紙２にて提出</td></tr>
<tr><td colspan="2">解約予告期間</td><td>3　ヶ月</td></tr>
<tr><td>入居者からの解約予告期間</td><td colspan="3">1　ヶ月</td></tr>
<tr><td rowspan="3">体験入居の内容</td><td colspan="3">1　あり</td></tr>
<tr><td colspan="3">1　ありの場合</td></tr>
<tr><td></td><td>（内容）</td><td>（最長7泊8日、3食付）１泊13,200円（うち消費税1,200円）・長期体験入（最長30泊31日、3食付）１泊16,500円（うち消費税1,500円）介護保険は適用外となります。</td></tr>
<tr><td>入居定員</td><td colspan="3">40　人</td></tr>
<tr><td>その他</td><td colspan="3"></td></tr>
</table>

5 職員体制

※ 有料老人ホームの職員について記載すること(同一法人が運営する他の事業所の職員については記載する必要はありません)。

（職種別の職員数）

		職員数（実人数）			常勤換算人数 ※１ ※２
		合計	常勤	非常勤	
管理者		1	1		
生活相談員		1	1		
直接処遇職員		21	18	3	19.6
	介護職員	18	14	4	15.6
	看護職員	3	3		3
機能訓練指導員		2	1	1	
計画作成担当者		1	1		
栄養士					
調理員					
事務員		1	1		
その他職員		3	1	2	
１週間のうち、常勤の従業者が勤務すべき時間数 ※２					40 時間

※１　常勤換算人数とは、当該事業所の従業者の勤務延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をいう。

※２　特定施設入居者生活介護等を提供しない場合は、記入不要

（資格を有している介護職員の人数）

	合計		
		常勤	非常勤
社会福祉士			
介護福祉士	11	11	
実務者研修の修了者			
初任者研修の修了者	19	19	
介護支援専門員	3	3	

（資格を有している機能訓練指導員の人数）

	合計		
		常勤	非常勤
看護師又は准看護師	3	3	
理学療法士			
作業療法士			
言語聴覚士			
柔道整復士	1	1	
あん摩マッサージ指圧師			
はり師			
きゅう師			

（夜勤を行う看護・介護職員の人数）

夜勤帯の設定時間	（ 17 時 0 分 ～ 9 時 分 ）			
	平均人数		最少時人数（休憩者等を除く）	
看護職員		人		人
介護職員	2	人		人

（特定施設入居者生活介護等の提供体制）

特定施設入居者生活介護の利用者に対する看護・介護職員の割合 （一般型特定施設以外の場合、本欄は省略可能）	契約上の職員配置比率※ 【表示事項】	c　2.5：1以上	
	実際の配置比率 （記入日時点での利用者数：常勤換算職員数）		：1
※ 広告、パンフレット等における記載内容に合致するものを選択			
外部サービス利用型特定施設である有料老人ホームの介護サービス提供体制 (外部サービス利用型特定施設以外の場合、本欄は省略可能)	ホームの職員数		人
	訪問介護事業所の名称		
	訪問看護事業所の名称		
	通所介護事業所の名称		

（職員の状況）

管理者		他の職務との兼務		1　あり							
		業務に係る資格等		2　なし							
				1　ありの場合							
				資格等の名称							
		看護職員		介護職員		生活相談員		機能訓練指導員		計画作成担当者	
		常勤	非常勤	常勤	非常勤	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		2		2	1			1			
前年度1年間の退職者数		1		1	2						
業務に従事した経験年数に応じた職員の人数	1年未満	3		2							
	1年以上3年未満	1		4	1	1					
	3年以上5年未満			2						1	
	5年以上10年未満			3				1			
	10年以上			3	3						
従業者の健康診断の実施状況		1　あり									

6 利用料金

（利用料金の支払い方法）

<table>
<tr><td colspan="2">居住の権利形態
【表示事項】</td><td colspan="3">1　利用権方式</td></tr>
<tr><td colspan="2" rowspan="5">利用料金の支払い方式
【表示事項】</td><td colspan="3">4　選択方式</td></tr>
<tr><td colspan="3">4　選択方式の場合、該当する方式を全て選択</td></tr>
<tr><td></td><td>○</td><td>全額前払い方式</td></tr>
<tr><td></td><td></td><td>一部前払い・一部月払い方式</td></tr>
<tr><td></td><td>○</td><td>月払い方式</td></tr>
<tr><td colspan="2">年齢に応じた金額設定</td><td colspan="3">1　あり</td></tr>
<tr><td colspan="2">要介護状態に応じた金額設定</td><td colspan="3">2　なし</td></tr>
<tr><td colspan="2" rowspan="2">入院等による不在時における利用料金（月払い）の取扱い</td><td colspan="3">2　日割り計算で減額</td></tr>
<tr><td colspan="3">3　不在期間が○日以上の場合に限り、日割り計算で減額の場合</td></tr>
<tr><td colspan="2"></td><td>不在期間が</td><td></td><td>日以上</td></tr>
<tr><td rowspan="2">利用料金の改定</td><td>条件</td><td colspan="3">消費者物価指数及び人件費、物価の変動を勘案し、運営懇談会の意見を聴いて同意を得た上で行う。</td></tr>
<tr><td>手続き</td><td colspan="3"></td></tr>
</table>

（利用料金のプラン【代表的なプランを２例】）

			プラン１		プラン２	
入居者の状況	要介護度		要介護２		要介護２	
	年齢		80	歳	80	歳
居室の状況	床面積		20.16	㎡	20.16	㎡
	便所		１　有		１　有	
	浴室		２　無		２　無	
	台所		２　無		２　無	
入居時点で必要な費用	前払金		0	円	11160000	円
	敷金		600000	円		円
月額費用の合計			389390	円	234390	円
	家賃		155000	円	0	円
	サービス費用	特定施設入居者生活介護※1の費用		円		円
		介護保険外※2 食費	34650	円	34650	円
		管理費	160140	円	160140	円
		介護費用	39600	円	39600	円
		光熱水費		円		円
		その他		円		円

※１　介護予防・地域密着型の場合を含む。

※２　有料老人ホーム事業として受領する費用（訪問介護などの介護保険サービスに関わる介護費用は、同一法人によって提供される介護サービスであっても、本欄には記入していない）

（利用料金の算定根拠）

費目	算定根拠
家賃	近傍同種家賃を参照し算出。なお、プランによって一部または全額を前払金充当
敷金	家賃の　　ヶ月分
介護費用 ※介護保険サービスの自己負担額は含まない。	上乗せ介護費用39,600円（内消費税3,600円）当施設では要介護者・要支援者2.5名に対し常勤換算１名以上の職員体制（週40時間換算）をとっています。この介護保険給付の基準を上回る人員体制分の料金として算出した額として合理的な積算根拠に基づいています。

管理費	共用施設等の維持管理費、事務管理部門の人件費・事務費・水光熱費・厨房維持管理費 （居室内の電話代、ＮＨＫ受信料・衛星放送受信料等は別途実費負担）
食費	1日当たり 1,155円（うち消費税100円）×30日で積算 （内訳） 朝食 347円（うち消費税31円） 昼食 347円（うち消費税31円） 夕食 461円（うち消費税41円） ※外泊・入院等で欠食し、前々日までに届出があった場合は、朝食347円・昼食347円・夕食461円を返金させて頂きます。
光熱水費	管理費に含む
利用者の個別的な選択によるサービス利用料	別添２
その他のサービス利用料	79,200円（うち消費税7,200円）　　自立者の別途負担 （要介護者等以外の入居者に対する日常生活支援サービス等にかかる人件費として）

（特定施設入居者生活介護に関する利用料金の算定根拠）

※ 特定施設入居者生活介護等の提供を行っていない場合は省略可能

費目	算定根拠
特定施設入居者生活介護※に対する自己負担額	特定施設入居者生活介護　　（１か月30日の例） 区　分月　　額利用者負担額（1割の場合） 要介護１213,907円21,391円 要介護２238,209円23,821円 要介護３263,605円26,360円 要介護４287,189円28,719円 要介護５312,209円31,221円
特定施設入居者生活介護※における人員配置が手厚い場合の介護サービス（上乗せサービス）	当施設では要介護者・要支援者2.5名に対し、常勤換算１名以上の職員体制（週40.0時間換算）をとっています。この介護保険給付の基準を上回る人員体制分の料金として算出した額として合理的な積算根拠に基づいています。
※ 介護予防・地域密着型の場合を含む。	

（前払金の受領）※前払金を受領していない場合は省略可能

算定根拠	別紙3にて提出	
想定居住期間（償却年月数）	48ヶ月～120	ヶ月
償却の開始日	入居日	
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（初期償却額）	別紙3にて提出	円
初期償却率	20	%

<table>
<tr><td rowspan="2">返還金の算定方法</td><td>入居後３月以内の契約終了</td><td colspan="2">別紙3にて提出</td></tr>
<tr><td>入居後３月を超えた契約終了</td><td colspan="2">別紙3にて提出</td></tr>
<tr><td rowspan="3">前払金の保全先</td><td colspan="3"></td></tr>
<tr><td colspan="3">1　全国有料老人ホーム協会以外の場合</td></tr>
<tr><td></td><td>名称</td><td></td></tr>
</table>

7 入居者の状況【冒頭に記した記入日現在】

（入居者の人数）

性別	男性	9	人
	女性	29	人
年齢別	65歳未満		人
	65歳以上75歳未満		人
	75歳以上85歳未満		人
	85歳以上		人
要介護度別	自立	1	人
	要支援１	1	人
	要支援２	3	人
	要介護１	7	人
	要介護２	5	人
	要介護３	6	人
	要介護４	10	人
	要介護５	5	人
入居期間別	６ヶ月未満		人
	６ヶ月以上１年未満		人
	１年以上５年未満		人
	５年以上10年未満		人
	10年以上15年未満		人
	15年以上		人

（入居者の属性）

平均年齢	91.3	歳
入居者数の合計	38	人
入居率※		%
※ 入居者数の合計を入居定員数で除して得られた割合。一時的に不在となっている者も入居者に含む。		

（前年度における退去者の状況）

退居先別の人数	自宅等	1	人
	社会福祉施設		人
	医療機関	4	人
	死亡	13	人
	その他	1	人
生前解約の状況	施設側の申し出		人
		（解約事由の例）	
	入居者側の申し出	3	人
		（解約事由の例） ・療養型へ移設。 ・ご家族がご自宅で介護Gできる生活が望めるため。	

8 苦情・事故等に関する体制

（利用者からの苦情に対応する窓口等の状況）

窓口1										
	窓口の名称		施設担当者 （ホーム長）　　藤本　風美							
	電話番号		044		-	431		-	0730	
	対応している時間	平日		時		分	～		時	分
		土曜		時		分	～		時	分
		日曜・祝日		時		分	～		時	分
	定休日									

窓口2										
	窓口の名称		本社窓口　（担当責任者） 管理本部長　　北村　謙一							
	電話番号		03	－	3548	－	1077			
	対応している時間	平日		時		分	～		時	分
		土曜		時		分	～		時	分
		日曜・祝日		時		分	～		時	分
	定休日									

窓口3										
	窓口の名称		公益社団法人 全国有料老人ホーム協会							
	電話番号		03	－	5207	－	2761			
	対応している時間	平日		時		分	～		時	分
		土曜		時		分	～		時	分
		日曜・祝日		時		分	～		時	分
	定休日									

窓口4										
	窓口の名称		神奈川県国民健康保険団体連合会 介護保険課介護苦情相談係							
	電話番号		045	－	329	－	3447			
	対応している時間	平日		時		分	～		時	分
		土曜		時		分	～		時	分
		日曜・祝日		時		分	～		時	分
	定休日									

窓口5										
	窓口の名称		川崎市健康福祉局長寿社会部 高齢者事業推進課							
	電話番号		044	－	200	－	2454			
	対応している時間	平日		時		分	～		時	分
		土曜		時		分	～		時	分
		日曜・祝日		時		分	～		時	分
	定休日									

（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）

損害賠償責任保険の加入状況	1　あり		
	1　ありの場合		
		その内容	別紙4にて提出
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	1　あり		
	1　ありの場合		
		その内容	別紙4にて提出
事故対応及びその予防のための指針	1　あり		

（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）

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	1　あり		
	1　ありの場合		
		実施日	「苦情解決細則」に従い担当者に連絡し、誠実に対応するとともに経過を記録に残します。
		結果の開示	1　あり
第三者による評価の実施状況	1　あり		
	1　ありの場合		
		実施日	施設及び本社での解決が難しい場合は、次の第三者機関や行政に相談することができます。
		評価機関名称	公益社団法人 全国有料老人ホーム協会
		結果の開示	1　あり

9 入居希望者への事前の情報開示

入居契約書の雛形	1　入居希望者に公開
管理規程	1　入居希望者に公開
事業収支計画書	1　入居希望者に公開
財務諸表の要旨	1　入居希望者に公開
財務諸表の原本	3　公開していない

10 その他

運営懇談会	1　あり		
	1　ありの場合		
		（開催頻度）年 2 回	
	2　なしの場合		
		1　代替措置ありの場合	
			（内容）
提携ホームへの移行【表示事項】	1　あり		
	1　ありの場合		
		提携ホーム名	
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	1　あり		
高齢者の居住の安定確保に関する法律第５条第１項に規定するサービス付き高齢者向け住宅の登録	2　なし		
有料老人ホーム設置運営指導指針「５.規模及び構造設備」に合致しない事項			
	1　ありの場合		
		合致しない事項がある場合の内容	
		「６．既存建築物等の活用の場合等の特例」への適合性	
有料老人ホーム設置運営指導指針の不適合事項			

	不適合事項がある場合の内容	

備考

添付書類：　別添１（別に実施する介護サービス一覧表）
　　別添２（個別選択による介護サービス一覧表）

※＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿様

説明年月日　　年　　月　　日

説明者署名　＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

※ 契約を前提として説明を行った場合は、説明を受けた者の署名を求める。

I