

2020年4月1日

## 登録事項等についての説明

事業者(甲) 群馬県桐生市広沢町6-307-3  
 社会福祉法人邦知会  
 理事長 蛭間 利雄  
 群馬県桐生市広沢町6-307-11  
 サービス付き高齢者向け住宅グレイス広沢  
 施設長 渡辺 佳代子 印

代理人 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

住宅の名称	(ふりがな) ぐれいすひろさわ グレイス広沢
所在地	(住居表示) 群馬県桐生市広沢町6-307-11
利用交通手段	<input checked="" type="checkbox"/> 1.電車( 東武桐生 線 新桐生 駅から バスで25分 降車後1分) <input checked="" type="checkbox"/> 2.その他( おりひめバス ユートピア広沢 バス停 徒歩1分 )
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) しゃかいふくしほうじん ほうちかい 社会福祉法人 邦知会
住 所 (法人にあっては 主たる事務所の 所在地)	(郵便番号 376-0013 ) 群馬県桐生市広沢町6-307-3 電話番号 0277-53-1150
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)
	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) しゃかいふくしほうじん ほうちかい 社会福祉法人 邦知会
事務所の所在地	(郵便番号 376-0013 ) 群馬県桐生市広沢町6-307-3 電話番号 0277-53-1150

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	27 戸
居住部分の規模	(最小)	18.29 m <sup>2</sup>
	(最大)	90.43 m <sup>2</sup>
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	鉄骨 造 階数 3 階建
竣工の年月	2016 年 7 月 15 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 type="checkbox"/> 賃貸借契約 <input checked="" 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	利用権方式
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。）
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	2016 年 8 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)	
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 20,370 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 45,000 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 30,000 円	住戸ごとの内容は別添 3 のとおり	
	(最高) 約 200,000 円		
共益費の概算額	(最低) 約 10,000 円		
	(最高) 約 20,000 円		
敷金の概算額	(最低) 約 0 円	家賃の 0 月分	
	(最高) 約 0 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		
介護サービス情報	(特定施設入居者生活介護事業者、地域密着型特定施設入居者生活介護事業者若しくは介護予防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。



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

基本方針及び群馬県高齢者居住安定確保計画に照らして適切である。

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  
入居者(乙) 住所  
氏名

印

役員名簿

(ふりがな) 氏名	役名等
ひるま としお 蛭間 利雄	理事長
うがわ しょうはち 鵜川 詔八	副理事長
そふえ けいこ 祖父江 啓子	常務理事
ふるや ただゆき 古谷 忠之	理事
わたなべ かよこ 渡辺 佳代子	理事
つのだ ひろあき 角田 寛明	理事
こんどう かずお 近藤 和夫	監事
とがし あきら 富樫 昭	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	18.29	×	○	○	×	×	○	1	101	30,000
2	18.82	×	○	○	×	×	○	1	102	30,000
3	18.53	×	○	○	×	×	○	5	103/104/107/108/109	30,000
4	19.27	×	○	○	×	×	○	1	105	30,000
5	19.84	×	○	○	×	×	○	1	106	30,000
6	26.82	○	○	○	○	○	○	1	201	60,000
7	25.08	○	○	○	○	○	○	4	202/203/204/205	60,000
8	26.10	○	○	○	○	○	○	1	206	60,000
9	26.79	○	○	○	○	○	○	1	207	60,000
10	25.05	○	○	○	○	○	○	4	208/209/210/211	60,000
11	25.07	○	○	○	○	○	○	1	212	60,000
12	90.43	○	○	○	○	○	○	1	301	200,000
13	51.36	○	○	○	○	○	○	1	302	120,000
14	53.08	○	○	○	○	○	○	1	303	120,000
15	51.73	○	○	○	○	○	○	1	304	120,000
16	50.46	○	○	○	○	○	○	1	305	120,000
17	50.83	○	○	○	○	○	○	1	306	120,000

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	1	3.72	1階	9	
介護浴室	1	4.23	1階	27	
LDK	3	69.66	1階・2階・3階	27	
収納設備	5	10.09	1階・2階・3階	27	

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

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 <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 checked="" 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 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	1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 checked="" type="checkbox"/> 養成研修修了者	人員	4人			
	<input checked="" type="checkbox"/> 介護福祉士	人員	5人	<input checked="" type="checkbox"/> 上記以外の職員	人員	15人			
			合 計		人員	25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	00時	00分	～	24時	00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						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	00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	事務室			通報先から住宅までの到着予定時間				分
サービス提供の対価(概算額)	月額	約	20,370	円	前払金の算定方法				
	前払金	約		円					
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。



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) <u>につしんいりょうしょくひんかぶしきかいしゃきたかんとうしてん</u> 日清医療食品株式会社北関東支店	
	住所 (法人にあっては主たる事務所の所在地)	(郵便番号 330-6020 ) 埼玉県さいたま市中央区新都心11-2 ランド・アクシス・タワー20階 電話番号 048-600-2615	
	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 376-0013 ) 群馬県桐生市広沢町6-307-3 電話番号 0277-54-7061	
食事提供を行う場所		<input checked="" type="checkbox"/> 食堂 <input checked="" 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 type="checkbox"/> 厨房で調理 <input type="checkbox"/> 配食サービスを利用 <input checked="" type="checkbox"/> その他(厨房調理と法人他施設での調理と併用)	
サービス提供の 対価(概算額)	月額※	約 45000 円	内訳 朝食 400 円 昼食 600 円 夕食 500 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。

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		介護保険及び障害者総合支援法における、給付の額を超えてなお、サービスが必要と管理者により判断された場合に限る。入浴介護1,018円/1回、排せつ介護203円/1回、食事介護305円/1回。			

4. 調理、洗濯、清掃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 type="checkbox"/> 365日対応 <input checked="" type="checkbox"/> その他( 土日祝日、12月28日～1月4日を除く )		
		内容	<input type="checkbox"/> 調理 <input checked="" type="checkbox"/> 洗濯 <input checked="" type="checkbox"/> 清掃 <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		介護保険及び障害者総合支援法における、給付の額を超えてなお、サービスが必要と管理者により判断された場合に限る。洗濯305円/1回、掃除509円/1回。			

5. 健康管理サービスの内容(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 type="checkbox"/> 365日対応 <input checked="" type="checkbox"/> その他( 土日祝日、12月28日～1月4日を除く )			
	内容	<input checked="" type="checkbox"/> 健康相談 <input type="checkbox"/> 血圧等の測定 <input type="checkbox"/> 定期検診 <input checked="" 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	通院等の付き添い 1,018円/30分				

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	来訪者の受付、取次ぎ等の業務。日常生活に必要な各種業者等の紹介。入居者が疾病により、一時的に援助が必要となった場合の支援。施設内で行われる諸サービス等のお知らせ。			
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					