

# 「サービス付き高齢者向け住宅」登録申請書記入要領（東京都版）

別記様式第一号（第四条関係）

申請受付の際に記入していただきます。（添付書類も同様）

年 月 日

公益財団法人東京都福祉保健財団  
理事長 殿

**※ご注意**

システムから印刷した申請書1ページ目の表紙（東京都知事あて）は、財団HP記載の「申請書表紙」に差し替え、必要事項を記入のうえ提出してください。

東京都〇〇区〇〇町1-1-1  
株式会社〇〇〇〇  
代表取締役 〇〇 〇〇

サービス付き高齢者向け住宅事業登録申請書

高齢者の居住の安定確保に関する法律第6条第1項の規定に基づき、サービス付き高齢者向け住宅事業について別紙のとおり登録を申請します。

住宅の登録事業者（入居者と賃貸借契約を締結する賃貸人）の住所と、商号・名称又は氏名を記載します。

※法人の場合は登記事項証明書にある商号・本店住所を記載してください。

※押印は不要です。

備考

1. 登録申請者が法人である場合には、代表者の氏名も記載すること。

別紙

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 checked="" type="checkbox"/> 新規 <input type="checkbox"/> 更新 (従前の登録番号 )
住宅の名称	(ふりがな) <b>〇〇はうす</b> <b>〇〇ハウス</b>
所在地	(住居表示) <b>東京都〇〇区〇〇町0-0-0</b>
利用交通手段	<input checked="" type="checkbox"/> 1.電車( <b>JR 〇〇 線</b> <b>〇〇 駅</b> から <b>徒歩</b> で <b>10</b> 分) <input type="checkbox"/> 2.その他( )
住宅に関する権原	<input type="checkbox"/> 1.所有権 <input checked="" type="checkbox"/> 2.賃借権 <input type="checkbox"/> 3.使用貸借による権利 期間 <b>2020</b> 年 <b>10</b> 月 <b>1</b> 日から <b>2050</b> 年 <b>3</b> 月 <b>31</b> 日まで
施設に関する権原	<input type="checkbox"/> 1.所有権 <input checked="" type="checkbox"/> 2.賃借権 <input type="checkbox"/> 3.使用貸借による権利 期間 <b>2020</b> 年 <b>10</b> 月 <b>1</b> 日から <b>2050</b> 年 <b>3</b> 月 <b>31</b> 日まで
敷地に関する権原	<input type="checkbox"/> 1.所有権 <input type="checkbox"/> 2.地上権 <input checked="" type="checkbox"/> 3.賃借権 <input type="checkbox"/> 4.使用貸借による権利 期間 <b>2020</b> 年 <b>10</b> 月 <b>1</b> 日から <b>2050</b> 年 <b>3</b> 月 <b>31</b> 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。

サービス付き高齢者向け住宅の登録事業者の立場からみた時の権原を記入。  
 ※賃借権の場合は、必ず期間を記入してください。  
 ※期間は所有者との賃貸借契約書に記載のある契約期間となります。

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)      ○○かぶしきがいしゃ ○○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      000-0000      ) 東京都○○区○○町0-0-0      電話番号      00-0000-0000	
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	
誓約事項	<p>登録申請者は、以下について確認し、該当する場合はチェックボックスに「レ」マークを入れること。</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> 登録を受けようとする者(法人である場合においては当該法人、その役員及び使用人(サービス付き高齢者向け住宅事業に関し事務所の代表者である使用人をいう。以下同じ。)、個人である場合においてはその者及び使用人)が、次に掲げる欠格要件に該当しない者であることを誓約します。</p> <p>一 破産手続開始の決定を受けて復権を得ない者</p> <p>二 禁錮以上の刑に処せられ、又は高齢者の居住の安定確保に関する法律(平成13年法律第26号。以下「法」という。)の規定により刑に処せられ、その執行を終わり、又は執行を受けることがなくなった日から起算して1年を経過しない者</p> <p>三 法第26条第2項の規定により登録を取り消され、その取消しの日から起算して1年を経過しない者</p> <p>四 暴力団員による不当な行為の防止等に関する法律(平成3年法律第77号)第2条第6号に規定する暴力団員又は同号に規定する暴力団員でなくなった日から5年を経過しない者(以下「暴力団員等」という。)</p> <p>五 精神の機能の障害によりサービス付き高齢者向け住宅事業を適正に行うに当たって必要な認知、判断及び意思疎通を適切に行うことができない者</p> <p>六 営業に関し成年者と同一の行為能力を有しない未成年者でその法定代理人(法定代理人が法人である場合においては、その役員を含む。以下同じ。)が一から五までのいずれかに該当するもの</p> <p>七 法人であって、その役員又は使用人のうちに一から五までのいずれかに該当する者があるもの</p> <p>八 個人であって、使用人のうちに一から五までのいずれかに該当する者があるもの</p> <p>九 暴力団員等がその事業活動を支配する者</p> <p>※ 登録を受けようとする者が営業に関し成年者と同一の行為能力を有しない未成年者である場合にあつては、当該者の法定代理人については、以下について確認し、該当する場合はチェックボックスに「レ」マークを入れること。</p> <p><input type="checkbox"/> 法定代理人が、上記一から五までに掲げる欠格要件に該当しないことを誓約します。</p>	

住宅の登録事業者(入居者と賃貸借契約を締結する賃貸人)の情報を記載。  
 ※法人の場合は登記している商号・本店住所を記載ください。

登録申請者が、未成年である場合のみチェックください。

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) <b>〇〇かぶしがいいしや 〇〇してん</b> <b>〇〇株式会社 〇〇支店</b>
事務所の所在地	(郵便番号 <b>000-0000</b> ) <b>東京都〇〇市〇〇丁目0-0-0</b> 電話番号 <b>00-0000-0000</b>

この住宅の事業全般を直接取り仕切る事務所（運営業務を担当する支店又は事業の運営開始後の管理事務所等）の情報を記載。  
(前記2「事業を行う者」と同じ場合は、同じ情報を記載する)

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 <b>20</b> 戸	
居住部分の規模	(最小) <b>25.25</b> m <sup>2</sup>	詳細については、別添 3 のとおり
	(最大) <b>42.25</b> 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	階数 <b>3</b> 階建
	構造 <b>鉄筋コンクリート</b> 造	
竣工の年月	<b>2021</b> 年 <b>10</b> 月 <b>1</b> 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	

住戸の専用面積について、最小タイプと最大タイプの面積を記載。  
(壁芯の面積を記載。バルコニーは含まない。)

登録基準に適合していない場合は、登録できません。  
東京都の登録要件基準表を確認してください。

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
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) <input checked="" type="checkbox"/> 「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。

「終身賃貸事業者の事業の認可」を受けている場合は、原則として60歳未満の者を入居させることができません。したがってこの項目にチェックを入れると、公表される情報は、「入居者の資格」欄の記載内容のうち「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」部分の表示が自動的に非表示となります。

いずれにも該当しない者を入居させる場合は、登録できません。

※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	<b>2021</b> 年 <b>11</b> 月 <b>1</b> 日から
--------	--

建物が建設中である等、入居開始前の場合のみ記載する。

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4のとおり	
	状況把握 生活相談	<input checked="" type="checkbox"/> 自ら	<input type="checkbox"/> 委託	約		7000 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	47250 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	51,000 円	住戸ごとの内容は別添3のとおり		
	(最高)	約	85,000 円			
共益費の概算額	(最低)	約	10,000 円			
	(最高)	約	10,000 円			
敷金の概算額	(最低)	約	102,000 円	家賃の	2 月分	
	(最高)	約	170,000 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 ( )					
誓約事項	<p>登録申請者は、以下について確認し、該当する場合はチェックボックスに「レ」マークを入れること。  <input checked="" type="checkbox"/> 登録を申請するサービス付き高齢者向け住宅事業が、次に掲げる基準に適合することを誓約します。</p> <p>一 入居契約が次に掲げる基準に適合する契約であること。            イ 書面による契約であること。            ロ 居住部分が明示された契約であること。            ハ サービス付き高齢者向け住宅事業を行う者が、敷金並びに家賃等及び法第6条第1項12号の前払金(以下「家賃等の前払金」という。)を除くほか、権利金その他の金銭を受領しない契約であること。</p> <p>二 家賃等の前払金を受領する場合にあつては、当該家賃等の前払金の算定の基礎及び当該家賃等の前払金についてサービス付き高齢者向け住宅事業を行う者が返還債務を負うこととなる場合における当該返還債務の金額の算定方法が明示された契約であること。</p> <p>ホ 入居者の入居後、国土交通省・厚生労働省関係高齢者の居住の安定確保に関する法律施行規則(平成23年厚生労働省・国土交通省令第2号)第12条第1項で定める一定の期間が経過する目までの間に契約が解除され、又は入居者の死亡により終了した場合において、サービス付き高齢者向け住宅事業を行う者が、同条第2項で定める方法により算定される額を除き、家賃等の前払金を返還することとなる契約であること。</p> <p>ヘ サービス付き高齢者向け住宅事業を行う者が、入居者の病院への入院又は入居者の心身の状況の変化により居住部分を変更し、又はその契約を解約することができないものであること。ただし、当該理由が生じた後に、入居者及び登録事業者が居住部分の変更又は入居契約の解約について合意した場合は、この限りではない。</p> <p>二 サービス付き高齢者向け住宅の整備をしてサービス付き高齢者向け住宅事業を行う場合にあつては、当該整備に関する工事の完了前に敷金又は家賃等の前払金を受領しないものであること。</p>					

(1) 各サービス毎、住宅の事業者自ら提供するのか、サービス業者に委託するのか、または提供しないのかを選択する。(1以上チェック入力可能)

(2) 月当たりの金額(総額表示(税込表示))を記載する。※食事の提供は30日間利用した場合の想定金額を記載。

○食事の提供以外のサービスは、次のとおり入力する。

- ・特定施設の指定を受けている場合  
→「介護保険適用あり」を選択
- ・特定施設の指定を受けていない場合  
① 1回〇〇円など単価設定がある場合  
→「対価はサービスによって異なります」を選択  
② 状況把握・生活相談費を含む場合  
→「0円」と記載

○提供形態で「自ら」「委託」を選んだ場合は、サービスの詳細を別添4に入力してください。

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
	<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
	<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
	<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。



役員名簿

(ふりがな) 氏名	役名等
〇〇 〇〇 〇〇 〇〇	代表取締役

法人登記簿に記載の役員のみ記載ください。  
※社会福祉法人、医療法人等は、監事まで記載ください。

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 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 <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 (法人にあつ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 <input type="checkbox"/> 指定居宅介護支援事業者 <input type="checkbox"/> 社会福祉法人 <input type="checkbox"/> 指定介護予防サービス事業者 <input checked="" type="checkbox"/> 指定居宅サービス事業者 <input type="checkbox"/> 指定介護予防支援事業者 <input type="checkbox"/> 指定地域密着型サービス事業者 <input type="checkbox"/> 上記以外の法人等			
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 <b>2人</b>	<input checked="" type="checkbox"/> 介護支援専門員	人員 <b>1人</b>
	<input type="checkbox"/> 准看護師	人員 _____ 人	<input type="checkbox"/> 養成研修修了者	人員 _____ 人
	<input checked="" type="checkbox"/> 介護福祉士	人員 <b>3人</b>	<input checked="" type="checkbox"/> 上記以外の職員	人員 <b>3人</b>
常駐する場所	<input checked="" type="checkbox"/> 同一の敷地内 <input type="checkbox"/> 隣接する土地 <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 <input type="checkbox"/> 次の期間を除く( _____ )			
常駐する時間	日中	<b>9時00分 ~ 17時00分</b>	人員 <b>2人</b>	
	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	<input checked="" type="checkbox"/> 各住戸を訪問します。感知センサーも併用します。 <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)		毎日 <b>1</b> 回	
緊急通報サービスの内容	提供時間	常駐する日	<b>0時0分 ~ 24時0分</b>	
		上記以外の日	<input type="checkbox"/> 24時間	
	通報方法	<b>各居室の緊急通報ボタンを押す</b>		
	通報先	<b>住宅事務室又は担当職員の携帯電話</b>	通報先から住宅までの到着予定時間 <b>1分</b>	
サービス提供の対価(概算額)	月額	約 <b>7000</b> 円	前払金の算定方法	
	前払金	約 _____ 円		
備考	<b>夜間の緊急コールは委託先である〇〇警備会社が受信し、必要に応じて駆けつけ対応します。</b>			

医療法人、社会福祉法人の場合も、介護保険の事業者指定を受け行っている事業の該当項目について、全てにチェックをお願いします。

具体的な状況把握の方法を記載の上、生活支援サービスの重要事項説明書と表記を統一ください。

通報先は、生活支援サービスの重要事項説明書と表記を統一ください。

以下の項目は、備考欄に記載。

- ・夜間の緊急時対応
- ・二人入居の場合の提供の対価
- ・生活保護受給者について、料金の割引がある場合
- ・サービス提供の対価に、フロントサービス費を含む場合はその旨記載ください。

特定施設の指定を受けている住宅は、備考欄に介護保険の自己負担分の支払いについて記載。

【例】要支援・要介護の認定を受け(介護予防)特定施設入居者生活介護の契約をされた方は、介護保険の自己負担分をお支払いいただきます。介護認定非該当(自立)の方は「生活支援サービス基本サービス費」として、月額〇〇円ご負担いただきます。※消費税10%込(以下、食事サービス以外の各サービスも同様)

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 <input checked="" 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) かぶしがいしや〇〇 株式会社〇〇
	住所 (法人にあって は主たる事務 所の所在地)	(郵便番号 000-0000 ) 東京都〇〇区〇〇町0-0-0 電話番号 00-0000-0000
	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 000-0000 ) 東京都〇〇区〇〇町0-0-0 電話番号 00-0000-0000
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 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 47250 円         内訳 朝食 420 円 昼食 525 円 夕食 630 円
	前払金	約 円         前払金の 算定方法
備考	・前日の午後〇〇時を過ぎますとキャンセル料(食事料金)をご負担いただきます。 ・三食とも、軽減税率の対象です。 ※詳細については、生活支援サービス重要事項説明書をご覧ください。	

- ・月額には、30日間利用した場合の金額を記入してください。(総額表示(税込表示))  
(以下、各サービスも同様。)
- ・内訳も同様。
- ・キャンセル期限・キャンセル料について記載ください。

※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 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 type="checkbox"/> その他( )			
	内容	<input type="checkbox"/> 入浴介護 <input type="checkbox"/> 排せつ介護 <input 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	円	前払金の算定方法	
	前払金	約	円		
備考					

- ・入浴、排せつ、食事介護等のサービスを提供する場合は、提供者が自らか委託(委託の場合は委託先も記入)を記入してください。
- ・「自ら」と「委託」を併用する場合、両方にチェックをお願いします。
- ・単価設定がある場合、「対価はサービスによって異なります」を選択し、サービス単価等を備考欄に記入。  
 <例>入浴介護 1,000円/30分 排せつ介護 525円/回
- ・サービスが多数ある場合は、代表的なサービス1つ記入し、「その他詳細については生活支援サービス重要事項説明書をご覧ください。」と備考欄に記入。

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 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 type="checkbox"/> その他( )			
	内容	<input type="checkbox"/> 調理 <input type="checkbox"/> 洗濯 <input 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	円	前払金の算定方法	
	前払金	約	円		
備考					

- ・上記の様式に表現しきれない内容や、補足説明が必要なもの等がある場合は、「備考」に具体的に記載してください。
- ・記載内容が多い場合には、「詳細については、生活支援サービス重要事項説明書」をご覧ください。」と記載。

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 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 (法人にあつては主たる事務所の所在地)	(郵便番号)		電話番号	
	住所 (法人にあつ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 type="checkbox"/> その他( )			
	内容	<input type="checkbox"/> 健康相談 <input type="checkbox"/> 血圧等の測定 <input 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	円	前払金の算定方法	
	前払金	約	円		
備考					

健康相談等を状況把握及び生活相談サービス費に含む場合は、月額は0円とし、その旨を備考欄に記載ください。

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 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 (法人にあつては主たる事務所の所在地)	(郵便番号)		電話番号	
	住所 (法人にあつ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 type="checkbox"/> その他( )			
	内容				
サービス提供の対価(概算額)	月額	約	円	前払金の算定方法	
	前払金	約	円		
備考					