

## 「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。

※更新申請用の登録申請書のみに記載されています。

更新申請チェックリストをご確認いただき、更新申請書類の添付を省略しない場合は、こちらの一文を削除してご使用ください。

別添様式第3号の2のとおり

## 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。
2. 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。以下「施行規則」という。）第7条第1項ただし書の規定により同項第1号から第5号までに掲げる書類の添付を省略する場合には、その旨を余白に記載すること。

書類添付の省略の有無については、別途ご提出いただく様式第3号の2で確認するため、システムの「1. 名称及び所在地」画面に表示されている「第7条ただし書の規定により書類添付を省略する旨の記載欄」の入力は不要です。

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) ○○はうす ○○ハウス
所在地	(住居表示) 東京都○○区○○町0-0-0
利用交通手段	<input checked="" type="checkbox"/> 1.電車( JR ○○ 線 ○○ 駅から 徒歩 で 10 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 2020 年 10 月 1 日から 2050 年 3 月 31 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 2020 年 10 月 1 日から 2050 年 3 月 31 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 2020 年 10 月 1 日から 2050 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。

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載してください。  
※賃借権の場合は、必ず期間を記載してください。  
※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 <small>(ふりがな)</small> <b>〇〇かぶしきがいしき</b>	
商号、名称 又は氏名	<b>〇〇株式会社</b>	
住 所 <small>(法人にあっては 主たる事務所の所在地)</small>	<small>(郵便番号)</small> <b>000-0000</b> ) <b>東京都〇〇区〇〇町0-0-0</b>	<small>電話番号</small> <b>00-0000-0000</b>
法人の役員	別添 1 のとおり	
法定代理人 <small>(未成年の個人 である場合)</small>	<small>(ふりがな)</small> 商号、名称又は氏名	
	<small>住 所</small> <small>(法人にあっては主たる事 務所の所在地)</small>	<small>(郵便番号)</small> ) <small>電話番号</small>
	法人の役員	別添2のとおり
誓約事項	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。 一 破産手続開始の決定を受けて復権を得ない者 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 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 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。) 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 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 七 法人であって、その役員又は使用人のうち一から五までのいずれかに該当する者があるもの 八 個人であって、使用人のうち一から五までのいずれかに該当する者があるもの 九 暴力団員等がその事業活動を支配する者 ※ 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っ ては、当該者の法定代理人は、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 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。	

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)の情報を記載してください。  
 ※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) ○○かぶしきがいしゃ ○○してん ○○株式会社 ○○支店
事務所の所在地	(郵便番号 000-0000 ) 東京都○○市○○一丁目0-0-0 電話番号 00-0000-0000

この住宅の事業全般を直接取り仕切る事務所（運營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）の情報を記載してください。  
(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 20 戸	
居住部分の規模	(最小) 25.25 m <sup>2</sup>	詳細については、別添 3 のとおり
	(最大) 42.25 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 3 階建
	構造 鉄筋コンクリート 造	
竣工の年月	2021 年 10 月 1 日	
加齢対応構造等	<input checked="" type="checkbox"/> 登録基準に適合している	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。
	<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してください。  
(壁芯の面積を記載。バルコニーは含まない。)

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） （「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	2021 年 11 月 1 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してください。

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

高齢者生活支援サービス	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 月分			
	(最高)	約 170,000 円				
水道光熱費の支払方法	居室の電気・ガス水道料金は個別メーターによる実費です。					
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 ( )					

(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してください。  
(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))を記載してください。  
※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、次のとおり入力してください。

- ・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  
①1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・生活相談費に含む場合  
→「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に記載してください。

「銀行による債務の保証」には、宅地建物取引業法第41条第1項第一号の国土交通大臣が指定する者を含みます。



8. サービス付き高齢者向け住宅と併設される高齢者居宅生活支援事業を行う施設（該当する場合のみ）

施設の名称	提供されるサービスの概要	事業所の場所
デイサービスセンター〇〇	通所介護事業 (入浴、機能訓練、食事、健康チェック等)	<input checked="" type="checkbox"/> 同一の建築物内 <input type="checkbox"/> 同一の敷地内 <input type="checkbox"/> 隣接する土地
		<input type="checkbox"/> 同一の建築物内 <input type="checkbox"/> 同一の敷地内 <input type="checkbox"/> 隣接する土地
		<input type="checkbox"/> 同一の建築物内 <input type="checkbox"/> 同一の敷地内 <input type="checkbox"/> 隣接する土地
		<input type="checkbox"/> 同一の建築物内 <input type="checkbox"/> 同一の敷地内 <input type="checkbox"/> 隣接する土地

この欄に記載した場合は、「1. サービス付高齢者向け住宅の名称及び所在地」の「施設に関する権原」の欄も記載してください。

9. 高齢者居宅生活支援事業を行う者との連携及び協力（該当する場合のみ）

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

協力医療機関、提携医療機関、居宅介護支援事業所などを記載してください。記載先にも情報公開されることの下承を取る方が望ましいです。

10. 保健医療サービスを提供する体制に関する事項

保健医療サービスを提供する体制に関する事項	医師、看護師が常駐しています。
-----------------------	-----------------

11. 運営方針  
別添5のとおり

12. 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

基本方針及び東京都の高齢者居住安定確保計画に沿って適切に運営します。
------------------------------------

基本方針「高齢者の居住の安定確保に関する基本的な方針（厚労省・国交省告示）」及び都の高齢者居住安定確保計画「高齢者の居住安定確保プラン」を確認のうえ、その主旨に従う旨の宣言文を記載してください。









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 <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	2人	<input checked="" type="checkbox"/> 介護支援専門員	人員	1人
	<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	3人	<input checked="" type="checkbox"/> 上記以外の職員	人員	3人
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	9時00分	～	17時00分	人員	2人
	上記以外の時間	時	分	～	時	分
誓約事項	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 type="checkbox"/> 施行規則第11条第5号の規定により状況把握サービス及び生活相談サービスを提供する場合には、あらかじめ入居者の承諾を得たことを誓約します。					
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。			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	0時0分		～	24時0分
		上記以外の日	<input type="checkbox"/> 24時間			
	通報方法	<input checked="" type="checkbox"/> 各居室の緊急通報ボタンを押す				
	通報先	<input checked="" type="checkbox"/> 住宅事務室又は担当職員の携帯電話		通報先から住宅までの到着予定時間	1分	
緊急時における対応の内容	<input checked="" type="checkbox"/> 各室3箇所設置されている緊急通報ボタンのコールが押された場合や、トイレ・洗面室に設置されている人感センサーが異常を感知した場合は、コンシェルジュが居室に駆け付け対応します。(24時間対応) <input type="checkbox"/> 日常生活を送る中でお困りのこと、介護度が高くなった場合のご不安等について住宅職員がご相談をお受けいたします。					
生活相談サービスの内容	提供日	<input type="checkbox"/> 365日対応 <input type="checkbox"/> その他( )				
	提供時間	時 分 ～ 時 分				
サービス提供の対価(概算額)	月額	約	7000	円	前払金の算定方法	
	前払金	約		円		
備考	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。					

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入れてください。

複数の資格を保有している者がいる場合は、代表的な資格について記載してください。

施行規則第11条第5条に記載されてる条件を満たし日中常駐者を置かない場合にのみ、入居者に承諾を得たことを誓約してください。  
 ※日中常駐者を置かない場合には、事前に福祉保健局在宅支援課の確認が必要となります。  
 <担当：福祉保健局 高齢社会対策部 在宅支援課 高齢者住宅担当 (03-5320-4273)>

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。

以下の項目は、備考欄に記載してください。  
 ・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してください。

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してください。  
 ※総額表示(税込み表示)  
 【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けます。  
 (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 <small>(ふりがな)</small>	かぶしきがいしゃ〇〇 株式会社〇〇		
	住所 <small>(法人にあっては主たる事務所の所在地)</small>	(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		
委託先	住所 <small>(法人にあっては本業務に係る事業所の所在地)</small>	(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( )		
	入居者の健康状態に合わせた食事対応	<input checked="" type="checkbox"/> 応相談 <input type="checkbox"/> 対応なし		
	入居者の健康状態に合わせた各居室への配食対応	<input checked="" type="checkbox"/> 応相談 <input type="checkbox"/> 対応なし		
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載してください。  
 (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してください。

※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	算定方法	
備考					

・入浴、排せつ、食事等のサービスを提供する場合は、提供者が自らか委託か(委託の場合は委託先も記入)を記載してください。

・「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載してください。  
 <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つを記載し、「その他詳細については生活支援サービス重要

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	算定方法	
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。」と記載してください。

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"/> 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	
	前払金	約	円	算定方法	
備考					

健康相談等を状況把握及び生活支援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してください。

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				
サービス提供の 対価(概算額)	月額	約	円	前払金の	
	前払金	約	円	算定方法	
備考					

## 運営方針

項目	該当
重要事項を記載した書面のひな形を公開する	<input checked="" type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
入居及び退去の条件を書面に記載する	<input checked="" type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
入居者の個人情報の保護に関する事項を書面に記載する	<input checked="" type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
入居者に対する虐待を防止するための委員会の開催、指針の整備、研修及び担当者の配置を行う	<input checked="" type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
やむを得ず行う身体的拘束その他の入居者の行動を制限する行為に関して、委員会の開催、指針の整備及び研修を行う	<input checked="" type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
入居者のプライバシーの確保について、職員に周知する	<input checked="" type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
入居者に与えた損害を賠償するための措置を講じる	<input checked="" type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
入居者からの相談及び苦情に適切に対応するための体制を整備する	<input checked="" type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
サービス付き高齢者向け住宅への入居及びサービス付き高齢者向け住宅において提供される福祉サービスの利用に必要な費用に関する書類を発行することができる	<input checked="" type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
入居者及びその家族と意見を交換する機会を設ける	<input checked="" type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
地域社会との交流及び連携を図る	<input checked="" type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
災害に対応するための仕組みを整備する	<input checked="" type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
事故の発生及び再発を防止するための仕組みを整備する	<input checked="" type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
感染症及び食中毒の予防及びまん延の防止のための仕組みを整備する	<input checked="" type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
入居者の健康状態及び生活状況を把握し、変化があったときは、当該入居者の家族に連絡する仕組みを整備する	<input checked="" type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
入居者間の交流の促進を図る	<input checked="" type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
登録事業者又は登録事業者から委託を受けた者から提供される福祉サービスと、それ以外の者から提供される福祉サービスを明確に区分する	<input checked="" type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
入居者が希望する場合には、介護サービスの提供に必要な当該入居者に関する情報を、介護支援専門員と共有する仕組みを整備する	<input checked="" type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
基本理念及び基本方針を定めるとともに、これらを職員及び入居者に周知する	<input checked="" type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
職員の教育及び研修に関する計画を策定する	<input checked="" type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
職員に対して、認知症に関する研修を行う	<input checked="" type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
職員を登録事業者が行う研修以外の研修に参加させる仕組みを整備する	<input checked="" type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
サービス付き高齢者向け住宅事業の実施に必要な人材の確保のために必要な措置を講じる	<input checked="" type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ