

登録事項等についての説明（高齢者住まい法第17条関係）

年 月 日

登録事項等についての説明

住所 千葉県松戸市五香4-34-3
 貸主（甲）氏名 社会福祉法人ウエルガーデン
 ウエルガーデン松戸
 施設長 川邊 成人 印
 代理人 住所
 氏名

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) うえるがーでんまつど ウエルガーデン松戸
所在地	(住居表示) 〒270-2213 千葉県松戸市五香四丁目34番地3
利用交通手段	<input checked="" type="checkbox"/> 1. 電車（ 新京成線 元山駅から徒歩で9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 2012 年 4 月 1 日から 2032 年 3 月 31 日まで
施設に関する 権原	<input 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 年 月 日から 年 月 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 type="checkbox"/> 3. 賃借権 <input checked="" type="checkbox"/> 4. 使用貸借による権利 期間 2012 年 4 月 1 日から 2032 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。

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うえるがーでん 社会福祉法人ウエルガーデン
住 所 (法人にあって は主たる事務所 の所在地)	(郵便番号 121-0823) 東京都足立区伊興三丁目7番地4号 電話番号 03-5838-0603
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) 電話番号
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うえるがーでん 社会福祉法人ウエルガーデン
事務所の所在地	(郵便番号 270-2213) 千葉県松戸市五香四丁目34番地3 電話番号 047-385-7177

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	49	戸	
居住部分の規模	(最小)	18.29	m ²	詳細については、別添 3 のとおり
	(最大)	25.24	m ²	
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	鉄筋コンクリート	造	階数 地上 3 階建
竣工の年月	2010 年 4 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			
	<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 checked="" type="checkbox"/> 賃貸借契約 <input type="checkbox"/> その他
入居契約が賃貸借契約でない場合には、	
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	年 月 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 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 52,500 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 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 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 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 80,000 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 60,000 円		
	(最高) 約 60,000 円		
敷金の概算額	(最低) 約 80,000 円	家賃の 1.0 月分	
	(最高) 約 85,000 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			
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 checked="" type="checkbox"/> 指定を受けている 介護保険事業所番号 (1271205310)		
	<input 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 checked="" type="checkbox"/> 指定を受けている 介護保険事業所番号 (1271205310)		
	<input 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。

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) まつどだいいちくりにつく 松戸第一クリニック
事業所の所在地	(郵便番号 270-2213) 千葉県松戸市五香四丁目34番地3 電話番号 047-712-0266
連携又は協力の内容	内科 血液透析

連携又は協力の相手方	
事業所の名称	(ふりがな) いりょうほうじんとくしゅうかいちばにしそうごうびょういん 医療法人徳洲会 千葉西総合病院
事業所の所在地	(郵便番号 270-2251) 千葉県松戸市金ヶ作107-1 電話番号 047-384-8111
連携又は協力の内容	内科、外科等受診 夜間緊急時対応、他

連携又は協力の相手方	
事業所の名称	(ふりがな) きららしか きらら歯科
事業所の所在地	(郵便番号 270-1166) 千葉県我孫子市我孫子1-9-18景山ビル2階 電話番号 047-185-6474
連携又は協力の内容	訪問歯科診療

連携又は協力の相手方	
事業所の名称	(ふりがな) かまがやめでいかるくりにつく 鎌ヶ谷メディカルクリニック
事業所の所在地	(郵便番号 273-0121) 千葉県鎌ヶ谷市初富26-15 電話番号 047-401-8282
連携又は協力の内容	内科 外科

連携又は協力の相手方	
事業所の名称	(ふりがな) いりょうほうじんしゃだんこひつじかい みなみかしわえきまえくりにつく 医療法人社団小羊会 南柏駅前クリニック
事業所の所在地	(郵便番号 277-0855) 千葉県柏市南柏1-8-16 電話番号 047-141-7171
連携又は協力の内容	内科

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

登録の申請が基本方針及び千葉県高齢者居住安定確保計画に照らして適切です。

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
借主（乙） 住所
氏名

印

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	×	○	○	×	×	×	41	202・204～207・211～ 216・219～227・302・304 ～307・309～324	80,000
1	23.87	×	○	○	×	○	×	2	201・301	82,000
1	24.19	×	○	○	×	○	×	1	303	85,000
1	25.24	×	○	○	×	○	×	1	308	85,000
1	18.82	×	○	○	×	×	×	2	209・210	80,000
1	19.17	×	○	○	×	×	×	2	217・218	80,000

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	3	48.87	特殊浴室 中浴室 個浴室	49	
台所	2	26.54	共用キッチン	49	
食堂	2	195.97	食堂 食堂兼機能訓練室	49	
収納設備	2	15.71	リネン庫	49	

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。

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 checked="" type="checkbox"/> 社会福祉法人 <input type="checkbox"/> 指定居宅サービス事業者 <input type="checkbox"/> 指定地域密着型サービス事業者		<input type="checkbox"/> 指定居宅介護支援事業者 <input type="checkbox"/> 指定介護予防サービス事業者 <input type="checkbox"/> 指定介護予防支援事業者 <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	1 人	<input checked="" type="checkbox"/> 介護支援専門員	人員 1 人	
	<input checked="" type="checkbox"/> 准看護師	人員	1 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	9 人	<input checked="" type="checkbox"/> 上記以外の職員	人員 10 人	
			合 計		人員 22 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 近接する土地 <input type="checkbox"/> (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	8 時	30 分	~	17 時 30 分	人員 10 人
	上記以外の時間	17 時	30 分	~	8 時 30 分	人員 2 人
毎日1回以上の状況把握サービスの提供方法	毎食時、水分補給時、夜間定時巡回にて訪室				毎日 10 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	ナースコール				
	通報先	各階スタッフルーム・PHS（ハンディナーズ）		通報先から住宅までの到着予定時間	1 分	
サービス提供の対価（概算額）	月額	約	円	前払金の		
	前払金	約	0 円	算定方法		
備考	サービス提供の対価は介護報酬告示上の額で、30日間利用の場合、要支援1～要介護5までで約6,000円～約28,000円です。					

※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 <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) ひとわふーどさーびすかぶしきがいしゃ HITOWAフードサービス株式会社	
	住 所 (法人にあつては主たる事務所の所在地)	(郵便番号 106-0032) 東京都港区六本木1-4-5 アークヒルズサウスタワー 電話番号 03-6738-6114	
	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 106-0032) 東京都港区六本木1-4-5 アークヒルズサウスタワー 電話番号 03-6738-6114	
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 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 52,500 円	内訳 朝食 540 円 昼食 610 円 夕食 600 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 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	円	前払金の	算定方法	
	前払金	約	0	円		
備考	サービス提供の対価は介護報酬告示上の額で、30日間利用の場合、要支援1～要介護5までで約6,000円～約28,000円です。					

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 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)				
	高齢者生活 支援サービス	(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 checked="" type="checkbox"/> 365日対応 <input type="checkbox"/> その他 ()				
	内容	<input checked="" type="checkbox"/> 調理 <input checked="" type="checkbox"/> 洗濯 <input checked="" 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	0	円		
備考	サービス提供の対価は介護報酬告示上の額で、30日間利用の場合、要支援1～要介護5までで約6,000円～約28,000円です。					

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 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	
	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 checked="" type="checkbox"/> 365日対応 <input type="checkbox"/> その他 ()			
	内容	<input checked="" type="checkbox"/> 健康相談 <input checked="" type="checkbox"/> 血圧等の測定 <input checked="" type="checkbox"/> 定期検診 <input checked="" type="checkbox"/> 通院等の付き添い			
		<input checked="" type="checkbox"/> その他 (松戸第一クリニック以外の通院は徴収)			
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	0	円	
備考	サービス提供の対価は介護報酬告示上の額で、30日間利用の場合、要支援1～要介護5までで約6,000円～約28,000円です。				

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					