

サービス付き高齢者向け住宅

登録番号：さ130003

ハーベストさいたま

入居契約重要事項説明書

生活支援サービス重要事項説明書

株式会社ワイグッドケア

本書記載の内容は2019年10月1日時点の料金、消費税率及び
介護保険給付費等に基づいており、全て税込み表示となっています。
軽減税率（8%）の対象となる飲食料品の提供は、「朝食・昼食・夕食」の食費です。

サービス付き高齢者向け住宅 重要事項説明書

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条及びさいたま市有料老人ホーム設置運営指導指針12(4)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。なお、生活支援サービスに関する契約については、生活支援サービス重要事項説明書により、別途説明します。

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) はーべすとさいたま			
	ハーベストさいたま			
所在地※	(郵便番号 337-0043)			
	埼玉県さいたま市見沼区大字中川59番地			
	電話番号	048-684-7755	FAX番号	048-684-7757
	メールアドレス	info@ygood.jp	HPアドレス	https://ygood.jp/
利用交通手段	<input checked="" type="checkbox"/> 1. 電車 (JR線 大宮駅から バスで15分 降車後、徒歩4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 平成26年4月1日 から 令和26年3月31日 まで 契約の自動更新 <input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし 抵当権の有無 <input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし			
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 平成26年4月1日 から 令和26年3月31日 まで 契約の自動更新 <input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし			
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 平成26年4月1日 から 令和26年3月31日 まで 契約の自動更新 <input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし 抵当権の有無 <input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし			

(※) 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) かぶしきがいしゃわいぐっどけあ
	株式会社ワイグッドケア
住 所 (法人にあっては 主たる事務所)	(郵便番号 367-0023)
	埼玉県本庄市寿一丁目25番13号 電話番号 0495-71-6551 FAX番号 0495-71-6575
法人の役員	別添1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) かぶしきがいしゃわいぐっどけあ
	株式会社ワイグッドケア
事務所の所在地	(郵便番号 367-0023)
	埼玉県本庄市寿一丁目25番13号 電話番号 0495-71-6551 FAX番号 0495-71-6575

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 48 戸	
居住部分の規模	(最小) 18.00 m ²	詳細については、別添2のとおり
	(最大) 19.20 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 鉄骨造	階数 3階建
	<input checked="" type="checkbox"/> 耐火建築物 <input type="checkbox"/> 準耐火建築物 <input type="checkbox"/> その他 ()	
	建築物の延床面積 1,720.86 m ² (うちサービス付き高齢者向け住宅部分 1,720.86 m ²)	
竣工の年月	平成26年2月28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、その旨		
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 <input checked="" type="checkbox"/> 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	別添普通賃貸借契約書のとおり	
入居対象者	<input type="checkbox"/> 自立 <input checked="" type="checkbox"/> 要支援 <input checked="" type="checkbox"/> 要介護	
留意事項	入居時	65歳以上で要介護認定者の方を優先いたします。
	施設利用時	
契約解除の内容	普通賃貸借契約書第11条、第12条に定めるとおり	
事業主体から解約を求める場合	解約条項	普通賃貸借契約書第11条
	解約予告期間	原則として、60日
	解除事由	一 入院又は外泊が連続して2か月を超えるとき、又は超えることが予想されるときで、かつ復帰の目途が立たないとき。ただし、協議の場において、入居者が退院後等に復帰を希望する場合には、事業者はその実現に努めるものとする。 二 賃料その他の支払いを2か月分以上滞納し、相当期間を定めて催告をしたにもかかわらず、履行期にある債務の全額が弁済されなかったとき。 三 不正の手段によって入居したとき。 四 提出書類等で虚偽の申告があったとき。 五 常時医療行為が必要となるなど、入居者の身体状況が甲の対応の範囲を超えたとき。ただし、この場合は、医師の意見を聞き、一定の観察期間を経た上で、入居者及び連帯保証人の同意を得るものとする。 六 第7条の規定に違反したとき。 七 第8条1項11号～13号及び21号～23号の規定に違反したとき。 八 第8条1項1号～10号、14号～20号及び24号～26号の規定に違反し、相当期間を定めて催告したにもかかわらず、違反状態が解消されないとき。 九 上記に掲げるほか、事業者と入居者との間の信頼関係が破壊され、これ以上本契約を継続することが難しいとき。
入居者からの解約予告期間	30日前までに所定の解約届を提出してください。また、解約届提出の日から30日分の賃料・共益費相当額を支払うことにより、同期間内であれば随時契約を解約することもできます。	
体験入居の有無	<input type="checkbox"/> あり（内容： ） <input checked="" type="checkbox"/> なし	
入居定員	48人	
その他	連帯保証人が設定できない場合は要相談	
事業開始時期	平成26年5月1日 から	

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・税込)	詳細については別添4参照
	状況把握・生活相談	<input checked="" type="checkbox"/> 自ら <input type="checkbox"/> 委託		
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 46,299 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 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 63,000 円	住戸ごとの内容は別添3のとおり		
	(最高) 約 63,000 円			
共益費の概算額	(最低) 約 17,000 円			
	(最高) 約 17,000 円			
敷金の概算額	(最低) 約 63,000 円	家賃の1月分		
	(最高) 約 63,000 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			
想定居住期間				
償却の開始日				
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				
初期償却率				
返還額の算定方法	入居後3月以内の契約終了			
	入居後3月を超えた契約終了			
家賃等の前払金の返還債務が消滅するまでの期間				
家賃等の前払金の返還額の推移				
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 <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			
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所若しくは介護予防特定施設入居者生活介護事業所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。

利用料金の支払方式	<input type="checkbox"/> 全額前払い方式 <input type="checkbox"/> 一部前払い・一部月払い方式 <input checked="" type="checkbox"/> 月払い方式 <input type="checkbox"/> 選択方式 (<input type="checkbox"/> 全額前払い方式 <input type="checkbox"/> 一部前払い・一部月払い方式 <input type="checkbox"/> 月払い方式)			
年齢に応じた金額設定	<input type="checkbox"/> あり <input checked="" type="checkbox"/> なし			
要介護状態に応じた金額設定	<input type="checkbox"/> あり <input checked="" type="checkbox"/> なし			
入院等による不在時における利用料金(月払い)の取扱い	<input checked="" type="checkbox"/> 減額なし <input type="checkbox"/> 日割り計算で減額 <input type="checkbox"/> 不在期間が 日以上の場合に限り日割り計算で減額			
利用料金の改定	条件	・利用料金を改定する場合、事業者は、消費者物価指数及び人件費、又は諸種の経済状況を勘案し、事業の安定的継続の視点から、運営懇談会等の意見を聞いて、当該利用料金を変更します。 ・消費税等が改定になった場合は、法令の定めに従い当該利用料金を変更します。		
	手続き			

7 サービス付き高齢者向け住宅の管理の方法等

管理の方式	<input checked="" type="checkbox"/> 自ら管理 <input type="checkbox"/> 管理業務を委託	
委託する業務の内容 (契約事項)		
管理業務の委託先		
商号、名称 又は氏名	(ふりがな)	
住所	(郵便番号) _____ 電話番号 _____	
修繕計画	計画策定の有無	<input type="checkbox"/> あり <input checked="" type="checkbox"/> なし
	大規模修繕の実施予定	(_____ 頃実施予定)
	その他計画的な修繕予定	(_____)

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	事業所の番号	事業所の番号
訪問介護ハーベストさいたま	訪問介護	1176512760	<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

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）

医療支援 ※複数選択可	<input checked="" type="checkbox"/> 救急車の手配 <input checked="" type="checkbox"/> 入退院の付き添い <input checked="" type="checkbox"/> 通院介助 <input type="checkbox"/> その他 (_____)	
協力医療機関①	名称	あおぞらクリニック埼玉
	住所	埼玉県さいたま市緑区東浦和4-26-17 サニーハイム201号室
	診療科目	内科
	協力内容	内科往診
協力医療機関②	名称	
	住所	
	診療科目	
	協力内容	
協力歯科 医療機関	名称	高輪会 浦和歯科
	住所	さいたま市南区别所3-16-9 安藤ビル102
	協力内容	歯科往診
その他 連携協力事業所	名称	
	住所	
	協力内容	

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

高齢者の居住の安定の確保に関する基本的な方針（平成21年厚生労働省・国土交通省公示第1号）及び埼玉県高齢者居住安定確保計画に沿って、適切に運営いたします。

1.1 サービスの内容

(全体の方針)

事業の目的	サービス付き高齢者向け住宅の経営
運営に関する方針	お客様と共に過ごす私たちは、笑顔絶やさず、感謝と尊敬の気持ちで奉仕し、アットホームな心あたたまる施設を目指して、お客様が幸せに暮らせる支援者であり続けます。
サービスの提供内容に関する特色	ご入居者やご家族様との連携を重視し、ご入居者の気持ちに寄り添った生活の細やかな部分に対応した、自立支援に力を入れたお手伝いを提供します。

1.2 職員体制

(職種別の職員数) ※サービス付き高齢者向け住宅事業(以下「住宅事業」という。)の職員数

職種	職務内容	職員数(実人数) 22人			常勤換算人数※1
		合計	常勤	非常勤	
管理者		1	1		
生活相談員					
直接処遇職員		21	9	12	
介護職員		21	9	12	
看護職員					
機能訓練指導員					
計画作成担当者					
栄養士					
調理員					
事務員					
その他職員					
1週間に常勤の従業者が勤務すべき時間数※1					40 時間

※1 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

(注1) 併設の介護保険事業所の勤務時間は表に含めない。(特定施設入居者生活介護等の勤務時間は含む。)

(注2) 常勤・非常勤、専従・非専従について

常勤 …住宅事業にのみ従事し、法人の就業規則等で定める常勤の者。

非常勤 …常勤以外の者。併設の介護保険事業所と兼務する職員は必ず非常勤に該当。

専従 …住宅事業で1つの職種のみで勤務する者。

非専従 …専従以外の者。

(注3) 業務委託により配置される職員がいる場合は、人数の後ろに(委託)と記載すること。

(注4) 常勤換算人数とは、従業者の住宅事業の勤務延時間数を、法人の就業規則等で定める常勤の従業者が勤務すべき時間数で除することにより、常勤の従業者の人数に換算した人数。

(資格を有している介護職員の人数)

職種	職員数(実人数) 21人				
	合計	常勤		非常勤	
		専従	非専従	専従	非専従
社会福祉士					
介護福祉士	9		5		4
実務研修の修了者	2		2		
初任者研修の修了者	10		3		7
介護支援専門員					

(注1) (職種別の職員数)の介護職員が保有する資格について記入。

(注2) 1人の職員が複数の資格を有している場合、いずれか1つの資格にのみ計上。

(資格を有している機能訓練指導員の人数)

職種	職員数(実人数) 人				
	合計	常勤		非常勤	
		専従	非専従	専従	非専従
看護師又は准看護師					
理学療法士					
作業療法士					
言語聴覚士					
柔道整復師					
あん摩マッサージ指圧師					
はり師					
きゅう師					

(注1) (職種別の職員数)の機能訓練指導員が保有する資格について記入。

(注2) 1人の職員が複数の資格を有している場合、いずれか1つの資格にのみ計上。

(夜勤を行う看護・介護職員の人数)

夜勤帯の設定時間 (18時00分～9時00分)		
職種	平均人数	最小時人数※
看護職員	人	人
介護職員	1人	1人

※最小時人数は、休憩中の職員も勤務している人数として計上。

(職員の状況)

管理者	管理者の氏名	長棟 真理子										
	職名	管理者										
	他の職務との兼務	<input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし										
	業務に係る資格等	<input checked="" type="checkbox"/> あり		資格等の名称		介護福祉士						
	<input type="checkbox"/> なし											
	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								
前年度1年間の退職者数			2	3								
経験 人数 業務 に 従 事 し た 員 数	1年未満			2	3							
	1年以上 3年未満			2	5							
	3年以上 5年未満			4	2							
	5年以上 10年未満			1	2							
	10年以上											
従業者の健康診断の実施	<input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし											

1.3 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	16人	年齢別	65歳未満	2人
	女性	31人		65歳以上75歳未満	16人
要介護度別	自立	人		75歳以上85歳未満	15人
	要支援1	人		85歳以上	14人
	要支援2	人	入居期間別	6か月未満	7人
	要介護1	4人		6か月以上1年未満	6人
	要介護2	6人		1年以上5年未満	19人
	要介護3	8人		5年以上10年未満	15人
	要介護4	20人		10年以上15年未満	人
	要介護5	9人		15年以上	人

(入居者の属性)

平均年齢	79.4	歳
入居者数の合計	47	人
入居率※	97.9	%

※ 入居者数の合計を入居定員数で除した割合。一時不在の者も入居者に含む。

(前年度における退去者の状況)

退去先別の人数	自宅等	人	
	社会福祉施設	3人	
	医療機関	3人	
	死亡者	8人	
	その他	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) 特養へ入所、老健へ入所

1.4 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)

1	窓口の名称	ハーベストさいたま
	電話番号	048-684-7755
	対応している時間	9:00~18:00
	定休日	8月13日~8月15日、12月30日~翌年1月3日
2	窓口の名称	株式会社ワイグッドケアお客様相談室
	電話番号	0495-71-6551
	対応している時間	9:00~18:00
	定休日	土日祝、8月13日~8月15日、12月30日~翌年1月3日
3	窓口の名称	さいたま市 保健福祉局 長寿応援部 介護保険課
	電話番号	048-829-1265
	対応している時間	8:30~17:15
	定休日	土日祝、12月29日~翌年1月3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	<input checked="" type="checkbox"/> あり (内容) 東京海上日動火災保険株式会社/超ビジネス保険	<input type="checkbox"/> なし
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	<input checked="" type="checkbox"/> あり (内容) 地震、津波などの天災、戦争、暴動等や、入居者様の故意によるものを除いて、速やかに損害を賠償します。	<input type="checkbox"/> なし
事故対応及びその予防のための指針	<input checked="" type="checkbox"/> あり (内容) 社内マニュアルに準ずる。	<input type="checkbox"/> なし
事故発生時の対応方法	<ul style="list-style-type: none"> ・利用者に対するサービスの提供により事故が発生した場合は、保証人、利用者の家族に連絡するとともに、主治の医師に連絡をとる等、必要な措置を講じます。 ・状況、処置等の記録を残し、必要に応じて市町村へ報告します。 ・対処方法については、都度その原因を解明し、再発の防止に努めます。 	
利用者の体調急変時等(緊急時等)における対応方法	<ul style="list-style-type: none"> ・利用者の体調急変時等(緊急時等)が発生した場合は、保証人、利用者の家族に連絡するとともに、主治の医師に連絡をとる等、必要な措置を講じます。 ・状況、処置等の記録を残し、必要に応じて市町村へ報告します。 	

(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)

緊急時(事故及び急病・負傷)に対応できる具体的な計画	<input checked="" type="checkbox"/> あり (内容) 社内マニュアルに準ずる。	<input type="checkbox"/> なし
----------------------------	--	-----------------------------

(非常災害対策)

非常災害に対応できる具体的な計画	<input checked="" type="checkbox"/> あり (内容) 社内マニュアルに準ずる。	<input type="checkbox"/> なし	
避難訓練の実施	<input checked="" type="checkbox"/> あり 年 2 回	<input type="checkbox"/> なし	
業務(事業)継続計画の策定の有無	<input checked="" type="checkbox"/> あり	職員研修の実施 年 回	<input type="checkbox"/> なし
		訓練の実施 年 回	
感染予防及びまん延防止のための対策の有無	<input checked="" type="checkbox"/> あり	職員研修の実施 年 回	<input type="checkbox"/> なし
		訓練の実施 年 回	

(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、意見箱等利用者等の意見を把握する取組の状況	<input checked="" type="checkbox"/> あり	実施内容	意見箱を常時設置	結果の開示	<input type="checkbox"/> あり	<input checked="" type="checkbox"/> なし
	<input type="checkbox"/> なし					
第三者による評価の実施状況	<input type="checkbox"/> あり	実施日		評価機関名称	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし
	<input checked="" type="checkbox"/> なし			結果の開示	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし

1.5 入居希望者への事前の情報開示

入居契約書の雛形	<input type="checkbox"/> 入居希望者に公開	<input checked="" type="checkbox"/> 入居希望者に交付	<input type="checkbox"/> 公開していない
管理規程	<input type="checkbox"/> 入居希望者に公開	<input checked="" type="checkbox"/> 入居希望者に交付	<input type="checkbox"/> 公開していない
事業収支計画書	<input type="checkbox"/> 入居希望者に公開	<input type="checkbox"/> 入居希望者に交付	<input checked="" type="checkbox"/> 公開していない
財務諸表の要旨	<input type="checkbox"/> 入居希望者に公開	<input type="checkbox"/> 入居希望者に交付	<input checked="" type="checkbox"/> 公開していない
財務諸表の原本	<input type="checkbox"/> 入居希望者に公開	<input type="checkbox"/> 入居希望者に交付	<input checked="" type="checkbox"/> 公開していない

16 その他

運営懇談会	<input checked="" type="checkbox"/> あり (開催頻度) 年 1 回		
	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 代替措置あり (内容) <input type="checkbox"/> 代替措置なし	
提携ホームへの移行※	<input type="checkbox"/> あり (提携ホーム名: _____)		<input checked="" type="checkbox"/> なし
虐待の防止のための措置			
ホームにおける ハラスメントの規定	<input checked="" type="checkbox"/> あり	担当窓口	<input type="checkbox"/> なし
		周知方法	
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	<input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし		
さいたま市有料老人ホーム設置運営指導指針に合致しない事項	<input checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (内容)		
施設の利用に当たっての留意事項			

※提携ホームとは、(介護予防)特定施設入居者生活介護の指定を受けている提携施設を指す。

添付書類：

- 別添1 (役員名簿※法人の場合)
- 別添2 (役員名簿※法定代理人の場合)
- 別添3 (住宅の規模並びに設備等)
- 別添4 (サービス付き高齢者向け住宅で提供するサービスの概要)
- 別添5 (別の実施する介護サービス一覧表)
- 別添6 (個別選択によるサービス一覧表)

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			
I	18.00	×	○	○	×	×	○	43	102～110、202～210、 212～219、302～309、 311～319	63,000
I	18.30	×	○	○	×	×	○	1	301	63,000
I	19.20	×	○	○	×	×	○	4	101、201、211、310	63,000

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

(1) 共同利用設備

設備等	設備箇所数	合計床面積 (㎡)	設備箇所	想定利用戸数 (戸)	備考
食堂	1	107.59	1階1箇所	48	
談話室	2	93.12	2階1箇所、3階1箇所	48	キッチンコーナーあり
共同浴室	2	29.47	1階1箇所、2階1箇所	48	浴槽数5槽
脱衣室	3	35.23	1階2箇所、2階1箇所	48	
機械浴室	1	12.90	1階1箇所	48	
入居者用多目的室	1	14.70	1階1箇所	48	
入居者用洗濯室	1	19.20	1階1箇所	48	
入居者用収納設備	2	14.64	2階1箇所、3階1箇所	48	
多目的トイレ	1	6.85	1階1箇所	48	
脱衣室トイレ	1	2.79	1階1箇所	48	1階脱衣室内

注1) 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。

注1) 設備等は、適宜加筆修正すること。

(2) 消防用設備・その他設備

消火器	<input checked="" type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし
緊急通報装置	<input checked="" type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし
自動火災報知設備	<input checked="" type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし
火災通報設備	<input checked="" type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし
スプリンクラー	<input checked="" type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし
防火管理者	<input checked="" type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし
防災計画	<input checked="" type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし
エレベーター	<input checked="" type="checkbox"/> あり	(<input type="checkbox"/> 車椅子対応 <input checked="" type="checkbox"/> ストレッチャー対応) <input type="checkbox"/> なし

添付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)				
サービスを提供する法人等の別	<input type="checkbox"/> 医療法人 <input type="checkbox"/> 社会福祉法人 <input checked="" 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 checked="" 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 type="checkbox"/> 看護師	人員	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	12 人
	<input checked="" type="checkbox"/> 介護福祉士	人員	9 人	<input type="checkbox"/> 上記以外の職員	人員	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		
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～18時00分	人員	1 人		
	上記以外の時間	18時00分～9時00時	人員	1 人		
毎日1回以上の状況把握サービスの提供方法	各居室へ訪問し、安否確認を行います				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00分～24時00分	左記以外の日	<input type="checkbox"/> 24時間	
	通報方法	ナースコール				
	通報先	事務室及び職員の携帯PHS		通報先から住宅までの到着予定時間	3 分	
サービス提供の対価(概算額)	月額	約 17,600 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、税込価格です。					

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) なごやまるたまふーずかぶしがいしや			
	住所 (法人にあっては主たる事務所の所在地)	名古屋マルタマフーズ株式会社 (郵便番号 454-0945) 愛知県名古屋市市中川区下之一色町字波花108番地 電話番号 052-302-1415			
	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 454-0945) 愛知県名古屋市市中川区下之一色町字波花108番地 電話番号 052-302-1415			
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 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 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 46,299 円	内訳	朝食 308 円	昼食 618 円 夕食 618 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は、税込価格です。 軽減税率(8%)の対象となる飲食品の提供は「朝食・昼食・夕食」の食費です。 基本的には食堂にて食事をしていただきますが、入居者の状況に応じて居室への配食サービスも行っていきます(無償)。キャンセルの場合は、2日前の12時までにお申出ください。 それ以降のキャンセルについては実費負担となります。				

※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。

3 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 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 type="checkbox"/> 定期健診 <input type="checkbox"/> 通院等の付添い <input checked="" type="checkbox"/> その他(専門機関の紹介(医療機関等))	
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	費用は、状況把握及び生活相談サービス費用に含みます。		

4 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	立替金サービス、郵便物、宅配便の荷受受付、面会者への対応、外出通院等の付添い、代行サービス	
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	日常生活消耗品の購入等は、立替金サービスが利用頂けます。 立替金サービスの利用にはお申込が必要です。 外出や通院等の付添い、代行サービスは、1時間当たり2,640円(税込)が別途かかります。 詳しくは生活支援サービス重要事項説明書をご覧ください。		

事業主体が埼玉県内で実施する事業所一覧

介護サービスの種類	箇所数	主な事業所の名称	所在地
<居宅サービス>			
訪問介護	3	訪問介護ハーベストさいたま	さいたま市見沼区大字中川59
訪問入浴介護			
訪問看護			
訪問リハビリテーション			
居宅療養管理指導			
通所介護	2	デイサービスハートランド・アイリ熊谷	埼玉県熊谷市間々田101
通所リハビリテーション			
短期入所生活介護			
短期入所療養介護			
特定施設入居者生活介護	2	ハーベスト戸田	埼玉県戸田市美女木4-13-2
福祉用具貸与	1	ハッピーケアサプライ	埼玉県戸田市美女木4-13-2
特定福祉用具販売	1	ハッピーケアサプライ	埼玉県戸田市美女木4-13-2
<地域密着型サービス>			
定期巡回・随時対応型訪問介護看護			
夜間対応型訪問介護			
認知症対応型通所介護			
小規模多機能型居宅介護			
認知症対応型共同生活介護			
地域密着型特定施設入居者生活介護			
地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護			
看護小規模多機能型居宅介護			
居宅介護支援			
<介護予防サービス>			
介護予防訪問入浴介護			
介護予防訪問看護			
介護予防訪問リハビリテーション			
介護予防居宅療養管理指導			
介護予防通所リハビリテーション			
介護予防短期入所生活介護			
介護予防短期入所療養介護			
介護予防特定施設入居者生活介護	2	ハーベスト戸田	埼玉県戸田市美女木4-13-2
介護予防福祉用具貸与	1	ハッピーケアサプライ	埼玉県戸田市美女木4-13-2
特定介護予防福祉用具販売	1	ハッピーケアサプライ	埼玉県戸田市美女木4-13-2
<地域密着型介護予防サービス>			
介護予防認知症対応型通所介護			
介護予防小規模多機能型居宅介護			
介護予防認知症対応型共同生活介護			
介護予防支援			
<介護保険施設>			
介護老人福祉施設			
介護老人保健施設			
介護療養型医療施設			
介護医療院			

有料老人ホーム・サービス付き高齢者向け住宅が提供するサービスの一覧表

特定施設入居者生活介護（地域密着型・介護予防を含む。）の指定の有無						□ あり		■ なし	
サービス内容	特定施設入居者生活介護費で、実施するサービス（利用者一部負担※1）		個別の利用料で、実施するサービス（利用者が全額負担）			備 考			
			包含※2	都度※2	料金※3（税込）				
介護サービス									
食事介助	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	<input checked="" type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり					
排せつ介助・おむつ交換	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし	<input checked="" type="checkbox"/> あり	○				失禁等の緊急時のみ対応。
おむつ代			<input type="checkbox"/> なし	<input checked="" type="checkbox"/> あり		○			内容による。（実費）
入浴（一般浴） 介助・清拭	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	<input checked="" type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり					
特浴介助	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	<input checked="" type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり					
身辺介助（移動・着替え等）	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	<input checked="" type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり					
機能訓練	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	<input checked="" type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり					
通院介助	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし	<input checked="" type="checkbox"/> あり		○	2,640円/h		準備から院内介助、車での送迎。
生活サービス									
居室清掃	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	<input checked="" type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり					
リネン交換	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし	<input checked="" type="checkbox"/> あり		○			シーツ交換週1回無料、布団550円（1回）、枕330円（1回）、ベッドパット330円（1回）
日常の洗濯	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	<input checked="" type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり					
居室配膳・下膳	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし	<input checked="" type="checkbox"/> あり	○				精神的肉体的疾患等があり、止むを得ない場合。
入居者の嗜好に応じた特別な食事			<input checked="" type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり					
おやつ			<input type="checkbox"/> なし	<input checked="" type="checkbox"/> あり	○				持ち込みのおやつとの配膳と場所の提供。
理美容サービス			<input type="checkbox"/> なし	<input checked="" type="checkbox"/> あり		○			内容による。（メニュー表あり）
買い物代行	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし	<input checked="" type="checkbox"/> あり		○	2,640円/h		ご本人の希望に応じ行います。※訪問介護等の利用を優先します。
役所等手続代行	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし	<input checked="" type="checkbox"/> あり		○	2,640円/h		代行サービスは希望に応じ行います。
金銭・貯金管理			<input checked="" type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり					
健康管理サービス									
定期健康診断			<input checked="" type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり					
健康相談	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし	<input checked="" type="checkbox"/> あり	○				体調不良時はクリニックと連携し見守りの強化。
生活指導・栄養指導	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし	<input checked="" type="checkbox"/> あり	○				食事量の確認。
服薬支援	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし	<input checked="" type="checkbox"/> あり	○				配薬のみ。
生活リズムの記録（排便・睡眠等）	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし	<input checked="" type="checkbox"/> あり	○				夜間の巡回あり。21時、0時、3時、6時。
入退院時・入院中のサービス									
移送サービス	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	<input checked="" type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり					
入退院時の同行	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし	<input checked="" type="checkbox"/> あり		○	2,640円/h		病院との連携や申し送り。診療情報やサマリーの受取り。車での送迎。
入院中の洗濯物交換・買い物	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	<input checked="" type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり					
入院中の見舞い訪問	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	<input checked="" type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり					病院と連携し、特別な事情があれば対応可。

※1：利用者の所得等に応じて負担割合が変わる（1割又は2割の利用者負担）。

※2：「あり」を記入したときは、各種サービスの費用が、月額サービスの費用に包含される場合と、サービス利用の都度払いによる場合に応じて、いずれかの欄に○を記入する。

※3：都度払いの場合、1回当たりの金額など、単位を明確にして記入する。

生活支援サービス重要事項説明書

1 生活支援サービス提供事業者

事業者の名称・所在地及び電話番号その他の連絡先	
事業者の名称	(ふりがな) かぶしがいしゃわいぐっどけあ
	株式会社ワイグッドケア
事業者の所在地	(郵便番号 367-0023) 埼玉県本庄市寿一丁目25番13号
事業者の連絡先	電話番号 0495-71-6551
	FAX番号 0495-71-6575
	ホームページアドレス https://ygood.jp/
事業者の代表者名	代表取締役 中島 一郎

2 住宅事業主体概要

事業主体の名称、主たる事務所の所在地及び電話番号その他の連絡先	
事業主体の名称	(ふりがな) かぶしがいしゃわいぐっどけあ
	株式会社ワイグッドケア
事業主体の主たる事務所の所在地	(郵便番号 367-0023) 埼玉県本庄市寿一丁目25番13号
事業主体の連絡先	電話番号 0495-71-6551
	FAX番号 0495-71-6575
	ホームページアドレス https://ygood.jp/
事業主体の代表者の氏名及び職名	代表取締役 中島 一郎
事業主体が行っている主な事業等	住宅型有料老人ホーム、サービス付き高齢者向け住宅の運営

3 住宅概要

住宅の名称・所在地及び電話番号その他の連絡先	
住宅の名称	(ふりがな) はーべすとさいたま
	ハーベストさいたま
住宅の所在地	(郵便番号 337-0043) 埼玉県さいたま市見沼区大字中川59番地
住宅の連絡先	電話番号 048-684-7755
	FAX番号 048-684-7757
	ホームページアドレス https://ygood.jp/
住宅の管理者名	
住宅の開設年月日	平成26年5月1日
居住の契約方式	普通賃貸借契約

4 生活支援サービスの内容

生活支援サービスに関する方針等		
<p>当住宅では、居住者に対して個人の有する能力に応じ、自立して日常生活を営むことが出来るよう、居住者様の状況を把握し、基本サービスとして状況把握（安否確認）・生活相談・緊急時対応を行います。また、併設及び地域の診療所・介護事業所と連携を図り、医療・介護が必要になった方でも安心して住み続けられるよう支援していきます。 ※提供いたします生活支援サービスは、介護保険によるサービス提供ではございません。 ※介護保険サービスを利用される場合、事業者の選択は自由でございます。</p>		
生活支援サービスの内容		
基本サービス	料金	(提供方法・提供者)
状況把握 (安否確認)	17,600円/月 (税込)	<ul style="list-style-type: none"> ・日中は職員が各居室まで安否確認に参ります。 また、夜間も職員が巡回し、異常の有無を確認いたします。 ※提供者：株式会社ワイグッドケア
生活相談		<ul style="list-style-type: none"> ・担当職員による相談に対する助言（食事・健康・趣味・人間関係）を行います。 ・専門家や専門機関の紹介（医療機関・地域包括センター等）をいたします。 ※提供者：株式会社ワイグッドケア
緊急時対応		<ul style="list-style-type: none"> ・各居室のベッドサイド、トイレ、共用部浴室等に設置してある ナースコールを押していただければ、事務室及び職員が携帯しているPHSにて通報を受信の上、職員が駆けつけ必要な対応を行います。 ・救急搬送の同行、及び家族への連絡を行います。 ※提供者：株式会社ワイグッドケア
上記以外の生活支援サービス等		
選択サービス	料金	(提供内容・方法・提供者)
食事の 提供サービス	46,299円/月 (税込)	<ul style="list-style-type: none"> ・食費は月単位での請求となります。 ・食費：月額税抜46,299円(税込/30日の場合) [朝食308円・昼食618円・夕食618円(税込)] ・朝食は7時30分～8時30分まで、昼食は12時00分～13時00分まで、夕食は17時30分～18時30分まで。 ・1階の食堂で提供します。医師等による指示がある場合のみ居室に配食します。 ・食事は、本住宅の厨房の専属の調理員により調理いたします。 ・キャンセル、変更等は提供される日の2日前12時までにお知らせ下さい。 それ以降のキャンセルについては、金額が発生致しますので、お気をつけ下さい。 ※提供者：名古屋マルタマフーズ株式会社
付添い・ 代行サービス	2,640円/時 (税込)	<ul style="list-style-type: none"> ・外出や通院などの付添い、利用者からの依頼による代行などのサービスを行います。 なお、交通費が必要な時は実費負担となります。 ※提供者：株式会社ワイグッドケア
立替金サービス	0円	<ul style="list-style-type: none"> ・住宅での生活に必要な、日常消耗品等の購入には、立替金サービスをご利用いただけます。 立替金の使用目的は、ハーベストさいたまの利用料に含まれない個人的な支出のお支払いとなります。 支出基準は、立替金サービス利用規程により一支出項目あたり、一万円以内とします。 ・立替金サービスのご利用は、利用申込書にてお申し込みください。 ※提供者：株式会社ワイグッドケア
その他サービス	0円	<ul style="list-style-type: none"> 健康相談、血圧等の測定、医療機関等の紹介。 ※提供者：株式会社ワイグッドケア
受付サービス	0円	<ul style="list-style-type: none"> 郵便物、宅配便の荷受受付。面会者への対応。 ※提供者：株式会社ワイグッドケア

5 生活支援サービス職員体制

生活支援サービス職員体制等			
サービス種類ごとに業務に係る 人数を記載して下さい。	人数		委託先等
基本サービススタッフ	18人	日中常時1人	株式会社ワイグッドケア
	(資格)		介護福祉士・介護職員初任者研修課程修了者等
調理員	2人		名古屋マルタマフーズ株式会社
夜間の職員体制	常駐の(有)・無)	1人	株式会社ワイグッドケア

6 月額利用料の請求及び支払方法

請求方法	毎月15日に請求書を発行し、入居者様に送付します。
支払方法	毎月23日までに支払請求分を振込みにて、お支払いいただきます。

7 生活支援サービス利用者からの苦情に対応する窓口等の状況

利用者からの苦情に対応する窓口等の状況		
窓口の名称	ハーベストさいたま	
電話番号	048-684-7755	
対応している時間	平日	9時00分～18時00分
	土曜	
	日曜	
	祝日	
定休日	土曜日・日曜日・祝日	
留意事項	ご利用者様からの「苦情」は、ご不満の解消とその原因となった事項の改善に向けて、適切に対応しご利用者様の信頼及び満足度を高めます。「苦情」は、迅速かつ適切な解決・改善を目指して対応します。また定期的に経営者に報告するとともに、全社的な情報共有を推進、再発を防止します。	
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		
具体的な対応	本契約に基づき、生活支援サービス等を入居者様に提供した場合に、万一、事故が発生し、入居者様の生命・身体等に損害が生じた場合は、速やかに必要な対応及び措置（ご家族への連絡、救急車の呼び出し等）を行います。	

8 生活支援サービス利用に当たっての留意事項

外出・帰宅・訪問等	外出、帰宅及びご家族等の来訪の時間制限はありません。なお、夜間の外出の際や外泊時は、事前に介護職員へご連絡下さい。	
共用施設の利用について	浴室	入浴介助サービスを受ける場合は、共用浴室の利用時間を事前にお知らせ下さい。
ゴミ処理について	見守りサービスとして、ゴミ出しサービスを行っています。地域で定められているゴミ出しの期日までに、各住戸にお伺いします。粗大ゴミについては、別途ご相談させていただきます。	

9 契約の解除内容等

入居者からの解約	利用者は、事業者に対し文書で申し入れることにより直ちに解除できますが、既に支払ったサービス料金（請求書に付した明細書の料金）は、返金しません。
事業者からの解除	<p>I 債務不履行による場合 事業者は、利用者が正当な理由なく事業者を支払うべきサービス利用料を3か月以上滞納した場合において利用者に対し、相当な期間を定めてもお期間内に滞納額の全額の支払いがないときは、この契約を解除することがあります。</p> <p>II 中途解除について 事業者は、利用者に対し、契約の有効期間内であっても正当な理由があると認められる場合には、少なくとも6か月前までに予告することにより、契約を解除することができます。</p>

10 損害賠償責任保険の内容

損害賠償責任保険の加入状況	(有) ・ 無 (東京海上日動火災保険株式会社/超ビジネス保険)
---------------	------------------------------------

説明年月日 _____ 年 月 日

重要事項説明書及びその添付書類の各項目について、重要な事項を説明しました。

登録事業者名 株式会社ワイグッドケア _____

所在地 埼玉県本庄市寿一丁目25番13号 _____

代表者名 中島 一郎 _____

説明者氏名 _____

重要事項説明書及びその添付書類の各項目について説明を受け、理解しました。

利用者名 _____

利用者代理人署名 _____