

重要事項説明書

記入年月日	令和7年7月1日
記入者名	山田 仁士
所属・職名	イリーゼ川越はなれ ホーム長

※ サービス付き高齢者向け住宅の登録を受けている有料老人ホームについては、「登録申請書の添付書類等の参考とする様式について（平成23年10月7日付け厚生労働省老健局高齢者支援課長・国土交通省住宅局安心居住推進課長事務連絡）」の別紙4の記載内容を合わせて記載して差し支えありません。その場合、以下の1から3まで及び6の内容については、別紙4の記載内容で説明されているものとみなし、欄自体を削除して差し支えありません。

1. 事業主体概要

種類	法人	
	※法人の場合、その種類	営利法人
名称	(ふりがな) ひとわけあさーびすかぶしきがいしゃ HITOWAケアサービス株式会社	
主たる事務所の所在地	〒108-6215 東京都港区港南二丁目15番3号	
連絡先	電話番号	03-6632-7702
	FAX番号	03-6736-5587
	ホームページアドレス	https://www.irs.jp
代表者	氏名	福嶋 茂
	職名	代表取締役
設立年月日	平成18年11月1日	
主な実施事業	※別添1（別に実施する介護サービス一覧表）	

2. 有料老人ホーム事業の概要

(住まいの概要)

名称	(ふりがな) いり一ぜかわごえはなれ イリーゼ川越はなれ	
所在地	〒350-1159 埼玉県川越市中台2丁目1番24	
主な利用交通手段	最寄駅	東武東上線・JR 埼京線・川越線「川越」駅
	交通手段と所要時間	東武東上線・JR 埼京線・川越線「川越」駅より バス約10分(約2.3km) 「今福武藏野」バス停下車より徒歩約7分 (約550m)
連絡先	電話番号	049-220-3110
	FAX番号	049-220-3111
	ホームページアドレス	https://www.irs.jp
管理者	氏名	山田 仁士
	職名	ホーム長
建物の竣工日		令和6年1月25日
有料老人ホーム事業の開始日		令和6年3月1日

(類型)【表示事項】

- 1 介護付（一般型特定施設入居者生活介護を提供する場合）
- 2 介護付（外部サービス利用型特定施設入居者生活介護を提供する場合）
- 3 住宅型
- 4 健康型

該当する場合	介護保険事業者番号	1170405730
	指定した自治体名	川越市
	事業所の指定日	令和6年3月1日
	指定の更新日（直近）	令和 年 月 日

3. 建物概要

土地	敷地面積	2 7 2 0 . 4 4 m ²			
	所有関係	1 事業者が自ら所有する土地			
		2 事業者が賃借する土地			
		抵当権の有無	1 あり	2 なし	
建物	延床面積	契約期間		1 あり	
		2 なし			
	耐火構造	契約の自動更新		1 あり	2 なし
		1 耐火建築物 2 準耐火建築物 3 その他 ()			
所有関係	構造	1 鉄筋コンクリート造 2 鉄骨造 3 木造 4 その他 ()			
		抵当権の設定		1 あり	2 なし
		当該抵当権については、有料老人ホームの事業を目的としたものになります。			
		契約期間		1 あり (令和6年1月25日～令和36年1月24日) 2 なし	
		契約の自動更新		1 あり	2 なし
		1 全室個室			
		2 相部屋あり			
		【表示事項】			
居室の状況	居室区分	最少		人部屋	
		最大		人部屋	
		トイレ	浴室	面積	戸数・室数
		タイプ1	有／無	1 8 . 2 7 m ²	6 0
		タイプ2	有／無	2 2 . 0 4 m ²	1
		タイプ3	有／無	有／無	m ²
		区分*			
		3ヶ所			
共用施設	共用便所における便房		うち男女別の対応が可能な便房		ヶ所
	6ヶ所		うち車椅子等の対応が可能な便房		3ヶ所
	個室				4ヶ所

		大浴場	1ヶ所
共用浴室における 介護浴槽	2ヶ所	チェア一浴	ヶ所
		リフト浴	1ヶ所
		ストレッチャー浴	1ヶ所
		その他()	ヶ所
食堂	[1]あり [2]なし		
入居者や家族が利 用できる調理設備	1あり [2]なし		
エレベーター	[1]あり(車椅子対応)		
	[2]あり(ストレッチャー対応)		
	3あり(上記1・2に該当しない)		
	4なし		
消防用設備 等	消火器	[1]あり [2]なし	
	自動火災報知設備	[1]あり [2]なし	
	火災通報設備	[1]あり [2]なし	
	スプリンクラー	[1]あり [2]なし	
	防火管理者	[1]あり [2]なし	
	防災計画	[1]あり [2]なし	
その他			

4. サービスの内容

(全体の方針)

運営に関する方針	・ご本人のケア・ご家族のケア・街のケアを柱に、社会生活の向上を支援し、ホスピタリティにあふれる企業を目指すこと ・地域社会とのコミュニケーションを通じホスピタリティを創造し、福祉社会の実現に貢献すること ・お客様第一主義を念頭にお客様の要求を満たすこと
サービスの提供内容に関する特色	お一人おひとりの個性や生活スタイルを重視し、サービスを受ける側の立場を考え、されたい介護で対応させて頂いております。
入浴、排せつ又は食事の介護	[1]自ら実施 [2]委託 [3]なし
食事の提供	1自ら実施 [2]委託 [3]なし
洗濯、掃除等の家事の供与	[1]自ら実施 [2]委託 [3]なし
健康管理の供与	[1]自ら実施 [2]委託 [3]なし
安否確認又は状況把握サービス	[1]自ら実施 [2]委託 [3]なし
生活相談サービス	[1]自ら実施 [2]委託 [3]なし

(介護サービスの内容) ※特定施設入居者生活介護等の提供を行っていない場合は省略可能

特定施設入居者生活介護の加算 の対象となるサービスの体制の 有無	個別機能訓練加算	1 あり <input type="checkbox"/> なし
	夜間看護体制加算	<input type="checkbox"/> あり 2 なし
	医療機関連携加算	<input type="checkbox"/> あり 2 なし
	看取り介護加算	<input type="checkbox"/> あり 2 なし
	認知症専門 ケア加算	(I) 1 あり <input type="checkbox"/> なし
		(II) 1 あり <input type="checkbox"/> なし
	サービス提 供体制強化 加算	(I) 1 あり <input type="checkbox"/> なし
		(II) 1 あり <input type="checkbox"/> なし
		(III) 1 あり <input type="checkbox"/> なし
人員配置が手厚い介護サービス の実施の有無	1 あり	(介護・看護職員の配置率) 3 : 1
	<input type="checkbox"/> なし	

(医療連携の内容)

医療支援 ※複数選択可		<input type="checkbox"/> 救急車の手配 <input type="checkbox"/> 入退院の付き添い <input type="checkbox"/> 通院介助 4 その他 ()
協力医療機関	1	名称 医療法人 聖心会 南古谷病院
		住所 埼玉県川越市大字久下戸 110 番地
		診療科目 内科、外科、皮膚科、整形外科、他
		協力内容 入院・外来診療、時間外の受診・治療、急変時の受け入れ、 その他付随する医療行為に関する対応(医療費その他の費用 は自己負担) 訪問診療(月 2 回)、24 時間オンコール対応、緊急時対応、 健康管理、医療機関紹介等(医療費その他の費用は自己負担)
	2	名称 アグリホームクリニック かわごえ
		住所 埼玉県川越市砂新田 2 丁目 3-2
		診察科目 内科、他
		協力内容 訪問診療(月 2 回)、24 時間オンコール対応、緊急時対応、 健康管理、医療機関紹介等(医療費その他の費用は自己負担)
	3	名称 医療法人社団 凰和会 ふじみ野中央クリニック
		住所 埼玉県富士見市ふじみ野西 1-18-1
		診察科目 内科、他
		協力内容 訪問診療(月 2 回)、24 時間オンコール対応、緊急時対応、 健康管理、医療機関紹介等(医療費その他の費用は自己負担)

	4	名称	医療法人社団 雅会山本病院
		住所	東京都清瀬市野塩 1 丁目 328
		診察科目	内科、他
		協力内容	訪問診療(月 2 回)、24 時間オンコール対応、緊急時対応、健康管理、医療機関紹介等 (医療費その他の費用は自己負担)
協力歯科医療機関		名称	医療法人 桜樹会 さくらぎ入間歯科
		住所	埼玉県入間市豊岡 1 丁目 13-2-1
		協力内容	訪問歯科診療及び口腔ケアの実施 (医療費その他の費用は入居者の自己負担)

(入居後に居室を住み替える場合) ※住み替えを行っていない場合は省略可能

入居後に居室を住み替える場合 ※複数選択可	1 一時介護室へ移る場合 2 介護居室へ移る場合 3 その他 ()
判断基準の内容	適切なサービス提供のため、一定の観察期間を設け、医師の意見を聞いた上で居室を変更していただくことがあります。入居者本人及び身元引受人の同意のもとでの住み替えになります。
手続きの内容	居室変更に関する意思確認書・同意書を提出いただきます。
追加的費用の有無	1 あり <input type="checkbox"/> なし
居室利用権の取扱い	旧居室から新居室へ移る
前払金償却の調整の有無	1 あり <input type="checkbox"/> なし
従前の居室との仕様の変更	面積の増減 1 あり <input type="checkbox"/> なし (一部異なる居室あり)
	便所の変更 1 あり <input type="checkbox"/> なし
	浴室の変更 1 あり <input type="checkbox"/> なし
	洗面所の変更 1 あり <input type="checkbox"/> なし
	台所の変更 1 あり <input type="checkbox"/> なし
	その他の変更 1 あり (変更内容) <input type="checkbox"/> なし

(入居に関する要件)

【表示事項】	自立している者	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
	要支援の者	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
	要介護の者	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
留意事項	概ね 60 歳以上の自立・要支援・要介護の方	
契約の解除の内容	① 入居者が逝去した場合 ② 入居者から契約解除が行われた場合	

	<p>③ 事業者から契約解除が行われた場合</p> <ul style="list-style-type: none"> ・入居申込に虚偽の事項を記載する等の不正手段により入居した時 ・月払いの利用料その他支払いを正当な理由なく、しばしば遅滞する時 ・入居者の行動が他の入居者又は従業員の生命に危害を及ぼし、又はその危害の切迫した恐れがありかつホームにおける通常の介護方法及び接遇方法ではこれを防止する事が出来ない時 	
事業主体から解約を求める場合	解約条項	入居契約書第28条に定めるとおり
	解約予告期間	90日
入居者からの解約予告期間	入居日から3ヶ月以内は書面による通知で直ちに本契約を解除、3ヶ月以降は30日以上前に書面で予告することにより本契約を解除	
体験入居の内容	<p>[1] あり (内容: 1泊2日 11,000円(税込)※7泊8日まで) 2 なし</p>	
入居定員	61人	
その他		

5. 職員体制

※有料老人ホームの職員について記載すること（同一法人が運営する他の事業所の職員については記載する必要はありません）。

(職種別の職員数)

	職員数（実人数）			常勤換算人数 ※1※2
	合計	常勤	非常勤	
管理者	1	1	0	1.0
生活相談員	2	2	0	2.0
直接処遇職員	29	19	10	22.0
介護職員	25	15	10	18.2
看護職員	4	4	0	3.8 (機能訓練指導員兼務)
機能訓練指導員	1	1	0	0.2 (看護職員兼務)
計画作成担当者	1	1	0	1.0
栄養士	0	0	0	委託
調理員	0	0	0	委託

事務員	0	0	0			
その他職員	0	0	0			
1週間のうち、常勤の従業者が勤務すべき時間数※2			40 時間			
※1 常勤換算人数とは、当該事業所の従業者の勤務延時間数を当該事業所において常勤の従業者が勤務すべき時間数で除することにより、当該事業所の従業者の人数を常勤の従業者の人数に換算した人数をいう。						
※2 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。						

(資格を有している介護職員の人数)

	合計		
		常勤	非常勤
社会福祉士			
介護福祉士	1 1	7	5
実務者研修の修了者			
初任者研修の修了者	1 4	8	5
介護支援専門員			
正看護師			

(資格を有している機能訓練指導員の人数)

	合計		
		常勤	非常勤
看護師又は准看護師	1	1	
理学療法士			
作業療法士			
言語聴覚士			
柔道整復士			
あん摩マッサージ指圧師			

(夜勤を行う看護・介護職員の人数)

夜勤帯の設定時間（19時00分～翌7時00分）		
	平均人数	最少時人数（休憩者等を除く）
看護職員	0人	0人
介護職員	2人	1人

(特定施設入居者生活介護等の提供体制)

特定施設入居者生活介護の利用者に対する看護・介護職員の割合 (一般型特定施設以外の場合、本欄は省略可能)	契約上の職員配置比率※ 【表示事項】	a 1.5 : 1以上 b 2 : 1以上 c 2.5 : 1以上 <input checked="" type="checkbox"/> d 3 : 1以上
	実際の配置比率 (記入日時点での利用者数：常勤換算職員数)	2.8 : 1以上

※広告、パンフレット等における記載内容に合致するものを選択

外部サービス利用型特定施設である有料老人ホームの介護サービス提供体制(外部サービス利用型特定施設以外の場合、本欄は省略可能)	ホームの職員数	人
	訪問介護事業所の名称	
	訪問看護事業所の名称	
	通所介護事業所の名称	

(職員の状況)

管理者	他の職務との兼務				1 あり		<input checked="" type="checkbox"/> なし					
	業務に係る資格等		1 あり									
			資格等の名称									
	看護職員		介護職員		生活相談員		機能訓練指導員					
			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												
前年度1年間の退職者数												
応じた職員の人数に従事した経験年数	1年未満	1		5	5	1						
	1年以上	3		10	5	1		1				
	3年未満											
	3年以上											
	5年未満											
	5年以上											
従業者の健康診断の実施状況				<input checked="" type="checkbox"/> あり	2 なし							

6. 利用料金

(利用料金の支払い方法)

居住の権利形態 【表示事項】	<input checked="" type="checkbox"/> 利用権方式 <input type="checkbox"/> 建物賃貸借方式 <input type="checkbox"/> 終身建物賃貸借方式	
利用料金の支払い方式 【表示事項】	<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 <small>※該当する方式を全て選択</small>	<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	1 あり	<input checked="" type="checkbox"/> なし
要介護状態に応じた金額設定	1 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	所在地域の自治体の発表する消費者物価指数や人件費に急激な変動 があった場合
	手続き	運営懇談会で意見を聴き、同意を得て行う

(利用料金のプラン【代表的なプランを2例】)

		プラン例 1	プラン例 2
入居者の状況	要介護度	要介護 1	要介護 3
	年齢	80 歳	80 歳
居室の状況	床面積	22.04 m ²	18.27 m ²
	便所	<input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
	浴室	<input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無
	台所	<input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無
入居時点で 必要な費用	前払金	0 円	0 円
	敷金	0 円	0 円
月額費用の合計		241,376 円	245,566 円
家賃		101,500 円	101,500 円
サービス費用	特定施設入居者生活介護 ^{※1} の費用	16,576 円 (一割負担の場合)	20,766 円 (一割負担の場合)
介護保険	食費（軽減税率（8%）適用の場合）	54,000 円	54,000 円
	管理費	69,300 円	69,300 円
	介護費用	0 円	0 円

		光熱水費	0 円	0 円
		その他	0 円	0 円

※1 介護予防・地域密着型の場合を含む。

※2 有料老人ホーム事業として受領する費用（訪問介護などの介護保険サービスに関わる介護費用は、同一法人によって提供される介護サービスであっても、本欄には記入していない）

（注）居室にあるテレビ等のNHK受信料については、入居者が個々で契約して負担してください。

（利用料金の算定根拠）

費目	算定根拠
家賃	地代家賃、建設費、修繕費、借入利息等を基礎として、近傍家賃を参考し想定居住期間を勘案して算出
敷金	なし
介護費用	※介護保険サービスの自己負担額は含まない。
管理費	事務管理部門の人事費・事務費・共有施設等の維持管理費
食費	<p>食材費・厨房间人件費・設備備品等 1 日 : 1, 800 円（税込）× 30 日</p> <p>軽減税率（8%）の対象となる飲食料品の提供は、「朝食（500 円）・昼食（650 円）・夕食（650 円）」の食費です。それ以外の飲食料品の提供及び1 食あたり 690 円を超える特別な食事については軽減税率の対象となりません。</p> <p>軽減税率の対象となる入居者は、60 歳以上または介護認定を受けている者となります。</p> <p>※毎食時経管栄養の方、又は長期入院・外泊の方の場合、入居契約書記載の月額利用料の一部として、翌月分の食費をご請求しますが、次月ご請求（お引落）の際に前月分欠食返金としてご返金致します。</p>
光熱水費	管理費の中に含まれる為、不要
利用者の個別的な選択によるサービス利用料	別添 2 参照 排泄用品廃棄料（使用量に係らず一律 1, 100 円（税込）／月）
その他のサービス利用料	自立の方は、生活サポート費として別途 42, 900 円（税込）／月が必要です。

(特定施設入居者生活介護に関する利用料金の算定根拠) ※特定施設入居者生活介護等の提供を行っていない場合は省略可能

費目	算定根拠
特定施設入居者生活介護※に対する自己負担	介護報酬告示上の額の負担割合相当額
特定施設入居者生活介護※における人員配置が手厚い場合の介護サービス（上乗せサービス）	なし
※ 介護予防・地域密着型の場合を含む。	

(前払金の受領) ※前払金を受領していない場合は省略可能

算定根拠		
想定居住期間（償却年月数）		ヶ月
償却の開始日		入居日
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（初期償却額）		円
初期償却率		%
返還金の 算定方法	入居後3ヶ月以内の契約終了	
	入居後3ヶ月を超えた契約終了	
前払金の 保全先	1 連帯保証を行う銀行等の名称	
	2 信託契約を行う信託会社等の名称	
	3 保証保険を行う保険会社の名称	
	4 全国有料老人ホーム協会	
	5 その他（名称：）	

7. 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	20人
	女性	40人
年齢別	65歳未満	1人
	65歳以上 75歳未満	3人
	75歳以上 85歳未満	10人
	85歳以上	46人
要介護度別	自立	0人
	要支援1	0人
	要支援2	0人
	要介護1	9人
	要介護2	16人
	要介護3	13人

	要介護 4	20人
	要介護 5	2人
入居期間別	6ヶ月未満	10人
	6ヶ月以上1年未満	26人
	1年以上5年未満	24人
	5年以上10年未満	0人
	10年以上15年未満	0人
	15年以上	0人

(入居者の属性)

平均年齢	88.0歳
入居者数の合計	60人
入居率*	98.3%

* 入居者数の合計を入居定員数で除して得られた割合。一時的に不在となっている者も入居者に含む。

(前年度における退去者の状況)

退去先別の人 数	自宅等	1人
	社会福祉施設	人
	医療機関	6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) なし
	入居者側の申し出	6人
		(解約事由の例) 長期入院の為

8. 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) ※複数の窓口がある場合は欄を増やして記入すること。

窓口の名称	イリーゼ川越はなれ	
電話番号	049-220-3110	
対応している時 間	平日	9:00~18:00
	土曜	9:00~18:00
	日曜・祝日	9:00~18:00
定休日	なし	
窓口の名称	HITOWAケアサービス株式会社 お客様相談センター	

電話番号	0120-765-600	
対応している時間	平日	9:00~17:00
	土曜	—
	日曜・祝日	年末年始(12/31~1/3)
窓口の名称	川越市 福祉部 介護保険課	
電話番号	049-224-8811	
対応している時間	平日	8:30~17:15
	土曜	—
	日曜・祝日	—
窓口の名称	川越市 福祉部 高齢者いきがい課	
電話番号	049-224-8811	
対応している時間	平日	8:30~17:15
	土曜	—
	日曜・祝日	—
窓口の名称	埼玉県国民健康保険団体連合会(介護福祉課苦情対応係)	
電話番号	048-824-2568	
対応している時間	平日	8:30~12:00 13:00~17:00
	土曜	—
	日曜・祝日	—

(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	東京海上日動火災株式会社 対人対物: 1億円
	<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	(その内容) 入居契約書に準ずる
	<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	<input type="checkbox"/> なし

(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、意見箱等利用者の意見等を把握する取組の状況	<input checked="" type="checkbox"/> あり	実施日	
		結果の開示	<input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
	<input type="checkbox"/> なし		
第三者による評価の実施状況	<input checked="" type="checkbox"/> あり	実施日	
		評価機関名称	
		結果の開示	<input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
	<input type="checkbox"/> なし		

9. 入居希望者への事前の情報開示

入居契約書の雛形	1 入居希望者に公開 <input checked="" type="checkbox"/> 2 入居希望者に交付 3 公開していない
管理規程	1 入居希望者に公開 <input checked="" type="checkbox"/> 2 入居希望者に交付 3 公開していない
事業収支計画書	1 入居希望者に公開 2 入居希望者に交付 <input checked="" type="checkbox"/> 3 公開していない
財務諸表の要旨	1 入居希望者に公開 2 入居希望者に交付 3 公開していない
財務諸表の原本	1 入居希望者に公開 2 入居希望者に交付 <input checked="" type="checkbox"/> 3 公開していない

10. その他

運営懇談会	<table border="1"> <tr> <td>1 あり</td><td>(開催頻度) 年 2 回</td></tr> <tr> <td>2 なし</td><td> <table border="1"> <tr> <td>1 代替措置あり</td><td>(内容)</td></tr> <tr> <td>2 代替措置なし</td><td></td></tr> </table> </td></tr> </table>	1 あり	(開催頻度) 年 2 回	2 なし	<table border="1"> <tr> <td>1 代替措置あり</td><td>(内容)</td></tr> <tr> <td>2 代替措置なし</td><td></td></tr> </table>	1 代替措置あり	(内容)	2 代替措置なし	
1 あり	(開催頻度) 年 2 回								
2 なし	<table border="1"> <tr> <td>1 代替措置あり</td><td>(内容)</td></tr> <tr> <td>2 代替措置なし</td><td></td></tr> </table>	1 代替措置あり	(内容)	2 代替措置なし					
1 代替措置あり	(内容)								
2 代替措置なし									
提携ホームへの移行 【表示事項】	<table border="1"> <tr> <td>1 あり (提携ホーム名： イリーゼ各ホーム)</td> </tr> <tr> <td>2 なし</td> </tr> </table>	1 あり (提携ホーム名： イリーゼ各ホーム)	2 なし						
1 あり (提携ホーム名： イリーゼ各ホーム)									
2 なし									
有料老人ホーム設置時の老人 福祉法第 29 条第 1 項に規定 する届出	<table border="1"> <tr> <td>1 あり 2 なし</td> </tr> <tr> <td>3 サービス付き高齢者向け住宅の登録を行っているため、高齢者 の居住の安定確保に関する法律第 23 条の規定により、届出が不 要</td> </tr> </table>	1 あり 2 なし	3 サービス付き高齢者向け住宅の登録を行っているため、高齢者 の居住の安定確保に関する法律第 23 条の規定により、届出が不 要						
1 あり 2 なし									
3 サービス付き高齢者向け住宅の登録を行っているため、高齢者 の居住の安定確保に関する法律第 23 条の規定により、届出が不 要									
高齢者の居住の安定確保に關 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	<table border="1"> <tr> <td>1 あり (令和 年 月 日登録)</td> </tr> <tr> <td>2 なし</td> </tr> </table>	1 あり (令和 年 月 日登録)	2 なし						
1 あり (令和 年 月 日登録)									
2 なし									
有料老人ホーム設置運営指導 指針「5.規模及び構造設備」 に合致しない事項	<table border="1"> <tr> <td>1 あり</td> </tr> <tr> <td>2 なし</td> </tr> </table>	1 あり	2 なし						
1 あり									
2 なし									
合致しない事項がある場合 の内容									

「6.既存建築物等の活用の場合等の特例」への適合性	1 適合している（代替措置） 2 適合している（将来の改善計画） 3 適合していない
有料老人ホーム設置運営指導指針の不適合事項	なし
不適合事項がある場合の内容	

添付書類：別添1（事業主体が川越市内で実施する他の介護サービス一覧表）

別添2（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）

※_____様

説明年月日 令和 年 月 日

説明者署名 _____

※契約を前提として説明を行った場合は、説明を受けた者の署名を求める。

1 事業主体が川越市内で実施する他の介護サービス

介護サービスの種類	事業所の名称	所在地

<居宅サービス>

訪問介護	あり	なし		
訪問入浴介護	あり	なし		
訪問看護	あり	なし		
訪問リハビリテーション	あり	なし		
居宅療養管理指導	あり	なし		
通所介護	あり	なし		
通所リハビリテーション	あり	なし		
短期入所生活介護	あり	なし		
短期入所療養介護	あり	なし		
特定施設入居者生活介護	あり	なし	イリーゼ川越 他	川越市今泉106-1
福祉用具貸与	あり	なし		
特定福祉用具販売	あり	なし		

<地域密着型サービス>

定期巡回・随時対応型訪問介護看護	あり	なし		
夜間対応型訪問介護	あり	なし		
認知症対応型通所介護	あり	なし		
小規模多機能型居宅介護	あり	なし		
認知症対応型共同生活介護	あり	なし		
地域密着型特定施設入居者生活介護	あり	なし		
地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護	あり	なし		
看護小規模多機能型居宅介護	あり	なし		
居宅介護支援	あり	なし		

<居宅介護予防サービス>

介護予防訪問介護	あり	なし		
介護予防訪問入浴介護	あり	なし		
介護予防訪問看護	あり	なし		
介護予防訪問リハビリテーション	あり	なし		
介護予防居宅療養管理指導	あり	なし		
介護予防通所介護	あり	なし		
介護予防通所リハビリテーション	あり	なし		
介護予防短期入所生活介護	あり	なし		
介護予防短期入所療養介護	あり	なし		
介護予防特定施設入居者生活介護	あり	なし	イリーゼ川越 他	川越市今泉106-1
介護予防福祉用具貸与	あり	なし		
特定介護予防福祉用具販売	あり	なし		

<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	あり	なし		
介護予防小規模多機能型居宅介護	あり	なし		
介護予防認知症対応型共同生活介護	あり	なし		
介護予防支援	あり	なし		

<介護保険施設>

介護老人福祉施設	あり	なし		
介護老人保健施設	あり	なし		
介護療養型医療施設	あり	なし		