

※ 赤字部分は、旧様式から新様式への主な変更部分

登録申請者の住所または主たる事務所の所在地と、商号・名称又は氏名を記載してください。

別記様式第一号（第四条関係）

2015年 4月 1日

〇〇県知事 殿

〇〇県〇〇市〇〇町1-1-1

株式会社〇〇

代表取締役 〇〇 〇〇

印

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。

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. 氏名の記載を自署で行う場合には、押印を省略することができる。

登録申請書（別紙）1枚目

※ 赤字部分は、旧様式から新様式への主な変更部分

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) <u>〇〇めぞん</u> 〇〇メゾン
所在地	(住居表示) 〇〇県〇〇市〇〇町〇-〇-〇
利用交通手段	<input checked="" type="checkbox"/> 1.電車(〇〇 線 〇〇 駅から 徒歩 で 10分) <input type="checkbox"/> 2.その他()
住宅に関する権原	<input checked="" 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 平成 年 月 日から 平成 年 月 日まで
施設に関する権原	<input checked="" 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 平成 年 月 日から 平成 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 checked="" type="checkbox"/> 3.賃借権 <input type="checkbox"/> 4.使用貸借による権利 期間 平成 27年 4月 1日から 平成 47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) <u>かぶしきがいしゃ〇〇〇〇</u> 株式会社〇〇〇〇
住所 (法人にあつては主たる事務所の所在地)	(郵便番号 〇〇〇-〇〇〇〇) 〇〇県〇〇市〇〇町1-1-1 電話番号 〇〇〇-〇〇〇-〇〇〇〇
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 (法人にあつ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

住宅の事業主（賃貸人）の情報を記載してください。

事業主が未成年の個人である場合のみ記載してください。

登録申請書（別紙）2枚目

※ 赤字部分は、旧様式から新様式への主な変更部分

この住宅の運営業務を担当する支店や事務所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、同じ情報を記載してください。

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。
※壁心の面積で可です。バルコニーは含みません。パイプスペースの取扱い等については、登録窓口で確認してください。

共同で利用する浴室・台所・食堂・居間・収納設備等の有無を選択してください。

登録基準に適合していない場合は、登録ができませんのでご注意ください。
※地方公共団体が独自基準を定めている場合があるので、登録窓口で確認してください。

いずれにも該当しない者を入居させる場合は、登録ができません。

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。

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) かぶしぎがいしゃ〇〇〇〇 〇〇してん 株式会社〇〇〇〇 〇〇支店		
事務所の所在地	(郵便番号 〇〇〇-〇〇〇〇) 〇〇県〇〇市〇〇町2-2-2 電話番号 〇〇〇-〇〇〇-〇〇〇〇		
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	30 戸	
居住部分の規模	(最小)	25.50 m ²	詳細については、別添 3 のとおり
	(最大)	42.50 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 5 階建
竣工の年月	2016 年 2 月 28 日		
高齢対応構造等	<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		
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。)		
※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	2016 年 3 月 10 日から		
注)入居開始年は、西暦で記入すること。			

登録申請書（別紙） 3枚目

※ 赤字部分は、旧様式から新様式への主な変更部分

月当たりの概算額を記載してください。
※回数や時間による料金設定の場合は、30日間利用した場合の想定金額を記載してください。

サービスを、住宅の事業者自ら提供するのか、サービス事業者に委託するのを選択してください。

家賃及びサービス費の前払金の合計額を記載してください。

「サービス付き高齢者向け住宅における家賃等の前払金の算定の基礎及び返還債務の金額の算定方法の明示について」を参照してください。

告示で定められた保全措置のいずれかを選択してください。

(1) 【特定施設入居者生活介護事業所】
「特定施設入居者生活介護事業所」の指定の有無等について記載してください。
※指定を受けている場合は「 指定を受けている」を選択し、介護保険事業所番号を記載してください。登録申請時点で指定を受けていない場合は（指定を受ける予定であっても）「 指定を受けていない」を選択してください。

(2) 【地域密着型特定施設入居者生活介護事業所】
「地域密着型特定施設入居者生活介護事業所」の指定の有無等について記載してください。

(3) 【介護予防特定施設入居者生活介護事業所】
「介護予防特定施設入居者生活介護事業所」の指定の有無等について記載してください。

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

	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	生活相談	<input checked="" type="checkbox"/> 自ら <input type="checkbox"/> 委託	約 7,000 円	詳細については、別添 4 のとおり
	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 36,000 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 checked="" type="checkbox"/> 自ら <input type="checkbox"/> 委託 <input type="checkbox"/> 提供しない	約 8,000 円	
	健康の維持増進	<input type="checkbox"/> 自ら <input checked="" type="checkbox"/> 委託 <input type="checkbox"/> 提供しない	約 2,500 円	
	その他	<input type="checkbox"/> 自ら <input type="checkbox"/> 委託 <input 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 4,000 円		
	(最高)	約 5,000 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 checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし			
家賃等の前払金の概算額	(最低)	約 612,000 円	(最高)	約 30,600,000 円
家賃等の前払金の算定の基礎	家賃	月額家賃×契約期間(月数)		
	サービス提供の対価			
返還額の算定方法	(月額家賃÷30日)×契約解除日から想定居住期間満了までの日数。 入居後3ヶ月以内の契約解除の場合は、前払い金-(月額家賃÷30日×入居日から契約解除日までの日数。)			
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 checked="" 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 介護保険事業所番号 () <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 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 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			

※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。

※ 赤字部分は、旧様式から新様式への主な変更部分

管理業務を委託するか否かにかかわらず、記載してください。

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 type="checkbox"/> 自ら管理 <input checked="" type="checkbox"/> 管理業務を委託
委託する業務の内容 (契約事項)	修繕業務、設備点検業務、清掃業務
管理業務の委託先	
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 (法人にあつては 主たる事務所の所 在地)	(郵便番号 000-0000) 〇〇県〇〇市〇〇町3-3-3 電話番号 000-000-0000
修繕計画	
計画策定の 有無	<input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
大規模修繕の 実施予定	2030年 頃実施予定
その他計画的 な修繕予定	8年毎に設備更新

※ 赤字部分は、旧様式から新様式への主な変更部分

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、レクリエーション等)	<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

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) デイサービスセンター〇〇 デイサービスセンター〇〇
事業所の所在地	(郵便番号 〇〇〇-〇〇〇〇) 〇〇県〇〇市〇〇町〇-〇-〇 電話番号 〇〇〇-〇〇〇-〇〇〇〇
連携又は協力の内容	入居者の利用を想定した通所介護事業所の運営 (入浴、機能訓練、食事、健康チェック、レクリエーション等の提供)

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

基本方針及び県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」及び県の「高齢者居住安定確保計画」を確認のうえ、その趣旨に従う旨の宣言文を記載してください。

登録申請書（別添4）1枚目

※ 赤字部分は、旧様式から新様式への主な変更部分

(1) 【サービスを提供する法人等の別】

状況把握及び生活相談サービスを提供する事業者の法人種別を選択してください。複数の項目に該当する場合は複数の項目にチェックしてください。

※「 上記以外の法人等」を選択する場合は、単独選択となります。

(2) 【サービスを提供する者の人数】

状況把握及び生活相談サービスを提供する全ての者について、該当する資格を選択し、資格ごとの人員数と合計人員数を記載してください。

※実際に一日に配置する人員数ではなく、全体の人員数を記載してください。一日に配置する人員数は、後記(5)の【常駐する時間】欄に記載してください。

※「 上記以外の職員」のみを選択する場合は、前記(1)の【サービスを提供する法人等の別】欄において、「 上記以外の法人等」以外が選択されている必要があります。

(3) 【常駐する場所】

状況把握及び生活相談サービスを提供する者が常駐する場所を選択してください。

※「 近接する土地」を選択する場合は、その所在地を記載するとともに、縮尺、方位並びにサービス付き高齢者向け住宅及びサービスを提供する者が常駐する場所の位置を表示した付近見取図を、別途提出する必要があります。

(4) 【常駐する日】

状況把握及び生活相談サービスを提供する者が常駐する日を選択してください。

※「 次の期間を除く」を選択する場合は、常駐を行わない具体的な期間を記載してください。

(5) 【常駐する時間】

一日に配置するサービス提供者の常駐時間と人員数について、日中と日中以外の時間に分けて記載してください。

※一日24時間常駐する場合は【日中】欄において「0時～24時」と記載してください。

(6) 【毎日1回以上の状況把握サービスの提供方法】

状況把握サービスの提供方法について、具体的な方法と一日に行うサービス回数を記載してください。

※前記(3)の【常駐する場所】欄で「 近接する土地」を選択した場合は、「 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」をチェックする必要があります。

(7) 【緊急通報サービスの内容】

緊急通報サービスの提供時間を記載してください。

※前記(4)の【常駐する日】欄で「 365日対応」を選択した場合は、【提供時間】欄中の【常駐する日】欄にのみ記載してください。（【上記以外の日】欄で「 24時間」の選択は不要です。）

※前記(4)の【常駐する日】欄で「 次の期間を除く」を選択した場合は、【提供時間】欄中の【常駐する日】欄に記載し、【上記以外の日】欄で「 24時間」をチェックする必要があります。

※サービス提供者が常駐する日においても一日24時間、緊急通報サービスを提供する場合は、【常駐する日】欄において「0時～24時」と記載してください。

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) <input type="checkbox"/> けいびかぶしきがいしゃ			
		<input type="checkbox"/> 警備株式会社			
委託先	住所 (法人にあつては 主たる事務所の 所在地)	(郵便番号 000-0000)		00県00市00町4-4-4	
		電話番号 000-000-0000			
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 checked="" 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 type="checkbox"/> 介護支援専門員	人員 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 1 人
					合計
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	17 時 00 分	～	9 時 00 分	人員 1 人
毎日1回以上の状況把握サービスの提供方法	感知センサーによる居室内の入居者の動体把握と、居室への訪問の併用による。				毎日 1 回
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	各住戸の端末より、電話回線を利用して委託先のコールセンターへ通報			
	通報先	<input checked="" type="checkbox"/> 警備コールセンター		通報先から住宅までの到着予定時間	10 分
サービス提供の対価(概算額)	月額	約 7,000 円	前払金の		
	前払金	約 円	算定方法		
備考	日中は00メソンの職員が状況把握及び生活相談サービスを提供し、夜間は00警備の通報システムを利用				

※ 赤字部分は、旧様式から新様式への主な変更部分

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) かしきがしやふーどさーびす 株式会社 〇〇フードサービス	
	住所 (法人にあつては主たる事務所の所在地)	(郵便番号 000-0000) 〇〇県〇〇市〇〇町5-5-5 電話番号 000-000-0000	
委託先	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 000-0000) 〇〇県〇〇市〇〇町6-6-6 電話番号 000-000-0000	
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 type="checkbox"/> 厨房で調理 <input checked="" 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 36,000 円	内訳 朝食 300 円 昼食 400 円 夕食 500 円
	前払金	約 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。

上記の様式に表現しきれない内容や、補足説明が必要な内容等について、ここに具体的に記載してください。

※ 赤字部分は、旧様式から新様式への主な変更部分

上記の様式に表現しきれない内容や、補足説明が必要な内容等について、ここに具体的に記載してください。

上記の様式に表現しきれない内容や、補足説明が必要な内容等について、ここに具体的に記載してください。

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"/> 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					

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)			
	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"/> 調理 <input checked="" type="checkbox"/> 洗濯 <input checked="" type="checkbox"/> 掃除 <input checked="" type="checkbox"/> その他 (買物代行等)			
サービス提供の対 価(概算額)	月額	約	8,000	前払金の 算定方法	
	前払金	約	円		
備考		サービス費は、1,000円/時間で、希望に応じて利用可能。上記月額は月当たり8時間利用した場合の想定金額。			

※ 赤字部分は、旧様式から新様式への主な変更部分

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 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) いりょうほうじん□□会 医療法人□□会			
	住所 (法人にあつては 主たる事務所の 所在地)	(郵便番号 000-0000) 〇〇県〇〇市〇〇町7-7-7		電話番号 000-000-0000	
	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 000-0000) 〇〇県〇〇市〇〇町8-8-8		電話番号 000-000-0000	
提供方法	提供日	<input type="checkbox"/> 365日対応 <input checked="" type="checkbox"/> その他(土日祝日を除く)			
	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 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 2,500 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、補足説明が必要な内容等について、ここに具体的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	算定方法		
備考					

上記の様式に表現しきれない内容や、補足説明が必要な内容等について、ここに具体的に記載してください。