

## 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

貸主(甲) 住所 東京都品川区西五反田二丁目11番8号  
株式会社学研ココファン  
氏名 代表取締役 森 猛 印  
代理人 住所  
氏名 印

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条及び札幌市有料老人ホーム設置運営指導指針13-4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。

## 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) <b>ここふあんかんじょうどおりひがし</b> <b>ココファン環状通東</b>
所在地	(郵便番号065-0013 ) 北海道札幌市東区北13条東15丁目3番29号 電話番号 011-787-3315 FAX番号 011-787-3316 メールアドレス <a href="https://www.cocofump.co.jp">https://www.cocofump.co.jp</a>
利用交通手段	<input checked="" type="checkbox"/> 1.電車( 地下鉄東豊線 線 環状通東 駅から 徒歩 で 3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 2022年 10月 1日から 2052年 10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 2022年 10月 1日から 2052年 10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 2022年 10月 1日から 2052年 10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) <b>かぶしきがいしゃがっけんここふあん</b> <b>株式会社学研ココファン</b>
住所 (法人にあつては 主たる事務所の所 在地)	(郵便番号 141-8420 ) 東京都品川区西五反田二丁目11番8号 電話番号 03-6431-1860 FAX番号 03-6431-1864
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 (郵便番号 ) 住所(法人にあつては 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) かぶしきがいしゃがっけんこふあん 株式会社学研ココファン
事務所の所在地	(郵便番号 141-8420 ) 東京都品川区西五反田二丁目11番8号 電話番号 03-6431-1860

## 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	52 戸
居住部分の規模	(最小)	18.00 m <sup>2</sup>
	(最大)	35.35 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
	構造	鉄筋コンクリート 造 階数 3 階建
竣工の年月	2022 年 9 月 30 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 checked="" 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。)	
入居対象者	<input checked="" type="checkbox"/> 自立 <input checked="" type="checkbox"/> 要支援 <input checked="" type="checkbox"/> 要介護	
入居契約の内容	別添入居契約書のとおり(下記一部掲載)	
契約解除の内容	入居者等に義務不履行があった場合、通知により解除	
事業主体から解約を求める場合	解約条項	14条、15条
	解約予告期間	6ヶ月
入居者からの解約予告期間	1ヶ月または6ヶ月	
入院時の取扱い	・入院等の不在中も契約は継続し、賃料、共益費、基本サービス費をお支払いいただきます。 ・食費・個別サービス費については利用実績により計算を行います。(不在中の利用がない分はお支払いいたしません。)	
体験入居の内容	1 あり(内容: ) 2 なし	

※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	2022 年 12 月 1 日から
--------	-------------------



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 <small>(法人にあつては 主たる事務所の所在地)</small>	(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	事業所の場所
学研ココファン環状通東ヘルパーセンター	訪問介護サービス、介護予防訪問介護サービス	<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)
事業所の所在地	(郵便番号) )  電話番号
連携又は協力の 内容	



11 入居者の現況

( 年 月 日現在)

介護度別・年齢別入居者数		平均年齢	歳	入居者数合計	人				
年齢 / 介護度	合計	※要介護度を把握している場合に記載。							
		自立	要支援1	要支援2	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
65歳未満									
65歳以上75歳未満									
75歳以上85歳未満									
85歳以上									
合計									

入居継続期間別入居者数							
入居期間	6か月未満	6か月以上1年未満	1年以上5年未満	5年以上10年未満	10年以上15年未満	15年以上	合計
入居者数							

男女別入居者数	男性	人	女性	人
---------	----	---	----	---

入居率 (一時的に不在となっているものを含む。)	% (全戸数に対する入居戸数)
--------------------------	-----------------

直近一年間に退去した者の人数と理由				退去者数合計:		人
理由	人数(人)	理由	人数(人)	理由	人数(人)	
自宅・家族同居		他の有料老人ホームへの転居		医療機関への入院		
介護老人福祉施設(特養等)へ転居		うち、他のサービス付き高齢者向け住宅への転居		死亡		
介護老人保健施設へ転居				その他( )		
介護療養型医療施設へ転居		その他の福祉施設・高齢者住宅等への転居				

12 入居希望者への事前の情報開示

入居契約書のひな形	<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	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
重要事項説明書	<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	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
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	その他 ( )	<input type="checkbox"/> 入居希望者に公開 <input type="checkbox"/> 入居希望者に交付 <input type="checkbox"/> 公開していない

13. 医療連携の内容

医療支援 ※複数選択可	<input checked="" 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 <input checked="" type="checkbox"/> その他(緊急医療対応、健康相談)
協力医療機関(1)	名称 ..... 医療法人社団 響 さくら内科・歯科クリニック 所在地 ..... 札幌市南区澄川4条3丁目4-25 診療科目 ..... 訪問診療、訪問歯科 協力の内容 ..... 連携医療機関
協力医療機関(2)	名称 ..... 所在地 ..... 診療科目 ..... 協力の内容 .....
協力歯科医療機関	名称 ..... 所在地 ..... 協力の内容 .....

14 その他

運営懇談会	<input type="checkbox"/> あり (年 _____ 回予定) (開催方法等) _____
	<input checked="" type="checkbox"/> 以下の内容の代替措置により対応(※入居者が概ね9人以下の場合等) (内容) 意見箱の設置、利用者アンケート調査の実施
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	<input type="checkbox"/> あり  <input checked="" type="checkbox"/> 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

15. 苦情に関する体制(利用者からの苦情に対応する窓口等状況)※複数ある場合は欄を増やして記入

窓口の名称	株式会社学研ココファン 苦情相談窓口	
電話番号	現地事業所；011-787-3315 本社：03-6431-1860	
メールアドレス	co-soudan@cocofump.co.jp	
対応している時間	平日	9時 00分 ~ 17時 00分
	土曜	原則窓口は休業日になります
	日曜	
	祝日	
定休日	土日祝、年末年始	

窓口の名称	札幌市保健福祉局高齢保健福祉部介護保険課 苦情相談窓口	
電話番号	011-211-2972	
対応している時間	平日	9時 00分 ~ 17時 00分
	土曜	原則窓口は休業日になります
	日曜	
	祝日	
定休日	土日祝、年末年始	

16. 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

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

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条及び札幌市有料老人ホーム設置運営指導指針13-4に基づく書面による説明を受けました。

令和 年 月 日  
借主(乙) 住所  
氏名

印

## 役員名簿

(ふりがな) 氏名	役名等
こばやかわひとし 小早川 仁	代表取締役
もりたけし 森 猛	代表取締役
たかはしやすひろ 高橋 靖宏	常務取締役
やまものりお 山本 教雄	取締役
せきづかひろまさ 関塚 宏昌	取締役
きむらゆうすけ 木村 祐介	取締役
おくだるみ 奥田 留美	取締役
ほんだやすたか 本田 泰隆	取締役
こんどう けんた 近藤 健太	取締役
たかはし しゅんたろう 高橋 俊太郎	監査役
おだ こうたろう 小田 耕太郎	監査役

法第6条第1項第3号に該当する者を全て記載すること。記載しきれないときは、この様式の例により作成した書面に記載し、その書面をこの書面の次に添付すること。

## 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	18.00	×	○	○	×	×	○	1	103	62,000
1	18.00	×	○	○	×	×	○	1	212	65,000
1	18.00	×	○	○	×	×	○	3	312, 313, 314	68,000
1	18.27	×	○	○	×	×	○	1	106	60,000
1	18.27	×	○	○	×	×	○	5	107, 108, 109, 110, 111	58,000
1	18.27	×	○	○	×	×	○	8	201, 202, 203, 216, 217, 218, 219, 220,	61,000
1	18.27	×	○	○	×	×	○	1	207	65,000
1	18.27	×	○	○	×	×	○	1	215	63,000
1	18.27	×	○	○	×	×	○	8	301, 302, 303, 317, 318, 319, 320, 321	64,000
1	18.27	×	○	○	×	×	○	1	316	66,000
1	18.27	×	○	○	×	×	○	1	307	68,000
1	24.81	○	○	○	○	○	○	1	204	86,000
1	24.81	○	○	○	○	○	○	1	206	88,000
1	24.81	○	○	○	○	○	○	1	304	89,000
1	24.81	○	○	○	○	○	○	1	306	91,000
1	25.10	○	○	○	○	○	○	2	101, 102	85,000
1	25.10	○	○	○	○	○	○	2	210, 211	88,000
1	25.10	○	○	○	○	○	○	2	310, 311	91,000
1	34.93	○	○	○	○	○	○	1	104	107,000
1	34.93	○	○	○	○	○	○	1	213	110,000
1	34.82	○	○	○	○	○	○	1	209	110,000
1	34.82	○	○	○	○	○	○	1	309	113,000
1	35.35	○	○	○	○	○	○	1	105	109,000
1	35.35	○	○	○	○	○	○	1	214	112,000
1	35.35	○	○	○	○	○	○	1	315	115,000
1	35.09	○	○	○	○	○	○	1	205	112,000
1	35.09	○	○	○	○	○	○	1	208	110,000
1	35.09	○	○	○	○	○	○	1	305	115,000
1	35.09	○	○	○	○	○	○	1	308	113,000

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
食堂・談 話室	1	109.08	1F	52	
洗濯室	3	28.34	1F.2F.3F	52	
浴室・脱 衣室	6	70.48	1F.2F.3F	52	
トイレ	1	5.18	1F	52	
ラウンジ	2	43.85	2F.3F	52	

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。

3. 札幌市有料老人ホーム設置運営指導指針への適合状況（規模及び構造設備について）

指針項目	適合状況	備考（適合しない場合の代替措置等）
耐火または準耐火建築物であるか。	○	
1居室の床面積は13㎡以上であるか。	○	
廊下幅は指針で定める長さに適合しているか（指針第6-9(6)※）	○	
手すりは、廊下（両側）、階段（両側）、浴室、便所、エレベーター等に設置しているか。	○	
ナースコール等通報装置を、居室（居間、浴室、便所）、浴室、一時介護室、エレベーター等に設置しているか。	○	
エレベーターの内、少なくとも1基はストレッチャーを収納できるか。	○	
その他（ ）		
<p>※居室のある区域の廊下は、入居者が車いす等で安全かつ円滑に移動することが可能となるよう、次のア又はイによること。                      ア すべての居室が個室で、1室当たりの床面積が18平方メートル（面積の算定方法はバルコニーの面積を除き、壁芯（へきしん）方法による。）以上であって、かつ、居室内に便所及び洗面設備が設置されている場合、廊下の幅は1.4メートル以上とすること。ただし、中廊下の幅は1.8メートル以上とすること。                      イ 上記以外の場合、廊下の幅は1.8メートル以上とすること。ただし、中廊下の幅は2.7メートル以上とすること。</p>		

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 <span style="float: right;"><input type="checkbox"/> 委託する</span>						
委託する場合の委託先	商号、名称 又は氏名	(ふりがな)						
	任 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 <span style="float: right;"><input type="checkbox"/> 指定居宅介護支援事業者</span> <input type="checkbox"/> 社会福祉法人 <span style="float: right;"><input type="checkbox"/> 指定介護予防サービス事業者</span> <input type="checkbox"/> 指定居宅サービス事業者 <span style="float: right;"><input type="checkbox"/> 指定介護予防支援事業者</span> <input type="checkbox"/> 指定地域密着型サービス事業者 <span style="float: right;"><input checked="" type="checkbox"/> 上記以外の法人等</span>							
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	6 人		
	<input type="checkbox"/> 介護福祉士	人員	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 <span style="float: right;"><input type="checkbox"/> 隣接する土地</span> <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 <span style="float: right;"><input type="checkbox"/> 次の期間を除く ( )</span>							
常駐する時間	日中	9 時	0 分	~	17 時	0 分	人員	1 人
	上記以外の時	17 時	0 分	~	9 時	0 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	居室への訪問や食事・外出の機会等に確認を行う						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	9 時	00 分	~	24 時	00 分	
		上記以外の日	<input type="checkbox"/> 24時間					
	通報方法	各居室設置の緊急通報装置						
	通報先	事務所及び職員携帯のPHS			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	36,080	円	前払金の			
	前払金	約	0	円	算定方法			
備考	二人入居の場合：月額43,780円(2人分) 生活支援サービスとして状況把握サービス(緊急時対応、安否確認・巡回サービス)、及び生活相談サービス(フロント、生活・健康医療相談、保守点検)を提供いたします。							

※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。

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 <span style="float: right;"><input checked="" type="checkbox"/> 委託する</span>	
委託する 場合の 委託先	商号、名称 又は氏名	(ふりがな) きよしましよくひん 株式会社 清島食品	
	住所 (法人にあつては主たる事務所の所在地)	(郵便番号 180-0006 ) 東京都武蔵野市中町1-30-3 電話番号 0422-27-7057	
	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	
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 ( )	
サービス提供の 対価(概算額)	月額※	約 54,840 円	内訳 朝食 497 円 昼食 605 円 夕食 726 円
	前払金	約 0 円	前払金の 算定方法
備考		キャンセルの場合はその食事の7日前の提供開始時間までに連絡して下さい。	

※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 <span style="float: right;"><input type="checkbox"/> 委託する</span>	
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 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)			
	任 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	
	任 所 (法人に あつては本 業務に係る 事業所の所	(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		
備考					

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)			
	任 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	
	任 所 (法人に あつては本 業務に係る 事業所の所	(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 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	0	前払金の 算定方法	
	前払金	約	0		
備考		費用は生活支援サービス費に含みます。			

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( )		
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					