

登録事項等についての説明（高齢者住まい法第17条関係）

令和 5年 8月 1日

登録事項等についての説明

貸主(甲) 住所 東京都新宿区市谷仲之町3番19号  
社名 ミアヘルサ株式会社  
氏名 代表取締役社長 青木 文恵

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) みあへるさ めでいけあおあしすながれやまうんが ミアヘルサ メディケアオアシス流山運河
所在地	(住居表示) 千葉県流山市西深井789番1
利用交通手段	<input checked="" type="checkbox"/> 1.電車( 東武アーバンパークライン 運河 駅から 徒歩 で 6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 令和 5年 7月 1日から 令和 35年 6月 30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 令和 5年 7月 1日から 令和 35年 6月 30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 令和 5年 7月 1日から 令和 35年 6月 30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) みあへるさかぶしきがいしゃ ミアヘルサ株式会社
住所 (法人にあつては 主たる事務所の所 在地)	(郵便番号 162-0064 ) 東京都新宿区市谷仲之町3番19号 電話番号 03-3341-2421
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) 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) みあへるさかぶしきがいしや ミアヘルサ株式会社		
事務所の所在地	(郵便番号 162-0064 ) 東京都新宿区市谷仲之町3番19号	電話番号	03-3341-2421

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	61 戸	
居住部分の規模	(最小)	19.21	m <sup>2</sup>
	(最大)	20.25	m <sup>2</sup>
構造及び設備	共同利用設備	■ あり □ なし	
	構造	RC	造
竣工の年月	2023	年	6 月 30 日
加齢対応構造等	■ 登録基準に適合している		
	■ エレベーターを備えている		
	■ 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 type="checkbox"/> 賃貸借契約 ■ その他
入居契約が賃貸借契約でない場合には、その旨	利用権契約
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。 <input checked="" type="checkbox"/> 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	2023	年	8 月	1 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（税込）

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 22,000 円
	食事の提供	<input checked="" type="checkbox"/> 自ら <input type="checkbox"/> 委託 <input type="checkbox"/> 提供しない	約 34,350 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 0 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 0 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 75,000 円	住戸ごとの内容は別添 3 のとおり	
	(最高) 約 75,000 円		
管理費の概算額	(最低) 約 33,000 円		
	(最高) 約 33,000 円		
敷金の概算額	(最低) 約 0 円	家賃の 0 月分	
	(最高) 約 0 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 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		
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。







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)				
	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 <span style="margin-left: 150px;"><input checked="" 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="margin-left: 150px;"><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="margin-left: 150px;"><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="margin-left: 150px;"><input 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 checked="" type="checkbox"/> 社会福祉士	人員	1人
	<input checked="" type="checkbox"/> 看護師	人員	5人	<input checked="" type="checkbox"/> 介護支援専門員	人員	2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	5人	<input checked="" type="checkbox"/> 上記以外の職員	人員	1人
			合 計		人員	14人
常駐する場所	<input checked="" type="checkbox"/> 同一の敷地内 <span style="margin-left: 50px;"><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="margin-left: 50px;"><input type="checkbox"/> 次の期間を除く( )</span>					
常駐する時間	日中	9 時 00分	～ 17 時 00分	人員	1人	
	上記以外の時間	時 分	～ 時 分	人員	人	
毎日1回以上の状況把握サービスの提供方法	居室等の訪問による安否確認時			毎日	2 回	
緊急通報サービスの内容	提供時間	常駐する日	9 時 00 分 ～ 17 時 00分			
		上記以外の日	<input type="checkbox"/> 24時間			
	通報方法	各居室に備え付けてある緊急通報装置による通報				
	通報先	1階事務所またはスタッフ所持の通信端末	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 22,000 円	前払金の			
	前払金	約 円	算定方法			
備考	夜間はミアヘルサ株式会社職員が当直にて対応いたします。宅配便のお預かりを行います。上記金額に別途消費税をご負担いただきます。					

※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 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	
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 34,350 円	内訳	朝食 348 円	昼食 397 円 夕食 400 円
	前払金	約 0 円	前払金の 算定方法		
備考		ご注文は3日前の12時までとし、追加注文に限り、前日の12時までお受けいたします。キャンセル料は前日の15時までではありませんが、それ以降のキャンセルの場合は全額をご負担いただきます。上記金額に別途消費税を頂きます。			

※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. 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 0 円	前払金の 算定方法		
	前払金	約 0 円			
備考		介護保険適用外の入浴介助、排せつ介助、食事介助は500円/15分にて「選択サービス」として提供いたします。料金には、別途消費税がかかります。			

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)			
	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"/> 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 0 円	前払金の 算定方法		
	前払金	約 0 円			
備考	別途有料で「選択サービス」を提供いたします。調理500円/15分、洗濯代行400円/ネット、日常的な洗濯物に限ります。(ネットはミアヘルサ メディケアオアシス流山運河が用意したものを使用いただきます。清掃500円/15分、料金には別途消費税がかかります。				

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 type="checkbox"/> 血圧等の測定 <input type="checkbox"/> 定期健診 <input checked="" 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 円	前払金の 算定方法		
	前払金	約 0 円			
備考	健康相談の料金は、状況把握及び生活相談サービスに含む。通院等の付添500円/15分(交通費等の実費を伴う料金は別に徴収します。)料金には別途消費税がかかります。				

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 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	ゴミだし等		
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	その他のサービス項目の内容ならびに料金は、生活支援サービス重要事項説明書を参照願います。				

説明年月日 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

入居契約書及び入居契約重要事項説明書に基づいて、重要な事項を説明しました。

登録事業者名 \_\_\_\_\_ ミアヘルサ株式会社

所在地 \_\_\_\_\_ 〒162-0064 東京都新宿区市谷仲之町 3 番19号

代表者名 \_\_\_\_\_ 代表取締役社長 青木 文恵 印

説明者氏名 \_\_\_\_\_ 印

私は上記事業者から、入居契約書及び入居契約重要事項説明書に基づいて、重要な事項の説明を受けました。

署名 \_\_\_\_\_ 印