

有料老人ホーム情報開示等一覧表

(平成 29 年 7 月 1 日現在)

施設名	有料老人ホーム そよかぜ	
サービス付き高齢者向け住宅の登録の有無	有(登録番号) <input checked="" type="radio"/> 無	
類型※1(該当するものに○)	住宅型	
居住の権利形態	利用権方式	
入居時要件	要支援・要介護	
介護保険 ※2	居宅サービス利用可	
介護居室区分	一般居室	
介護に係わる職員体制※3		
所在地	(〒901-1111) 沖縄県島尻郡南風原町字兼城644番地の2	
事業主体名	医療法人 信和会 (設立年月日 昭和61年1月10日)	
有料老人ホームの開設年月日	平成 26年 3月 26日 (老人福祉法による届出年月日 年 月 日) (高齢者住まい法による登録年月日 平成・昭和 年 月 日)	
定員等	入居者数/入居定員	17 人 / 20 人
	住宅戸数※4	
居室数	18室	
前払金	家賃相当額の前払金	円
	介護費用の前払金	円
	返還金の保全措置	なし
入居者基金への加入	未加入	
月額利用料	総額	86,500 円
内訳	家賃相当額	28,000 円
	食費	42,000 円
	管理費	10,000 円
	光熱水費	3,000 円
	その他	3,500 円
入居時費用(敷金等)	円(家賃相当額の 3 か月分)	
要介護状態になった場合	介護を行う場所	一般居室
	追加費用の有無 ※5	無
体験入居の有無	<input checked="" type="radio"/> 有(1泊 2,500円) ・ <input type="radio"/> 無	
情報開示	重要事項説明書の公開 ※6	公開
	契約書の公開 ※6	公開
	管理規定の公開 ※6	公開
	財務諸表の閲覧	公開
(社)全国有料老人ホーム協会への加入	未加入	
電話番号	098-889-8765	
FAX番号	098-889-8766	
メールアドレス	soyokaze@odh.or.jp	
情報の時点	平成29年7月1日	

※1 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は、記入不要。

※2 特定施設入居者生活介護の指定を受けていない場合は、居宅サービス利用可を選択し、健康型有料老人ホームは空白にしてください。

※3 特定施設入居者生活介護の指定を受けたホームのみ記入してください。

※4 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のみ記入してください。

※5 月額利用料等以外の介護サービスにかかる別途の追加費用負担の有無を記入ください。

※6 老人福祉法第29条第4項、同法施行規則第20条の7に基づき、入居希望者及び入居者には書面により交付しなければなりません。