

## 有料老人ホーム情報開示一覧表

(令和4年7月1日現在)

| 施設名                 |                   | 住宅型有料老人ホーム涼風園  |           |          |
|---------------------|-------------------|--|-----------|----------|
| サービス付き高齢者向け住宅の登録の有無 |                   | 無  |           | 登録番号     |
| 基本事項                | 類型 ※1             | 住宅型  |           |          |
|                     | 居住の権利形態           | 利用権方式  |           |          |
|                     | 入居時要件             | 要介護  |           |          |
| 所在地                 |                   | (〒901 - 0241 )<br>沖縄県豊見城市豊見城295番地1                                       |           |          |
| 事業主体名               |                   | 医療法人志禄会<br>(設立年月日 H25年 10月 28日)  |           |          |
| 有料老人ホームの開設年月日等      |                   | 有料老人ホームの開設年月日<br>(老人福祉法による届出年月日)   | 令和元年6月1日  |          |
|                     |                   | (高齢者住まい法による登録年月日)  |           |          |
| 定員等                 | 現在の入居者数/入居定員      | 9人   |           | 19人      |
|                     | 住宅戸数※2            |  |           |          |
| 居室数                 | 居室合計/個室数/親族(夫婦)利用 | 合計( 19 室)  | 個室( 19 室) | 親族利用部屋なし |
|                     | 相部屋               | 人部屋( 0 室)  |           |          |
| サービスの提供内容           | 入浴、排せつ又は食事の介護     | なし   |           |          |
|                     | 食事の提供             | なし   |           |          |
|                     | 洗濯、掃除等の家事の供与      | なし   |           |          |
|                     | 健康管理の供与           | 自ら実施   |           |          |
| 月額利用料               |                   | 総額   | 109,500 円 |          |
| 内訳                  | 家賃相当額             | 30,000 円   |           |          |
|                     | 食費                | 35,000 円   |           |          |
|                     | 管理費               | 35,000 円   |           |          |
|                     | 光熱水費              | 7,000 円  |           |          |
|                     | その他               | 2,500 円  |           |          |
| 敷金                  |                   | 60000 円 (家賃相当額の 2か月分)  |           |          |
| 体験入居の有無             |                   | 無  | 1泊料金      | 円        |
| 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          |  |           |          |
| 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 ※3        | 無  |           |          |
| 情報開示                | 重要事項説明書の公開 ※4     | 希望者に交付   |           |          |
|                     | 契約書の公開 ※4         | 希望者に交付   |           |          |
|                     | 管理規程の公開 ※4        | 希望者に交付   |           |          |
|                     | 財務諸表の閲覧           | 公開していない  |           |          |
| (社)全国有料老人ホーム協会への加入  |                   | 未加入  |           |          |
| 電話番号                |                   | 098-987-0915   |           |          |
| FAX番号               |                   | 098-987-0916   |           |          |
| メールアドレス             |                   | <a href="mailto:s-kanamori@mild.ocn.ne.jp">s-kanamori@mild.ocn.ne.jp</a> |           |          |

※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 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。

※3 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。

※4 老人福祉法第29条第5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らない。