

第 6 号様式（第 9 条関係）

有料老人ホーム情報開示一覧表

（4 年 7 月 1 日現在）

施設の名称		有料老人ホーム マロニエ	
所在地		長崎市小ヶ倉町 2 丁目 3 5 5 番地	
連絡先	電話番号	095-832-5222	
	FAX 番号	095-832-5221	
	メールアドレス	shibata@h-well.co.jp	
設置者	名称	有限会社 ウェル	
	主たる事務所の所在地	長崎市大黒町 8-6 マツバヤビル 3 F	
有料老人ホームの類型		住宅型	
施設の竣工年月日		平成 2 6 年 1 1 月 1 日	
事業の開始年月日（開始予定年月日）		平成 3 0 年 6 月 1 日	
施設までの主な利用交通手段		長崎駅から車で 1 5 分・小ヶ倉バス停より徒歩 3 分	
サービス付き高齢者向け住宅事業の登録の有無		有 ・ 無	
定員等	入居定員	2 0 人（サービス付き高齢者向け住宅を除く。）	
	住宅戸数	戸（サービス付き高齢者向け住宅の場合）	
居室の状況	個室	2 0 室	12.3 m <sup>2</sup> ～13.8 m <sup>2</sup>
	夫婦部屋	0 室	m <sup>2</sup> ～ m <sup>2</sup>
介護等の内容	入浴、排せつ又は食事の介護	提供あり	・ 提供なし
	食事の提供	提供あり	・ 提供なし
	洗濯、掃除等の家事の供与	提供あり	・ 提供なし
	健康管理の供与	提供あり	・ 提供なし
	安否確認又は状況把握サービス	提供あり	・ 提供なし
	生活相談サービス	提供あり	・ 提供なし
入居対象となる者		① 自立している者 ② 要支援の者 ③ 要介護の者	
介護等の利用者への提供実績		入居者数の合計 1 8 名	
利用者等の意見を把握する体制		有 ・ 無	
第三者による評価の実施状況		実施 ・ 未実施	

前 払 金	入居一時金	有 ・ <input type="checkbox"/> 無	(有の場合)	円
	介護費用の一時金	有 ・ <input type="checkbox"/> 無	(有の場合)	円
	返還金の保全措置			
居住の権利形態		<input type="checkbox"/> 1 利用権方式 <input type="checkbox"/> 2 建物賃貸借方式 <input type="checkbox"/> 3 終身建物賃貸借方式		
利 用 料 等	敷金	60,000円		
	家賃	30,000円/月		
	食費(1日3食30日の場合)	39,000円/月		
	管理費	39,000円/月		
	光熱水費	13,500円/月		
	介護費用(介護保険利用料を除く。)	サービス一覧表に準ず		
	その他	サービス一覧表に準ず		
要介護状態に なった場合	介護を行う場所	居室		
	追加費用の有無*	<input type="checkbox"/> 有	・	<input type="checkbox"/> 無
体験入居の有無		<input type="checkbox"/> 有	・	<input type="checkbox"/> 無
情 報 開 示	重要事項説明書の公開	<input type="checkbox"/> 有	・	<input type="checkbox"/> 無
	入居契約書の雛型の公開	<input type="checkbox"/> 有	・	<input type="checkbox"/> 無
	管理規程の公開	<input type="checkbox"/> 有	・	<input type="checkbox"/> 無
	事業収支計画書の公開	有	・	<input type="checkbox"/> 無
	財務諸表の要旨の公開	有	・	<input type="checkbox"/> 無
	財務諸表の原本の公開	有	・	<input type="checkbox"/> 無
(公社)全国有料老人ホーム協会への加入		未加入		
備 考				

\*介護費用の一時金及び月額利用料以外の介護サービスに係る別途の追加費用負担の有無を記入