

## 有料老人ホーム情報開示一覧表

(令和3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			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	要支援・要介護		
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等		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)	年 月 日	
定員等	現在の入居者数/入居定員	現在の入居者数( 17人)/入居定員( 20 人)		
	住宅戸数※2			
居室数	居室合計/個室数/親族(夫婦)利用	合計 ( 18 室)	個室( 16室)	親族利用部屋なし
	相部屋	2人部屋( 2室)、3人部屋( 室)、4人以上部屋( 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	委託		
	洗濯、掃除等の家事の供与	自ら実施		
	健康管理の供与	自ら実施		
月額利用料		総額	85,000	円
内訳	家賃相当額		28,000	円
	食費		40,500	円
	管理費		10,000	円
	光熱水費		3,000	円
	その他		3,500	円
敷金			84000	円(家賃相当額の3 か月分)
体験入居の有無		有	1泊料金	2500 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		098-889-8765		
FAX番号		098-889-8766		
メールアドレス		soyokaze@odh.or.jp		

※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。