

## 有料老人ホーム情報開示一覧表

（2024年8月1日現在）

施設名		医療特化型住宅型有料老人ホームナーシングホーム美ら			
サービス付き高齢者向け住宅の登録の有無		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 -0213 ) 沖縄県豊見城市字高嶺371－1			
事業主体名		株式会社かがやき (設立年月日 2023年 10月 1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	令和5年 10月1日		
		(老人福祉法による届出年月日)	令和5年 10月1日		
		(高齢者住まい法による登録年月日)	令和5年 10月1日		
定員等	現在の入居者数/入居定員	22人		23人	
	住宅戸数※2	23			
居室数	居室合計/個室数/親族(夫婦)利用	合計 ( 23 室)	個室( 23 室)	親族利用部屋あり・親族利用部屋なし	
	相部屋	人部屋( 室)			
サービスの提供内容	入浴、排せつ又は食事の介護	委託			
	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	委託			
月額利用料		総額	114,000円		
内訳	家賃相当額				30,000円
	食費				42,000円
	管理費				42,000円
	光熱水費				0円
	その他				0円
敷金				0円(家賃相当額の か月分)	
体験入居の有無		有	1泊料金	10000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	なし ・ 銀行等の連帯保証 ・ 保証保険 ・ 信託契約			
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	公開			
	契約書の公開 ※4	公開			
	管理規程の公開 ※4	公開			
	財務諸表の閲覧	希望者に交付			
(社)全国有料老人ホーム協会への加入		未加入			
電話番号		988513494			
FAX番号		988519418			
メールアドレス		cyura7777@gmail.com			

※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。