

生活支援サービス重要事項説明書

1. 生活支援サービス提供事業者

事業者の名称・所在地及び電話番号その他の連絡先		
事業者の名称	フリガナ イリョウホウジンシャダンハナマルカイ	
	医療法人社団はなまる会	
事業者の所在地	〒 157 - 0071	
	東京都世田谷区千歳台5-22-1	
事業者の連絡先	電話番号	03-5490-7061
	FAX番号	03-5490-7062
	ホームページアドレス	http://www.ty-hanamaru.or.jp/
事業者の代表者名	理事長 山田 孝	

2. 住宅事業主体概要

事業主体の名称、主たる事務所の所在地及び電話番号その他の連絡先			
事業主体の名称	フリガナ イリョウホウジンシャダンハナマルカイ		
	医療法人社団はなまる会		
事業主体の主たる事務所の所在地	〒 157 - 0071		
	東京都世田谷区千歳台5-22-1		
事業主体の連絡先	電話番号	03-5490-7061	
	FAX番号	03-5490-7062	
	ホームページアドレス	(有)	http://www.ty-hanamaru.or.jp/
		無	
事業主体の代表者の氏名及び職名	氏名	理事長	
	職名	山田 孝	
事業主体が行っている主な事業等	診療所（訪問診療、訪問看護、訪問リハビリテーション含む）、認知症対応型共同生活介護		

3. 住宅概要

住宅の名称・所在地及び電話番号その他の連絡先		
住宅の名称	フリガナ ヒダマリガーデンミナミマチダ	
	ひだまりガーデン南町田	
住宅の所在地	〒 194 - 0004	
	東京都町田市鶴間4-14-1	
住宅の連絡先	電話番号	042-799-5870
	FAX番号	042-799-5871
	ホームページアドレス	http://www.ty-hanamaru.or.jp/hidamari/
住宅の管理者名	山本 倫子	
住宅の開設年月日	2015年 7月 1日	
居住の契約方式	利用権契約	

医療連携の内容				
協力医療機関	1	名称	医療法人社団はなまる会 南町田はなクリニック	
		住所	東京都町田市鶴間4-5-1 アネックス南町田1階 (ホームからの距離 370m)	
		診療科目	一般内科、呼吸器科、循環器科、アレルギー科、眼科	
		協力内容	往診、受診、緊急時対応、医療相談 (医療費その他の費用は入居者の自己負担)	
協力医療機関	2	名称	社会医療法人社団正志会 南町田病院	
		住所	東京都町田市鶴間4-4-1 (ホームからの距離 220m)	
		診療科目	内科、循環器内科、消化器内科、呼吸器内科、外科、乳腺外科、消化器外科、肛門外科、小児科、整形外科、脳神経外科、泌尿器科、皮膚科、リハビリテーション科、麻酔科、形成外科、耳鼻咽喉科	
		協力内容	受診、緊急時対応、医療相談 (医療費その他の費用は入居者の自己負担)	
協力歯科医療機関	1	名称	医療法人社団あさがお会 あさがお歯科	
		住所	東京都町田市森野2-8-10 (ホームからの距離 6,880m)	
		協力内容	歯科診療、歯科医療相談 (医療費その他の費用は入居者の自己負担)	
協力歯科医療機関	2	名称	地挽歯科医院	
		住所	神奈川県横浜市青葉区鴨志田町824-25 (ホームからの距離 6,684m)	
		協力内容	歯科診療、定期歯科健診、嚥下機能評価・検査、歯科医療相談、緊急時対応 (医療費その他の費用は入居者の自己負担)	

5. 月額利用料の請求及び支払方法

請求方法	
	毎月20日頃までに請求書を発行し、ご入居者に送付いたします。 ・月額家賃、共益費、基本サービス費・・・毎月20日に翌月分を請求いたします。 ・食費、選択サービス費・・・・・・・・・・毎月20日に前月分を請求いたします。
支払方法	
	請求書発行月の翌月4日に、指定される銀行等の普通預金口座からの自動引落としとさせていただきます。

6. 苦情に対応する窓口等

苦情に対応する窓口等の状況						
窓口の名称		ひだまりガーデン南町田 苦情相談窓口				
電話番号		042-799-5870				
対応している時間	平日	9時	00分	～	18時	00分
	土曜	9時	00分	～	18時	00分
	日曜	9時	00分	～	18時	00分
	祝日	9時	00分	～	18時	00分
定休日		なし				
サービスの提供により賠償すべき事故が発生したときの対応						
具体的な対応		本契約に基づき、生活サービス等を入居者に提供した場合に、万一、事故が発生し、入居者の生命・身体等に損害が生じた場合は、速やかに必要な対応および措置（ご家族への連絡、救急車の呼び出しなど）を行います。 また、事故が発生した場合には、事故の概要、事故原因の調査および再発防止策を策定し、東京都住宅政策本部に報告します。				

【入居者氏名】様に対して、入居契約書及び生活支援サービス重要事項説明書に基づいて、重要な事項を説明しました。

説明者氏名 _____ 印

署名 _____ 印 _____