

重要事項説明書

施設名	いづみヒルズ
定員・室数	54 人 ・ 54 室

有料老人ホームの類型・表示事項

類 型	住宅型
居住の権利形態	利用権方式
利用料の支払方式	月払い方式
入居時の要件	混合型（自立含む）
介護保険の利用	居宅サービス利用可
居室区分	定員1人
介護に関わる職員体制	-

1 事業主体

名 称	法人等の種別		営利法人	
	フリカ`ナ	カブシカ`イシャツ`ミジ`シヨハウジ`ンク		
名 称	株式会社いづみ地所ハウジング			
主たる事務所の所在地	〒	193-0816		
	東京都八王子市大楽寺町538-1			
連 絡 先	電 話 番 号	042-625-6211		
	ファックス番号	042-625-6216		
ホ ー ム ペ ー ジ	http://izumi-hills.com/			
代 表 者 職 氏 名	役職名	代表取締役	氏名	宮崎 洋子
設 立 年 月 日	昭和37年5月1日			
主 な 事 業 等	不動産業／有料老人ホームの運営・管理			

事業主体が東京都内で実施する介護保険制度による指定介護サービス

介護サービスの種類	箇所数	主な事業所の名称	所在地
<居宅サービス>			
訪問介護	なし		
訪問入浴介護	なし		
訪問看護	なし		
訪問リハビリテーション	なし		
居宅療養管理指導	なし		
通所介護	なし		
通所リハビリテーション	なし		
短期入所生活介護	なし		
短期入所療養介護	なし		
特定施設入居者生活介護	なし		
福祉用具貸与	なし		
特定福祉用具販売	なし		

<地域密着型サービス>			
定期巡回・随時訪問介護・看護	なし		
夜間対応型訪問介護	なし		
認知症対応型通所介護	なし		
小規模多機能型居宅介護	なし		
認知症対応型共同生活介護	なし		
地域密着型特定施設入居者生活介護	なし		
地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護	なし		
複合型サービス	なし		
居宅介護支援	なし		
<居宅介護予防サービス>			
介護予防訪問介護	なし		
介護予防訪問入浴介護	なし		
介護予防訪問看護	なし		
介護予防訪問リハビリテーション	なし		
介護予防居宅療養管理指導	なし		
介護予防通所介護	なし		
介護予防通所リハビリテーション	なし		
介護予防短期入所生活介護	なし		
介護予防短期入所療養介護	なし		
介護予防特定施設入居者生活介護	なし		
介護予防福祉用具貸与	なし		
介護予防特定福祉用具販売	なし		
<地域密着型介護予防サービス>			
介護予防認知症対応型通所介護	なし		
介護予防小規模多機能型居宅介護	なし		
介護予防認知症対応型共同生活介護	なし		
介護予防支援	なし		
<介護保険施設>			
介護老人福祉施設	なし		
介護老人保健施設	なし		
介護療養型医療施設	なし		

2 事業所概要

名称	フリカマナ	ヅミルズ
	名称	いづみヒルズ
所在地	〒 192-0032	八王子市石川町 1 2 4 8 番地
連絡先	電話番号	042-649-5532
	ファックス番号	042-625-6216
ホームページ	http://izumi-hills.com/	
介護保険事業所番号	-	

管 理 者 職 氏 名	役職名	施設長	氏名	宮崎 洋子	
事 業 開 始 年 月 日	平成 18 年 4 月 15 日				
届 出 年 月 日	平成 25 年 11 月 1 日				
届出上の開設年月日	平成 26 年 2 月 3 日				
特定施設入居者生活介護	新規指定年月日（初回）	-			
	指定の有効期間	-	まで		
介護予防 特定施設入居者生活介護	新規指定年月日（初回）	-			
	指定の有効期間	-	まで		
事業所へのアクセス	JR八高線 北八王子駅より徒歩15分				
施設・設備等の状況					
敷 地	権利形態	-	抵当権	あり	
	面 積	2465.78 m ²			
建 物	権利形態	賃貸借	抵当権	あり	
	延床面積	1721.64 m ²	うち有料老人ホーム分 1682.08 m ²		
	竣工日	平成 18 年 3 月 15 日			
	階 数	地上 2 階 地下 0 階			
		うち有料老人ホーム分 地上 2 階 地下 0 階			
	構造	耐火建築物	建築物用途区分	寄宿舍	
	併設施設等	あり	(デイサービス)		
賃貸借契約の概要	建物	契約期間	平成18年4月6日 ~ 平成48年4月5日		
		自動更新	なし		
居 室	階	定員	室数	面積	
	1階	1人	19	16.68 m ² ~ 16.68 m ²	
	2階	1人	35	16.68 m ² ~ 16.68 m ²	
				m ² ~ m ²	
				m ² ~ m ²	
一 時 介 護 室	階	定員	室数	面積	
	1階	1人	1	16.68 m ² ~ 16.68 m ²	
				m ² ~ m ²	
便 所	居室	設置なし	共同便所	5 箇所 (男女共用)	
	浴室	設置なし	共同浴室	個浴：1 大浴槽：1 機械浴：0	
浴 室	併設施設との共用		なし ()		
	兼用	なし ()			
食 堂	併設施設との共用		なし ()		
	あり (洗濯室・洗面室)				
その他の共用施設	あり (洗濯室・洗面室)				
エレベーター	あり 1 基				
消 防 設 備	自動火災報知設備： あり		火災通報装置： あり	スプリンクラー： なし	
緊急呼出装置	居室： あり	便所： あり	浴室： あり	脱衣室： あり	

3 従業者に関する事項

職種別の従業者の人数及びその勤務形態

① 有料老人ホームの職員の人数及びその勤務形態

職種	実人数	常勤		非常勤		合計	常勤換算 人数	兼務状況 等
		専従	非専従	専従	非専従			
管理者（施設長）	1					1人	0.7	デイサービス兼務
生活相談員			4			4人	2.8	介護職員兼務
看護職員：直接雇用						0人		
看護職員：派遣						0人		
介護職員：直接雇用			4	3		7人	5.8	生活相談員兼務
介護職員：派遣						0人		
機能訓練指導員						0人		
計画作成担当者						0人		
栄養士						0人		
調理員	2					2人	2.0	
事務員	1					1人	1.0	
その他従業者						0人		

② 1週間のうち、常勤の従業者が勤務すべき時間数

40 時間

③-1 介護職員の資格

資格	延べ 人数	常勤		非常勤	
		専従	非専従	専従	非専従
介護福祉士					
実務者研修					
介護職員初任者研修			2	3	
介護支援専門員					
資格なし			2		

③-2 機能訓練指導員の資格

資格	延べ 人数	常勤		非常勤	
		専従	非専従	専従	非専従
理学療法士			-		
作業療法士					
言語聴覚士					
看護師又は准看護師					
柔道整復師					
あん摩マッサージ指圧師					

③-3 管理者（施設長）の資格

宅建取引主任・ホームヘルパー2級・調理師他

④ 夜勤・宿直体制

配置職員数が最も少ない時間帯

20 時 30 分～ 6 時 0 分

上記時間帯の職員配置数

介護職員 1 人以上 看護職員 0 人以上

⑤ 特定施設入居者生活介護の従業者の人数等

職種	実人数	常勤		非常勤		合計	常勤換算 人数	兼務状況
		専従	非専従	専従	非専従			
生活相談員						0人		

看護職員					0人		
介護職員					0人		
機能訓練指導員					0人		
計画作成担当者					0人		

⑤-1 介護職員の資格

資格	延べ 人数	常勤		非常勤	
		専従	非専従	専従	非専従
介護福祉士					
実務者研修					
介護職員初任者研修					
介護支援専門員					
資格なし					

⑤-2 機能訓練指導員の資格

資格	延べ 人数	常勤		非常勤	
		専従	非専従	専従	非専従
理学療法士					
作業療法士					
言語聴覚士					
看護師又は准看護師					
柔道整復師					
あん摩マッサージ指圧師					

⑤-3 看護職員及び介護職員1人当たり（常勤換算）の利用者数

人

従業者の職種別・勤続年数別人数（本事業所における勤続年数）

勤続 年数	職種	看護職員		介護職員		生活相談員		機能訓練指導員		計画作成担当者	
		常勤	非常勤	常勤	非常勤	常勤	非常勤	常勤	非常勤	常勤	非常勤
1年未満											
1年以上3年未満						2					
3年以上5年未満				4		2					
5年以上10年未満					3						
10年以上											
合計		0	0	4	3	4	0	0	0	0	0

4 サービスの内容

提供するサービス

食事の提供サービス	あり（直営）
食事介助サービス	あり
入浴介助サービス	なし
排せつ介助サービス	あり 原則は介護保険サービスを利用
居室の清掃・洗濯サービス等家事援助サービス	なし
相談対応サービス	あり
健康管理サービス（年2回の健康診断実施）	あり
服薬管理サービス	あり
金銭管理サービス	なし

定期的な安否確認の方法	施設職員の定期的巡回（夜間は20：30／23：30／4：30の3回並びに毎食時に確認） 巡回では、居室ドア越しの見回りのみで、原則として居室の入室はしません。
-------------	--

施設で対応できる医療的ケアの内容	医療的ケア対応不可
------------------	-----------

医療機関との連携・協力

協力医療機関(1)	名称	西てらかた医院
	所在地	八王子市西寺方町383-1
	協力の内容	診療科目：内科・整形外科・眼科/所要時間：当施設より車で30分/協力内容：1)入居者の受診、治療、健康診断を行う。2)急変時の相談に協力する。3) 専門医による治療や入院加療が必要な時、入居者に対し病院の紹介に努める。
協力医療機関(2)	名称	高月整形外科病院
	所在地	八王子市高月町360番地
	協力の内容	診療科目：内科・整形外科/所要時間：当施設より車で20分/協力内容：1)入居者の受診、治療、健康診断を行う。2)急変時の相談に協力する。3) 専門医による治療や入院加療が必要な時、入居者に対し病院の紹介に努める。
協力医療機関(3)	名称	八九十会 高尾病院
	所在地	八王子市館町559-1
	協力の内容	診療科目：内科/所要時間：当施設より車で30分/1)入居者の受診、治療、健康診断を行う。2)急変時の相談に協力する。3) 専門医による治療や入院加療が必要な時、入居者に対し病院の紹介に努める。
協力歯科医療機関	名称	山内歯科医院
	所在地	八王子市石川町2966-1
	協力の内容	診療科目：歯科/所要時間：当施設より車で5分/協力内容：1)入居者の往診、治療、口腔ケアの指導2)入れ歯の手入れ3) 研磨・補填4) 歯のクリーニング

介護保険加算サービス等	
個別機能訓練加算	
夜間看護体制加算	
看取り介護加算	
医療機関連携加算	
介護職員処遇改善加算	
人員配置が手厚い介護サービスの実施	
短期利用特定施設入居者生活介護の算定	
利用者の個別的な選択によるサービス提供	あり
運営懇談会の開催	あり (年 1 回予定)
自費によるショートステイ事業	なし

入居に当たっての留意事項

入居の条件	年齢	不問
	要介護度	自立・要支援・要介護3くらいまでを対象とします。
	医療的ケア	常時医療的ケアを必要な方は御入居できません。
	認知症	相談に応じます。
	その他	感染症の方は入居できません。

身元引受人等の条件、義務等	乙の配偶者又は3親等以内の親族であつて、おおむね20歳以上65歳以下の者を身元引受人としてあらかじめ定めるものとします。 詳細は入居契約書の第32条（身元引受人）及び第33条（連帯保証人）を参照。	
体験入居	利用期間	1週間
	利用料金	1日当たり10,800円（お食事・入浴込み）※消費税込
	その他	保証人（2名）となる人の連絡先が必要です。
入院時の契約の取扱い	入院中においても利用権が継続します。ただし、室料及び管理費を支払う必要があります。	
やむを得ず身体拘束を行う場合の手續	身体拘束の三要件に照らし、施設職員・主治医等関係者によるカンファレンスにおいて、緊急やむを得ない場合と判断された場合、本人及び身元引受人に説明した上で、実施する。実施中は記録を作成し、観察・モニタリングを行い早期の解除に務める。	
施設からの契約解除	<p>1 当施設は、入居者が次の各号のいずれかに該当するときは、1か月の猶予期間を定めて本契約を解除することができます。一 入居者が利用料等支払義務に違反した場合において、履行催告にもかかわらず2か月以内に当該義務が履行されないとき。二 禁止又は制限行為に違反したとき。三 本物件、その付帯施設又はその敷地内を故意又は重大な過失により、汚損、破壊、又は滅失したとき。四 入居契約に虚偽の事項を記載し、その他不正な手段により入居したことが判明したとき。五 身元引受人及び連帯保証人を指定することができないとき。2 当施設は、入居者が次の各号のいずれかに該当するときは、入居者及び身元引受人と協議の上、主治医の意見を踏まえ、3か月の猶予期間を定めて本契約を解除することができます。一 認知症等からくる症状により入居者の自傷・他害行為等問題行動が発生し、本物件での共同生活が困難と判断されたとき。二 入居者が常時医療的ケアを必要とする状況になり、本物件の人員体制では安全なケアが提供できないと判断されたとき。3 入居者が解約の届出を行わずに本物件から退去した場合、当施設は、その事実を知った日の翌日から起算して1か月後を契約解除日として本契約が解除されたものと見なします。</p>	
要介護時における居室の住み替えに関する事項		
一時介護室への移動	なし	
判断基準・手續		
利用料金の変更		
前払金の調整		
従前居室との仕様の変更		
その他の居室への移動	あり	
判断基準・手續	身体的機能の低下や歩行困難な場合（車椅子・手押し車の使用等）、2階より1階へ居室を変更できる。入居者及び他の入居者の状況に応じ、入居者本人及び身元引受人と協議して判断する。	
利用料金の変更	居室移動によって生じたA・B・Cタイプの賃料の変更にも対応可能。	
前払金の調整	-	
従前居室との仕様の変更	-	
提携ホーム等への転居	なし	
判断基準・手續		
利用料金の変更		
前払金の調整		
従前居室との仕様の変更		

苦情対応窓口			
窓口の名称 1	いづみヒルズ相談窓口		
電話番号	042-649-5532		
対応時間	9:00 ~ 17:30 (平日のみ)		
窓口の名称 2	八王子市地域包括支援センター左入		
電話番号	042-692-3211		
対応時間	9:00 ~ 17:00 (平日のみ)		
窓口の名称 3	東京都福祉保健局高齢社会対策部施設支援課		
電話番号	03-5320-4537		
対応時間	9:00 ~ 17:00 (平日のみ)		
賠償責任保険の加入	なし 保険の名称 :		
利用者等の意見を把握する体制、第三者による評価の実施状況等			
アンケート調査、意見箱等利用者の意見等を把握する取組	なし		
東京都福祉サービス第三者評価の実施	なし	結果の公表	なし
その他機関による第三者評価の実施	なし	結果の公表	なし

5 入居者

介護度別・年齢別入居者数	平均年齢 :	81 歳	入居者数合計 :	21 人					
年齢 \ 介護度	自立	要支援 1	要支援 2	要介護 1	要介護 2	要介護 3	要介護 4	要介護 5	
65歳未満				1					
65歳以上75歳未満	1								
75歳以上85歳未満		3							
85歳以上	1			13		2			
合計	2	3	0	14	0	2	0	0	
入居継続期間別入居者数									
入居期間	6月未満	6月以上 1年未満	1年以上 5年未満	5年以上 10年未満	10年以上 15年未満	15年以上	合計		
入居者数	2	3	10	6			21		
男女別入居者数	男性 :		6 人	女性 :		15 人			
入居率 (一時的に不在となっている者を含む。)	39 % (定員に対する入居者数)								
直近1年間に退去した者の人数と理由				退去者数合計 :					9 人
理由 \ 介護度	自立	要支援 1	要支援 2	要介護 1	要介護 2	要介護 3	要介護 4	要介護 5	
自宅・家族同居									
介護老人福祉施設 (特養等) へ転居					5				
介護老人保健施設へ転居									
介護療養型医療施設へ転居				1					
他の有料老人ホームへの転居									
その他の福祉施設・高齢者住宅等への転居									
医療機関 (入院)					2	1			
死亡									
その他									
合計	0	0	0	1	7	1	0	0	

6 利用料金

入居準備費用	あり	324,000 円 ※消費税込							
内訳・明細	連絡調整にかかる人件費：3,240円×20H×2人=129,600円								
	通信費：54,000円								
内訳・明細	交通費：54,000円								
	個別ファイル・ラベル等作成費：32,400円								
内訳・明細	居室整備費用：54,000円								
	支払日・支払方法	契約締結時に指定口座に振込み							
解約時の返還	入居前に解約の場合は全額返還・入居後は返還しません。								
敷金・保証金	あり								
金額	家賃相当額の2か月分 円 ※退去時に滞納家賃及び居室の原状回復費用を除き全額返還する。								
家賃及びサービスの対価									
プランの名称	前払金	月額利用料	(内訳)					食費	光熱水費
			家賃相当額	管理費	介護費用				
A1 タイプ	0	139,000	51,000	40,000	-	48,000	-		
A2 タイプ	0	142,000	54,000	40,000	-	48,000	-		
B1 タイプ	0	144,000	56,000	40,000	-	48,000	-		
B2 タイプ	0	147,000	59,000	40,000	-	48,000	-		
C1 タイプ	0	148,000	60,000	40,000	-	48,000	-		
C2 タイプ	0	150,000	62,000	40,000	-	48,000	-		
各料金の内訳・明細	前払金	前払金なし (月額単価の説明) (想定居住期間の説明) (老人福祉法第29条第6項経過措置期間の料金の説明)							
	家賃相当額	居室の使用料として、近傍同種の家賃相当額を参考に設定 Aタイプ (A1, A2)：一般的な居室／Bタイプ (B1, B2)：南側居室／Cタイプ (C1, C2)：角部屋							
	管理費	共用部の維持管理費、共用の消耗品費、管理事務費、光熱水費、生活支援サービス費等として設定							
	介護費用								
食費	朝食 400 円・昼食 600 円・夕食 600 円 間食 - 円 1日当たり 1,600 円 × 30日で積算 厨房管理運営費 円など (食事をキャンセルする場合の取扱いについて) 返金せず。入院2週間以上の場合、日割にして返金。								
光熱水費	管理費に含む。								

前払金の取扱い	
支払日・支払方法	
償却開始日	
返還対象としない額	位置づけ
契約終了時の返還金の算定方式	
短期解約（死亡退去含む）の返還金の算定方式	期間：3か月 起算日：入居した日
返還期限	契約終了日から 日以内
保全措置	保全先：
その他留意事項	
月額利用料の取扱い	
支払日・支払方法	当月分を前月25日までに指定の口座に振り込み又は引き落とし。
その他留意事項	入居予定日・契約終了日が月途中の場合には日割清算します。
介護保険サービスの自己負担額 ※要介護度に応じて利用料の1割を負担する。	
利用者の個別的な選択による生活支援サービス利用料	一部有料（サービスごとの料金は一覧表のとおり）
料金改定の手続	
運営懇談会に諮った上で決定する。	

【料金プランの一例】

最も一般的・標準的なプランについて記入すること。

プランの名称	A1タイプ		
単位：円			
入居準備費用	敷金（保証金）	前払金	月額利用料
324,000	102,000	0	139,000
※利用者の個別的な選択による生活支援サービス利用料及び介護保険サービスの自己負担額は含まない。			

添付書類： 介護サービス等の一覧表

東京都有料老人ホーム設置運営指導指針との適合表

重要事項説明書及び一覧表・適合表の各項目について説明を受け、理解しました。	
年 月 日	
署名	印

説明者職・氏名

介護サービス等の一覧表（参考様式）

区分 サービス	（自 立）		（要支援、要介護Ⅰ～Ⅴ区分）	
	追加料金が発生しない（前払金又は月額利用料に含む）サービスに○	その都度徴収するサービス（料金を表示）	追加料金が発生しないもの 特定施設入居者生活介護のサービスに■ 前払金又は月額利用料に含むサービスに○	その都度徴収するサービス（料金を表示） 住宅型有料老人ホームにおいて外部の居宅サービス利用を原則とするサービスに▲
<介護サービス>				
巡回 日中	○		○	
巡回 夜間	○		○	
食事介助	—		(○)	▲
排泄介助	—		(○)	▲
おむつ交換	—		(○)	▲
おむつ代	—			実費徴収
入浴（一般浴）介助	—		—	▲
清拭	—		—	▲
特浴介助	—	—	—	—
身辺介助	—		(○)	▲
・体位交換			(○)	▲
・居室からの移動			(○)	▲
・衣類の着脱			(○)	▲
・身だしなみ介助			(○)	▲
機能訓練	—	—	—	—
通院介助 （協力医療機関）	—	—	—	—
通院介助 （上記以外）	—	—	—	—
緊急時対応	○		○	
オンコール対応	○		○	
<生活サービス>				
居室清掃	—		—	▲
リネン交換	—		—	▲
日常の洗濯	—		—	▲
居室配膳・下膳	○		○	
嗜好に応じた特別食		実費徴収 （おかげ：3,000円/		実費徴収 （おかげ：3,000円/月）

区分	(自 立)		(要支援、要介護Ⅰ～Ⅴ区分)	
	追加料金が発生しない(前払金又は月額利用料に含む)サービスに○	その都度徴収するサービス(料金を表示)	追加料金が発生しないもの 特定施設入居者生活介護のサービスに■ 前払金又は月額利用料に含むサービスに○	その都度徴収するサービス(料金を表示) 住宅型有料老人ホームにおいて外部の居宅サービス利用を原則とするサービスに▲
サービス				
おやつ		実費徴収		実費徴収
理美容		実費徴収		実費徴収
買物代行(通常の利用区域)	—	—	—	—
買物代行(上記以外の区域)	—	—	—	—
役所手続き代行	—	—	—	—
金銭管理サービス	—	—	—	—
<健康管理サービス>				
定期健康診断		年2回実費徴収		年2回実費徴収
健康相談	○		○	
生活指導・栄養指導	○		○	
服薬支援	—		—	実費徴収 (5,000円/月)
生活リズムの記録(排便・睡眠等)	—		○	
医師の訪問診療		○(実費)		○(実費)
医師の往診		○(実費)		○(実費)
<入退院時、入院中のサービス>				
移送サービス	—	—	—	—
入退院時の同行(協力医療機関)	—	—	—	—
入退院時の同行(上記以外)	—	—	—	—
入院中の洗濯物交換・買物	—	—	—	—
入院中の見舞い訪問				
<その他サービス>				

※ (○)は原則として、介護保険サービスを利用する。

施設名：いづみヒルズ

東京都有料老人ホーム設置運営指導指針との適合表

指針項目		該当に○			備考
安定的・継続的な居住の確保のための項目					
1	有料老人ホーム事業の継続を制限する恐れのある抵当権が設定されていないか。	○ 適合	.	○ 不適合	
2	借地・借家の場合、入居者の居住の継続を確実なものとするため、指針3(3)に定めるすべての要件を満たしているか。	○ 適合	.	○ 不適合	非該当 自動更新がないため
緊急時の安全確保のための項目					
3	有料老人ホーム(児童福祉施設等)の建物として建築基準法第7条第5項に規定する検査済証が交付されているか。	○ 適合	.	○ 不適合	用途：寄宿舍
4	耐火建築物又は準耐火建築物であるか。	○ 適合	.	○ 不適合	
5	各居室・各トイレ・浴室・脱衣室のすべてにナースコール等緊急呼出装置を設置しているか。	○ 適合	.	○ 不適合	
6	【収容人員(従業員含む。)10人以上の施設】消防署に届け出た消防計画に基づき避難訓練を実施しているか。	○ 適合	.	○ 不適合	非該当
7	消防法施行令に定める消防用設備等(延べ面積275㎡以上の施設においてはスプリンクラー設備を含む。)を設置し、消防機関の検査を受けているか。	○ 適合	.	○ 不適合	
入居者の尊厳を守り、心身の健康を保持するための項目					
8	各居室は界壁により区分されているか。	○ 適合	.	○ 不適合	
9	各居室の入居者1人当たりの面積は壁芯13㎡以上であるか。	○ 適合	.	○ 不適合	
10	すべての居室の定員が1人又は2人(配偶者及び3親等以内の親族を対象)であるか。	○ 適合	.	○ 不適合	
11	入居時及び1年に2回以上健康診断を受ける機会を提供しているか。	○ 適合	.	○ 不適合	
12	緊急時にやむを得ず身体拘束等を行う場合は、記録を作成することが決められているか。	○ 適合	.	○ 不適合	
入居者の財産を保全するための項目					
13	前払金について、規定された保全措置を講じているか。	○ 適合	.	○ 不適合	保全先： 非該当
14	前払金について、全額を返還対象としているか。(初期償却0の場合のみ「適」とする。)	○ 適合	.	○ 不適合	初期償却率： % 非該当
15	入居した日から3か月以内の契約解除(死亡退去含む)の場合については、既受領の前払金の全額(実費を除く。)を利用者に返還することが定められているか。	○ 適合	.	○ 不適合	非該当

※ 開設日前にあつては見込みで記入し、実際の状況については備考欄に記入すること。
 ※ 不適合の項目については、その具体的な状況、指針適合に向け検討している内容及び改善の期限を原則として明記し、代替措置がある場合はその内容についても記入すること。