

(別記第2号様式)

サービス付き高齢者向け住宅の定期報告について（高齢者の居住の安定確保に関する法律第24条関係）

年 月 日

熊本県知事 様

サービス付き高齢者向け住宅 定期報告書

登録事業者の住所

登録事業者の名称及び氏名

高齢者の居住の安定確保に関する法律第24条第1項の規定に基づき、以下の事項について、報告します。
この報告書に記載する事項は事実と相違ありません。

<留意事項>

①上記の項目番号1～9は、登録申請書の項目番号と一致しています。登録申請内容を確認しながら記載してください。
②直近の登録内容からの変更の有無について記載してください。
③登録事項に変更があったとき、または登録申請時の添付資料（入居契約に係る約款等）に変更があったときは、その日から30日以内に熊本県知事に変更内容を届け出る必要がありますので、ご注意ください。

1. 登録事項について

1	住宅の名称	(ふりがな)
	所在地	(住居表示)

該当する項目に○をつけてください。

サービス付き高齢者向け住宅の登録申請書に記載の登録事項		変更の有無
2	サービス付き高齢者向け住宅事業を行う者	有 / 無
3	サービス付き高齢者向け住宅事業を行う者の事務所	有 / 無
4	サービス付き高齢者向け住宅の戸数、規模並びに構造及び設備	有 / 無
5	サービス付き高齢者向け住宅の入居契約、入居者資格及び入居開始時期	有 / 無
6	サービス付き高齢者向け住宅において提供される高齢者生活支援サービス及び入居者から受領する金銭	有 / 無
7	サービス付き高齢者向け住宅の管理の方法等	有 / 無
8	サービス付き高齢者向け住宅と併設される高齢者居宅生活支援事業を行う施設	有 / 無
9	高齢者居宅生活支援事業を行う者との連携及び協力	有 / 無

※上記1～9の主な変更事項を記載してください。

該当する項目に○をつけてください。

10	登録事項や添付書類に変更があった場合、30日以内に知事へ届け出なければならないことを知っていますか。	はい / いいえ
11	契約書(入居契約、生活支援サービス契約など)に変更はありませんか？	はい / いいえ
12	入居契約の際に登録事項等を記載した書面を交付して説明していますか？	はい / いいえ
13	登録住宅の管理に関する事項等を記載した帳簿を備え付け、保存していますか？	はい / いいえ
14	前回の定期報告以降(初めての報告の場合は住宅の登録後)、改修等を実施しましたか？	はい / いいえ
15	前問で「はい」と回答した場合、当該改修等について変更登録はしましたか。	はい / いいえ

※改修等を実施した場合は、その内容を簡単に記載してください。

裏面へ

2. 入居状況について

※別紙(サービス付き高齢者向け住宅入居状況報告書)に記載してください。

3. 広告関連について (該当するものすべてにチェックを入れてください。)

広報手段	<input type="checkbox"/> チラシ <input type="checkbox"/> パンフレット <input type="checkbox"/> 情報誌 <input type="checkbox"/> ホームページ <input type="checkbox"/> テレビ <input type="checkbox"/> その他※
	<input type="checkbox"/> 特に広報はしていない
※広報手段「その他」の場合、具体的に記載してください。	
【提出物】 広告媒体 (チラシ、パンフレット等)	

4. サービスの体制について

夜間についてはどのような体制で入居者の状況把握(見守り)を実施していますか。 (自由記述) ※できる限り詳細に記載してください
生活相談サービスについて、入居者からどのような相談を受けていますか。 (自由記述) ※個人情報に触れない程度で詳細に記載してください。
【提出物】 現在の勤務体制表(シフト)

記載者の氏名・連絡先

氏名 : _____

TEL : _____

(別紙)

年 月 日

サービス付き高齢者向け住宅入居状況報告書

(注1) 前年度末時点の情報を記入してください。

(注2) 1部屋に夫婦で入居されている場合、又は同居者が入居されている場合は1人につき1行使用してください。

(行数が足りない場合は、当様式をコピーして使用してください。)

登録戸数: 戸	→	うち入居戸数: 戸 (単身 戸、夫婦 戸、その他 戸)
	→	空室戸数: 戸

No	部屋番号	入居者		介護保険の認定 (介護度の数字を記入)		契約者との関係 (該当項目にチェックを入れてください)	入居年月日		当住宅へ入居する前の住居 (該当項目にチェックを入れてください)		備考
		年齢	性別	要支援	要介護		平成	年 月 日	<input type="checkbox"/> 自宅(持ち家) <input type="checkbox"/> 自宅(賃貸住宅) <input type="checkbox"/> 高齢者向け住宅	<input type="checkbox"/> 福祉施設() <input type="checkbox"/> 医療施設 <input type="checkbox"/> その他()	
						<input type="checkbox"/> 契約者本人 <input type="checkbox"/> 契約者の配偶者 <input type="checkbox"/> 配偶者以外の同居者	平成	年 月 日	<input type="checkbox"/> 自宅(持ち家) <input type="checkbox"/> 自宅(賃貸住宅) <input type="checkbox"/> 高齢者向け住宅	<input type="checkbox"/> 福祉施設() <input type="checkbox"/> 医療施設 <input type="checkbox"/> その他()	
						<input type="checkbox"/> 契約者本人 <input type="checkbox"/> 契約者の配偶者 <input type="checkbox"/> 配偶者以外の同居者	平成	年 月 日	<input type="checkbox"/> 自宅(持ち家) <input type="checkbox"/> 自宅(賃貸住宅) <input type="checkbox"/> 高齢者向け住宅	<input type="checkbox"/> 福祉施設() <input type="checkbox"/> 医療施設 <input type="checkbox"/> その他()	
						<input type="checkbox"/> 契約者本人 <input type="checkbox"/> 契約者の配偶者 <input type="checkbox"/> 配偶者以外の同居者	平成	年 月 日	<input type="checkbox"/> 自宅(持ち家) <input type="checkbox"/> 自宅(賃貸住宅) <input type="checkbox"/> 高齢者向け住宅	<input type="checkbox"/> 福祉施設() <input type="checkbox"/> 医療施設 <input type="checkbox"/> その他()	
						<input type="checkbox"/> 契約者本人 <input type="checkbox"/> 契約者の配偶者 <input type="checkbox"/> 配偶者以外の同居者	平成	年 月 日	<input type="checkbox"/> 自宅(持ち家) <input type="checkbox"/> 自宅(賃貸住宅) <input type="checkbox"/> 高齢者向け住宅	<input type="checkbox"/> 福祉施設() <input type="checkbox"/> 医療施設 <input type="checkbox"/> その他()	
						<input type="checkbox"/> 契約者本人 <input type="checkbox"/> 契約者の配偶者 <input type="checkbox"/> 配偶者以外の同居者	平成	年 月 日	<input type="checkbox"/> 自宅(持ち家) <input type="checkbox"/> 自宅(賃貸住宅) <input type="checkbox"/> 高齢者向け住宅	<input type="checkbox"/> 福祉施設() <input type="checkbox"/> 医療施設 <input type="checkbox"/> その他()	
						<input type="checkbox"/> 契約者本人 <input type="checkbox"/> 契約者の配偶者 <input type="checkbox"/> 配偶者以外の同居者	平成	年 月 日	<input type="checkbox"/> 自宅(持ち家) <input type="checkbox"/> 自宅(賃貸住宅) <input type="checkbox"/> 高齢者向け住宅	<input type="checkbox"/> 福祉施設() <input type="checkbox"/> 医療施設 <input type="checkbox"/> その他()	
						<input type="checkbox"/> 契約者本人 <input type="checkbox"/> 契約者の配偶者 <input type="checkbox"/> 配偶者以外の同居者	平成	年 月 日	<input type="checkbox"/> 自宅(持ち家) <input type="checkbox"/> 自宅(賃貸住宅) <input type="checkbox"/> 高齢者向け住宅	<input type="checkbox"/> 福祉施設() <input type="checkbox"/> 医療施設 <input type="checkbox"/> その他()	
						<input type="checkbox"/> 契約者本人 <input type="checkbox"/> 契約者の配偶者 <input type="checkbox"/> 配偶者以外の同居者	平成	年 月 日	<input type="checkbox"/> 自宅(持ち家) <input type="checkbox"/> 自宅(賃貸住宅) <input type="checkbox"/> 高齢者向け住宅	<input type="checkbox"/> 福祉施設() <input type="checkbox"/> 医療施設 <input type="checkbox"/> その他()	

※配偶者・・・婚姻の届出をしていないが事実上夫婦と同様の関係にあるものを含みます。

※配偶者以外同居者・・・配偶者以外の親族を含みます。

(別紙)

平成〇〇年〇〇月〇〇日

サービス付き高齢者向け住宅入居状況報告書

(注1) 前年度末時点の情報を記入してください。

(注2) 1部屋に夫婦で入居されている場合、又は同居者が入居されている場合は1人につき1行使用してください。

(行数が足りない場合は、当様式をコピーして使用してください。)

登録戸数: 〇〇戸	→	うち入居戸数: 〇〇戸 (単身〇〇戸、夫婦〇〇戸、その他〇〇戸)
	→	空室戸数: 〇〇戸

No	部屋番号	入居者		介護保険の認定 (介護度の数字を記入)		契約者との関係 (該当項目にチェックを入れてください)	入居年月日		当住宅へ入居する前の住居 (該当項目にチェックを入れてください)		備考		
		年齢	性別	要支援	要介護		年	月	日	□ 自宅(持ち家) □ 自宅(賃貸住宅) □ 高齢者向け住宅		□ 福祉施設() □ 医療施設 □ その他()	
						<input type="checkbox"/> 契約者本人 <input type="checkbox"/> 契約者の配偶者 <input type="checkbox"/> 配偶者以外の同居者	平成	年	月	日	<input type="checkbox"/> 自宅(持ち家) <input type="checkbox"/> 自宅(賃貸住宅) <input type="checkbox"/> 高齢者向け住宅	<input type="checkbox"/> 福祉施設() <input type="checkbox"/> 医療施設 <input type="checkbox"/> その他()	
						<input type="checkbox"/> 契約者本人 <input type="checkbox"/> 契約者の配偶者 <input type="checkbox"/> 配偶者以外の同居者	平成	年	月	日	<input type="checkbox"/> 自宅(持ち家) <input type="checkbox"/> 自宅(賃貸住宅) <input type="checkbox"/> 高齢者向け住宅	<input type="checkbox"/> 福祉施設() <input type="checkbox"/> 医療施設 <input type="checkbox"/> その他()	
						<input type="checkbox"/> 契約者本人 <input type="checkbox"/> 契約者の配偶者 <input type="checkbox"/> 配偶者以外の同居者	平成	年	月	日	<input type="checkbox"/> 自宅(持ち家) <input type="checkbox"/> 自宅(賃貸住宅) <input type="checkbox"/> 高齢者向け住宅	<input type="checkbox"/> 福祉施設() <input type="checkbox"/> 医療施設 <input type="checkbox"/> その他()	
						<input type="checkbox"/> 契約者本人 <input type="checkbox"/> 契約者の配偶者 <input type="checkbox"/> 配偶者以外の同居者	平成	年	月	日	<input type="checkbox"/> 自宅(持ち家) <input type="checkbox"/> 自宅(賃貸住宅) <input type="checkbox"/> 高齢者向け住宅	<input type="checkbox"/> 福祉施設() <input type="checkbox"/> 医療施設 <input type="checkbox"/> その他()	
						<input type="checkbox"/> 契約者本人 <input type="checkbox"/> 契約者の配偶者 <input type="checkbox"/> 配偶者以外の同居者	平成	年	月	日	<input type="checkbox"/> 自宅(持ち家) <input type="checkbox"/> 自宅(賃貸住宅) <input type="checkbox"/> 高齢者向け住宅	<input type="checkbox"/> 福祉施設() <input type="checkbox"/> 医療施設 <input type="checkbox"/> その他()	
						<input type="checkbox"/> 契約者本人 <input type="checkbox"/> 契約者の配偶者 <input type="checkbox"/> 配偶者以外の同居者	平成	年	月	日	<input type="checkbox"/> 自宅(持ち家) <input type="checkbox"/> 自宅(賃貸住宅) <input type="checkbox"/> 高齢者向け住宅	<input type="checkbox"/> 福祉施設() <input type="checkbox"/> 医療施設 <input type="checkbox"/> その他()	
						<input type="checkbox"/> 契約者本人 <input type="checkbox"/> 契約者の配偶者 <input type="checkbox"/> 配偶者以外の同居者	平成	年	月	日	<input type="checkbox"/> 自宅(持ち家) <input type="checkbox"/> 自宅(賃貸住宅) <input type="checkbox"/> 高齢者向け住宅	<input type="checkbox"/> 福祉施設() <input type="checkbox"/> 医療施設 <input type="checkbox"/> その他()	
						<input type="checkbox"/> 契約者本人 <input type="checkbox"/> 契約者の配偶者 <input type="checkbox"/> 配偶者以外の同居者	平成	年	月	日	<input type="checkbox"/> 自宅(持ち家) <input type="checkbox"/> 自宅(賃貸住宅) <input type="checkbox"/> 高齢者向け住宅	<input type="checkbox"/> 福祉施設() <input type="checkbox"/> 医療施設 <input type="checkbox"/> その他()	

(性別)
男女比率
の確認

(年齢)
入居要件が守ら
れているか確認可能

(介護保険の認定)
入居要件が守られてい
るか確認可能

(入居者との関係)
承認の要・不要を確認
できる。

(入居年月日)
入居期間の確認では住み続けら
れているか、退去がはげしいの
かなどの確認が可能

同居者がいつから入居してい
るか確認可能

(当住宅へ入居する前の住居)
サービス付き高齢者向け住宅へ入居す
る方の従前住居を確認することで需要
を把握することができる。

※配偶者・・・婚姻の届出をしていないが事実上夫婦と同様の関係にあるものを含みます。

※配偶者以外の同居者・・・配偶者以外の親族を含みます。