

有料老人ホーム情報開示等一覧表

(令和6年12月1日現在)

|                                                      |                                             |                                                                          |              |             |              |
|------------------------------------------------------|---------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------|--------------|-------------|--------------|
| 施 設 名                                                |                                             | 介護付有料老人ホーム(特定施設) 第2グレイスフル辰野                                              |              |             |              |
| サービス付き高齢者向け住宅<br>の登録                                 |                                             | 有(登録番号:                                                                  |              | )           | 無            |
| 施 設 の 類 型<br>※サービス付き高齢者向け住宅の登<br>録が「有」の場合は回答不要       |                                             | 介護付                                                                      |              | 介護付(一部住宅型)  | 住宅型          |
| 居 住 の 権 利 形 態                                        |                                             | 利用権方式                                                                    |              | 建物賃借方式      | 終身建物賃貸借方式    |
| 所 在 地                                                |                                             | 長野県上伊那郡辰野町樋口454-1                                                        |              |             |              |
| 電話番号・FAX番号                                           |                                             | 電 話                                                                      | 0266-44-1321 | FAX         | 0266-44-1388 |
| ホームページアドレス                                           |                                             | <a href="http://www.sun-vision.or.jp">http://www.sun-vision.or.jp</a>    |              |             |              |
| メールアドレス                                              |                                             | <a href="mailto:s-yamada@sun-vision.or.jp">s-yamada@sun-vision.or.jp</a> |              |             |              |
| 事 業 主 体 名                                            |                                             | 社会福祉法人 サン・ビジョン                                                           |              |             |              |
| 開 設 年 月 日                                            |                                             | 平成18年12月7日                                                               |              |             |              |
| 入居者数／入居定員                                            |                                             | 入居者数                                                                     | 24           | 人／入居定員      | 24 人         |
|                                                      |                                             | (うち特定施設<br>入居者数                                                          | 24           | 人／特定施設入居者定員 | 24 人)        |
| 前<br>払<br>金                                          | 入居一時金(円)                                    | 有 (                                                                      |              | 円) ・        | 無            |
|                                                      | 介護費用の一時金(円)<br>(介護保険給付対象外の介護サービ<br>スに係る利用料) |                                                                          |              |             |              |
|                                                      | 返還金の保全措置                                    | 有                                                                        |              | ・           | 無            |
| 有料老人ホーム協会の<br>入居者基金への加入                              |                                             | 有                                                                        |              | ・           | 無            |
| 月 額 利 用 料 (円)<br>(食費、管理費、介護費用(介護保険に<br>係る利用料は除く)を含む) |                                             | 室料:57000円<br>光熱水費:23040円<br>冬季加算(11月～3月):16200円                          |              |             |              |
| 要介護状<br>態になっ<br>た場合                                  | 介護を行う場所                                     | 地域密着型特定施設の指定を受けているため事業所にて実施                                              |              |             |              |
|                                                      | 追加費用の有無*                                    | 無し                                                                       |              |             |              |
| 体 験 入 居 の 有 無                                        |                                             | 有                                                                        |              | ・           | 無            |
| 情<br>報<br>開<br>示                                     | 重要事項説明書の公開                                  | 有                                                                        |              | ・           | 無            |
|                                                      | 入居契約書の公開                                    | 有                                                                        |              | ・           | 無            |
|                                                      | 管理規程の公開                                     | 有                                                                        |              | ・           | 無            |

|  |                         |                                    |   |                                    |
|--|-------------------------|------------------------------------|---|------------------------------------|
|  | 財務諸表の閲覧                 | <input checked="" type="radio"/> 有 | ・ | <input type="radio"/> 無            |
|  | (公社)全国有料老人ホーム協会<br>への加入 | <input type="radio"/> 有            | ・ | <input checked="" type="radio"/> 無 |
|  | 備 考                     |                                    |   |                                    |

＊介護費用の一時金及び月額利用料以外の介護サービスに係る別途の追加費用負担の有無を記入。