別紙様式２

情報開示等一覧表　（令和４年７月１日現在）

施設名		華みずき
施設の類型＊1		介護付（一般型）・介護付（外部ｻｰﾋﾞｽ利用型）・住宅型・健康型
サービス付き高齢者向け住宅の登録の有無		有　・　無
居住の権利形態		利用権方式　・　建物賃貸借方式　・　終身建物賃貸借方式
利用料金の支払方式		一時金方式　・　月払い方式　・　選択方式
入居時の要件 （該当するものに○印）		（　）入居時自立 （　）入居時要介護 （　）入居時要支援・要介護 （○）入居時自立・要支援・要介護
介護保険		
所在地		（郵便番号 918-8031） 福井市種池１丁目 609 番２ （電話番号：0776-35-8732　ＦＡＸ番号:0776-35-8733 ）
設置主体		医療法人　地水火風
運営主体		医療法人　地水火風
開設年月		平成 27 年４月１日
定員等	入居者数／定員*1	0 人/定めなし
	住宅戸数*2	20 戸
月額利用料 （食費、管理費、介護費を含む）		138,000 円～151,000 円
前払金	入居一時金	無
	介護費用の一時金	無
	返還金の保全措置	無
入居者基金への加入		無
要介護状態になった場合	介護を行う場所	自室
	追加費用の有無	有　介護保険基本利用料の１割又は２割の額 身体介護など有料サービス１時間 1,000 円
体験入居の有無及び費用		有　１泊３食付き 8,000 円
情報開示	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	有　・　無
公益社団法人 全国有料老人ホーム協会への加入		加　入　・　非加入
備考		

＊1 サ高住の登録を受けている有料老人ホームを除く、＊2 サ高住の登録を受けている有料老人ホームのみ記入