別紙様式２

# 情報開示等一覧表　（令和４ 年６月 30 日現在）

| | | |
|---|---|---|
| 施設名 | | 医療法人成蹊会 住宅型老人ホーム　ディモライワイ |
| 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<br>（該当するものに○印） | | （●）入居時自立<br>（　）入居時要介護<br>（　）入居時要支援・要介護<br>（　）入居時自立・要支援・要介護 |
| 介護保険 | | |
| 所在地 | | （郵便番号 910 － 0858 ）<br>福井市手寄２丁目１番５号<br>（電話番号:0776-25-0505　ＦＡＸ番号:0776-25-0506 ） |
| 設置主体 | | 岩井病院 |
| 運営主体 | | 医療法人社団 成蹊会 |
| 開設年月 | | 昭和 44 年 11 月 27 日 |
| 定員等 | 入居者数／定員*1 | 90 名 |
| | 住宅戸数*2 | 74 室 |
| 月額利用料<br>（食費、管理費、介護費を含む） | | ￥150,000-　～　￥165,000-（概算） |
| 前払金 | 入居一時金 | ￥1,000,000-　～　￥2,300,000- |
| | 介護費用の一時金 | |
| | 返還金の保全措置 | |
| 入居者基金への加入 | | |
| 要介護状態になった場合 | 介護を行う場所 | ヴィラ岩井、あるば･あい。 |
| | 追加費用の有無 | 無 |
| 体験入居の有無及び費用 | | 有り・￥8,250-/1 泊（税込） |
| 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