

サルーテ石川 重要事項説明書

		記入年月日	令和5年10月1日
記入者名	今野 眞紀子	所属・職名	事務

1. 設置者概要

設置者の名称，所在地および連絡先			
設置者の名称	法人等の種類	なし	<input checked="" type="checkbox"/> 営利法人
	名 称	(ふりがな) かぶしきかいしゃ ベーねはこだて 株式会社 ベーネ函館	
設置者の所在地	〒042-0802 函館市石川町464-1		
設置者の連絡先	電話番号	0138-86-5118	
	FAX番号	0138-86-5118	
	ホームページアドレス	<input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> あり	
設置者の氏名および職名	氏 名	早川 拓人	
	職 名	代表取締役	
設置者の設立年月日	平成4年10月22日		

設置者が函館市内で実施する他の介護サービス				
介護サービスの種類	事業所の名称	所 在 地		
<居宅サービス>				
訪問介護	<input checked="" type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし	ベーネいしかわ	函館市石川町464番地1
訪問入浴介護	<input checked="" type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし		
訪問看護	<input checked="" type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし		
訪問リハビリテーション	<input checked="" type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし		
居宅療養管理指導	<input checked="" type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし		
通所介護	<input checked="" type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし		
通所リハビリテーション	<input checked="" type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし		
短期入所生活介護	<input checked="" type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし		
短期入所療養介護	<input checked="" type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし		
特定施設入居者生活介護	<input checked="" type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし		
福祉用具貸与	<input checked="" type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし		
特定福祉用具販売	<input checked="" type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし		
<地域密着型サービス>				
定期巡回・随時訪問介護・看護	<input checked="" type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし	わらく	函館市石川町464番地1
夜間対応型訪問介護	<input checked="" type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし		
認知症対応型通所介護	<input checked="" type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし		

小規模多機能型居宅介護	あり	なし		
認知症対応型共同生活介護	あり	なし		
地域密着型特定施設入居者生活介護	あり	なし		
地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護	あり	なし		
看護小規模多機能型居宅介護	あり	なし		
居宅介護支援	あり	なし	ベーネ函館 支援センター	函館市石川町464番地1
＜居宅介護予防サービス＞				
介護予防訪問入浴介護	あり	なし		
介護予防訪問看護	あり	なし		
介護予防訪問リハビリテーション	あり	なし		
介護予防居宅療養管理指導	あり	なし		
介護予防通所リハビリテーション	あり	なし		
介護予防短期入所生活介護	あり	なし		
介護予防短期入所療養介護	あり	なし		
介護予防特定施設入居者生活介護	あり	なし		
介護予防福祉用具貸与	あり	なし		
特定介護予防福祉用具販売	あり	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	あり	なし		
介護予防小規模多機能型居宅介護	あり	なし		
介護予防認知症対応型共同生活介護	あり	なし		
介護予防支援	あり	なし		
＜介護予防・日常生活支援総合事業＞				
国基準訪問型サービス	あり	なし		
訪問型サービスA	あり	なし		
国基準通所型サービス	あり	なし		
通所型サービスC	あり	なし		
＜介護保険施設＞				
介護老人福祉施設	あり	なし		
介護老人保健施設	あり	なし		
介護療養型医療施設	あり	なし		
介護医療院	あり	なし		

2. 施設概要

施設の名称, 所在地および連絡先		
施設の名称	(ふりがな) さーびすつきこうれいしやむけじゅうたく さるーていしかわ サービス付き高齢者向け住宅 サルーテ石川	
施設の所在地	〒041-0802 函館市石川町464番地4	
施設の連絡先	電話番号	0138-34-2424
	FAX番号	0138-46-8989
	ホームページ	なし
	アドレス	あり

施設の開設年月日	平成24年11月1日
施設長の氏名	管理者 今野 眞紀子
施設までの主な利用交通手段	
JR函館駅より約6.8km、函館空港より約8.8km、JR五稜郭駅より約3.5km、 函館バス：石川町会館前 徒歩5分	
施設の類型および表示事項	
類型	サービス付き高齢者向け住宅
表示事項	権利方式：建物賃貸借方式 利用料の支払い方式：月払い方式 介護保険：訪問介護、訪問看護等の在宅サービス利用可能 居室区分：全室個室
介護保険事業所番号	—
特定（地域密着型特定）施設入居者生活介護の事業の開始年月日または開始予定年月日，指定または許可を受けた年月日（指定または許可の更新を受けた場合にはその年月日）	
事業の開始（予定）年月日	—
指定の年月日	—
指定の更新年月日	—

3. 従業者に関する事項

令和5年10月1日現在

職種別の従業者の人数およびその勤務形態						
有料老人ホームの従業者の人数およびその勤務形態						
実 人 員	常 勤		非常勤		合 計	常勤換算 人数
	専 従	非専従	専 従	非専従		
施設長						
生活相談員						
看護職員						
介護職員						
機能訓練指導員						
計画作成担当者						
栄養士						
調理員						
事務員		1			1	0.5
その他従事者	2	1	2	2	7	5
1週間のうち、常勤の従業者が勤務すべき時間数						38.8時間
※ 常勤換算人数とは、当該事業所の従業者の勤務延時間数を当該事業所において常勤の従業者が勤務すべき時間数で除することにより、当該事業所の従業者の人数を常勤の従業者の人数に換算した人数をいう。						
従業者である介護職員が有している資格						
延べ人数	常 勤		非常勤			
	専 従	非専従	専 従	非専従		
社会福祉士						
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						
従事者である機能訓練指導員が有している資格						

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				
看護師および准看護師				
柔道整復士				
あん摩マッサージ指圧師				
はり師				
きゅう師				

夜勤を行う看護職員および介護職員の人数

人数	夜勤帯平均時間 (時～ 時)	最少時人数 (休憩者等を除く)
看護職員		
介護職員		

特定（地域密着型特定）施設入居者生活介護の提供に当たる従業者の人数およびその勤務形態

実人員	常 勤		非常勤		合 計	常勤換算 人数
	専 従	非専従	専 従	非専従		
生活相談員						
看護職員						
介護職員						
機能訓練指導員						
計画作成担当者						
その他従事者						

1週間のうち、常勤の従事者が勤務すべき時間数

※ 常勤換算人数とは、当該事業所の従業者の勤務延時間数を当該事業所において常勤の従業者が勤務すべき時間数で除することにより、当該事業所の従業者の人数を常勤の従業者の人数に換算した人数をいう。

従業者である介護職員が有している資格

延べ人数	常 勤		非常勤	
	専 従	非専従	専 従	非専従
社会福祉士				
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				

従事者である機能訓練員が有している資格

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				
看護師および准看護師				
柔道整復士				
あん摩マッサージ指圧師				

	はり師					
	きゅう師					
施設長の他の職務との兼務の有無						
施設長が有している当該業務に係る資格等	なし	あり	資格等の名称			
特定（地域密着型特定）施設入居者生活介護の利用者に対する看護職員および介護職員の常勤換算方法による人数の割合						
従業者の当該介護サービスに係る業務に従事した経験年数等						
	看護職員		介護職員		生活相談員	
	常勤	非常勤	常勤	非常勤	常勤	非常勤
前年度1年間の採用者数						
前年度1年間の退職者数						
業務に従事した経験年数						
1年未満の者の人数						
1年以上3年未満者の人数						
3年以上5年未満者の人数						
5年以上10年未満者の人数						
10年以上の者の人数						
	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
前年度1年間の採用者数						
前年度1年間の退職者数						
業務に従事した経験年数						
1年未満の者の人数						
1年以上3年未満者の人数						
3年以上5年未満者の人数						
5年以上10年未満者の人数						
10年以上の者の人数						
従業者の健康診断の実施状況			あり	なし		

4. サービスの内容

施設の運営に関する方針		
「あなたらしい生活を支え続ける」という企業理念の基、高齢者の方に健康で安全に、日々快適な生活を送っていただけるよう、良好な生活環境を確保するよう、ホームの管理・運営に努めます。		
介護サービスの内容、利用定員等		
利用者の個人的な選択による介護サービスの実施状況	別紙	
特定（地域密着型特定）施設入居者生活介護の加算体制の有無 ※特定施設入居者生活介護等の提供をしていない場合は省略可能		
入居継続支援加算（Ⅰ）	あり	なし
入居継続支援加算（Ⅱ）	あり	なし
生活機能向上連携加算（Ⅰ）	あり	なし
生活機能向上連携加算（Ⅱ）	あり	なし

個別機能訓練加算（Ⅰ）	あり	なし
個別機能訓練加算（Ⅱ）	あり	なし
夜間看護体制加算	あり	なし
A D L維持等加算	あり	なし
若年性認知症入居者受入加算	あり	なし
医療機関連携加算	あり	なし
口腔衛生管理体制加算	あり	なし
口腔・栄養スクリーニング加算	あり	なし
科学的介護推進体制加算	あり	なし
退院・退所時連携加算	あり	なし
看取り介護加算（Ⅰ）	あり	なし
看取り介護加算（Ⅱ）	あり	なし
認知症専門ケア加算（Ⅰ）	あり	なし
認知症専門ケア加算（Ⅱ）	あり	なし
サービス提供体制強化加算（Ⅰ）	あり	なし
サービス提供体制強化加算（Ⅱ）	あり	なし
サービス提供体制強化加算（Ⅲ）	あり	なし
介護職員処遇改善加算（Ⅰ）	あり	なし
介護職員処遇改善加算（Ⅱ）	あり	なし
介護職員処遇改善加算（Ⅲ）	あり	なし
介護職員処遇改善加算（Ⅳ）	あり	なし
介護職員処遇改善加算（Ⅴ）	あり	なし
介護職員等特定処遇改善加算（Ⅰ）	あり	なし
介護職員等特定処遇改善加算（Ⅱ）	あり	なし
人員配置が手厚い介護サービスの実施の有無	あり	なし
協力医療機関の名称	アイビー函館クリニック (函館市上湯川町10番地8号) ホームから 約10km	
(協力の内容)	診療科目：内科 協力科目：診療のために内科医師派遣・日常の健康相談・介護指導・他の医療機関に受診・入院を要する場合の紹介。(医療費その他の費用は入居者の自己負担)	
協力歯科医療機関	なし	あり
(協力の内容)		
要介護時における居室の住み替えに関する事項		
要介護時に介護を行う場所		
一般居室。 また介護保険による在宅サービス（訪問介護等）を受けることが可能です。その場合、別途在宅サービス事業者との契約締結と利用料支払いが必要です。		
入居後に居室を住み替える場合		
一時介護室へ移る場合		
判断基準・手続について		

(その内容)		
追加的費用の有無	なし	あり
居室利用権の取扱い		
(その内容)		
前払金償却の調整の有無	なし	あり
従前の居室からの面積の増減の有無	なし	あり
従前の居室との仕様の変更		
便所の変更の有無	なし	あり
浴室の変更の有無	なし	あり
洗面所の変更の有無	なし	あり
台所の有無	なし	あり
その他の変更の有無	なし	あり
(その内容)		
介護室へ移る場合		
判断基準・手続について		
(その内容)		
追加的費用の有無	なし	あり
居室利用権の取扱い		
(その内容)		
前払金償却の調整の有無	なし	あり
従前の居室からの面積の増減の有無	なし	あり
従前の居室との仕様の変更		
便所の変更の有無	なし	あり
浴室の変更の有無	なし	あり
洗面所の変更の有無	なし	あり
台所の有無	なし	あり
その他の変更の有無	なし	あり
(その内容)		
その他 ()	なし	あり
判断基準・手続について		
(その内容)		
追加的費用の有無	なし	あり
居室利用権の取扱い		
(その内容)		
前払金償却の調整の有無	なし	あり
従前の居室からの面積の増減の有無	なし	あり
従前の居室との仕様の変更		
便所の変更の有無	なし	あり
浴室の変更の有無	なし	あり
洗面所の変更の有無	なし	あり

	台所の有無	なし	あり
	その他の変更の有無	なし	あり
	(その内容)		
施設の入居に関する要件等			
	自立している者を対象	なし	あり
	要支援の者を対象	なし	あり
	要介護の者を対象	なし	あり
留意事項	<p>○入居時における入居者の条件</p> <p>① 60歳以上の方。</p> <p>② 要介護または要支援認定を受けている60歳未満の方。</p> <p>③ 共同生活に支障のない方。</p> <p>④ ご入居にあたり連帯保証人を立てられる方。</p> <p>⑤ ①または②と同居者で以下の条件に該当する方。</p> <p>(配偶者。60歳以上の親族。要介護または要支援認定を受けている親族契約時に60歳以上の方。)</p>		
契約の解除の内容	<p>① 入居者から契約解除が行われた場合。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・30日以前に所定の「解約届」を提出していただきます。 ・居室の明け渡し、所有物等の引き取りは、「解約届」で届け出た「解約日」までに行っていただきます。 <p>② 事業者から契約解除が行われた場合。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・居室の明け渡しは予告期間の満了日までに行っていただきます。 ・入居資格を有すると誤認させるなどの不正行為により入居したとき。 ・家賃等の月払い利用料その他の支払について、支払義務・費用負担義務に違反した場合、事業者が定めた相当の期間内に当該義務が履行されないとき。 ・事業者が禁止又は制限している行為の規定に、入居者が違反した場合、事業者が定めた相当の期間内に当該義務が履行されずに当該義務違反により、本契約を継続することが困難であると認められるに至ったとき。 ・介護保険、その他在宅サービスを利用しても自立した生活が困難と判断されたとき。 ・入居者の行動が、他の入居者または従業員の生命に危害を及ぼし、又はその危害の切迫した恐れがあり、かつホームにおける通常の介護方法及び接遇方法ではこれを防止する事ができないとき。 ・その他本契約に規定する義務・確約に違反したとき。 		
設置者からの解約	解約条項	入居契約書 第15条	
	解約予告期間	上記入居契約書第15条第4項・第5項に違反した場合は催告無く契約解除を行う。その他の事例に関しては、一定の状況を勘案しながら相当の期間を定め決定する。	
入居者からの解約	解約予告期間	30日の予告期間が必要	
体験入居の内容	1	あり	(内容：)
	2	なし	
入居定員	50名		
その他			

入居者の状況

入居者の人数（報告に関する計画の基準日の前月末日）

	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5	合計
65歳未満	2					2
65歳以上75歳未満	1		1			2
75歳以上85歳未満	3	4	3	2	1	13
85歳以上	3	2	2	5	1	13
	自立	要支援1	要支援2			合計
65歳未満						
65歳以上75歳未満						
75歳以上85歳未満		1	1			2
85歳以上	2	1	2			5

入居者の平均年齢 83.43

入居者の男女別人数 男性 13 女性 24

入居率（一時的に不在となっている者を含む）

前年度の有料老人ホームまたは軽費老人ホームを退去した者の人数

	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5	合計
自宅等	1					1
社会福祉施設						
医療機関	1	1				2
死亡者	1					1
その他	9	3	1			13
	自立	要支援1	要支援2			合計
自宅等		1				1
社会福祉施設						
医療機関						
死亡者						
その他	1					1

入居者の入居期間

入居期間	6ヶ月未満	6ヶ月以上 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
入居者数	12	2	18	3	2	0

施設、設備等の状況

建物の構造	建築基準法第2条第9号の2に規定する耐火建築物	あり	なし	
	建築基準法第2条第9号の2に規定する準耐火建築物	あり	なし	
消防用設備等	消火器	あり	なし	
	カーテン・カーペット等の防災措置	あり	なし	
	自動火災報知設備	あり	なし	
	消防機関へ通報する火災報知装置	あり	なし	
	スプリンクラー	あり	なし	
	防火管理者	あり	なし	
	防災計画	あり	なし	
居室の状況	区分	室数	人数	1の居室の床面積

	居室個室	あり	なし	50	50	19.52～20.21㎡	
	居室相部屋	あり	なし			㎡	
						㎡	
	一時介護室	あり	なし			㎡	
						㎡	
						㎡	
共用便所の設置数	1	うち車椅子等の対応が可能な数				1	
個室便所の設置数	50	うち車椅子等の対応が可能な数				50	
浴室の設備状況	浴室の数	個浴	大浴槽	特殊浴槽		リフト浴	
		5	2	-		-	
入居者が調理を行う設備状況				なし	あり		
エレベーターの設置状況	1	あり (ストレッチャー対応)		2	あり (車いす対応)		
	3	あり (上記1・2に該当しない)				4	なし
緊急通報装置の設置状況	なし		一部あり		各居室内にあり		
外線電話回線の設置状況	なし		一部あり		各居室内にあり		
テレビ回線の設置状況	なし		一部あり		各居室内にあり		
施設の敷地に関する事項							
敷地の面積 2,007.65㎡							
事業所を運営する法人が所有		なし		一部あり		あり	
抵当権の設定				なし		あり	
貸借 (借地)							
なし		あり		契約期間	始	終	
				契約の自動更新		なし あり	
施設の建物に関する事項							
建物の面積 701.93㎡ (うち有料老人ホーム部分 ㎡)							
事業所を運営する法人が所有		なし		一部あり		あり	
抵当権の設定				なし		あり	
貸借 (借家)							
なし		あり		契約期間	始	終	
				契約の自動更新		なし あり	
利用者からの苦情に対応する窓口等の状況							
設置者や施設に設置している利用者からの苦情に対応する窓口							
窓口の名称	事務室 (苦情処理担当者を定め体制を整備。入居者からの苦情内容には守秘義務を課し、速やかに対応。苦情申立てによる差別的な待遇は一切行わない。)						
電話番号	0138-34-2424						
対応している時間	平日	9:00～17:00					
	土曜	9:00～17:00					
	日曜・祝祭日	休日					
定休日等	日・祝日						
上記以外の利用者からの苦情に対応する主な窓口等							
窓口の名称							
電話番号							
対応している時間	平日						

		土曜	
		日曜・祝祭日	
	定休日等		
サービスの提供により賠償すべき事故が発生したときの対応			
損害賠償責任保険の加入状況			
なし	<input checked="" type="checkbox"/>	(その内容) 民間保険会社の「施設管理損害賠償責任保険」に加入しており、サービス提供上の事故により入居者の生命・身体・財産に損害が発生した場合、ただちに必要な措置を講ずるとともに不可抗力による場合を除き、速やかに入居者に対して損害の賠償を行います。ただし、入居者側に重大な過失がある場合には賠償額を減らすことがあります。	
その他、介護サービスの提供により賠償すべき事故が発生したときの対応に関すること			
<input checked="" type="checkbox"/>	あり	(その内容)	
サービスの提供内容に関する特色等			
(その内容) ・居室の入居者に対し、ホーム独自で介護保険に基づく介護サービスは提供できませんが、居室内で介護保険の在宅サービス（訪問介護・訪問看護等）を受けていただけます。別途事業者との契約締結と利用料支払いが必要です。ご利用いただいた介護保険サービスの利用者負担額は、介護保険法令の関係法令に基づいて定められているため、関係法令が改正された場合には、改正後の金額となります。			
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			
利用者アンケート調査、意見箱等利用者の意見等を把握する取組の状況			
なし	<input checked="" type="checkbox"/>	実施した年月日	平成24年11月1日
		当該結果の開示状況	<input checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり
第三者による評価の実施状況			
<input checked="" type="checkbox"/>	あり	実施した年月日	
		実施した評価機関の名称	
		当該結果の開示状況	<input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> あり

5. 利用料金

利用料の支払い方式	(1) 前払い方式	(2) <input checked="" type="checkbox"/> 月払い方式	(3) 選択方式
敷金	60,000円～64,000円（家賃の2ヶ月分）		
(1) 前払い方式			
前払金および月単位で支払う利用料			
年齢に応じた金額設定	なし		あり
要介護状態に応じた金額設定	なし		あり
料金プラン			
プラン名称	前払金	月額	(内訳)
		計	家賃相当額 介護費用 食費 光熱水費 管理費
※介護保険サービスの自己負担額は含まない。			
算定根拠	家賃相当額		
	介護費用	※介護保険サービスの自己負担額は含まない。	
	食費		

光熱水費	
管理費	
前払金	
前払金の償却に関する事項	
償却開始の設定	入居日
初期償却率 (%)	
想定居住期間を超えて契約が継続する場合に備えて受領する額	
権利金等 (※) の額	
(※) 平成24年3月31日までに老人福祉法第29条第1項の規定により届出がされた施設に限る。	
償却年月数 (想定居住期間)	
契約期間終了時返還金の算定方法および返還金の例	
保全措置の実施状況	なし あり (保全先)
三月以内の契約終了による返還金について	
三月の起算日	入居日
契約終了日までの利用期間に係る利用料および原状回復のための費用の算定方法	
前払金の支払方法	

(2) 月払い方式

月単位で支払う利用料						
年齢に応じた金額設定		なし				あり
要介護状態に応じた金額設定		なし				あり
料金プラン						
プラン名称	月額	(内訳)				
	計	家賃額相当額	生活相談・安否確認	食費	光熱水費	共益費
1階	121,356円	30,000円	10,476円	51,180円	19,800円	9,900円
2階	122,356円	31,000円	10,476円	51,180円	19,800円	9,900円
3階	123,356円	32,000円	10,476円	51,180円	19,800円	9,900円
※介護保険サービスの自己負担額は含まない。						
算定根拠	家賃相当額	近傍同種の建物の賃料の比較による。				
	介護費用	※介護保険サービスの自己負担額は含まない。				
	食費	人件費等の諸経費、食材費に基づく費用。(欠食による減額はなし。)				
	光熱水費	居室の電気・水道使用料等に基づく費用。 (10月～3月は、冬季暖房費8,382円の月額費用負担あり。)				
	管理費	—				

(3) 選択方式

介護保険サービスの自己負担額		
内容		
人員が手厚い場合の介護サービス (再掲)	なし	あり
内容		

利用料	円（月額・日額）	
算定根拠		
支払方法	月単位（日割りの有無 あり・なし）	
利用者の個別的な選択による生活支援サービス料		
個別的な選択による生活支援サービス	なし	あり
算定根拠		
料金改定の手続		
消費物価指数、雇用情勢その他の経済事情の変動を勘案し、運営懇談会等での意見を聞いたうえで、月額利用料および有料サービス費を改定することがある。		

6. 入居希望者への事前の情報開示

入居契約書の雛形	入居希望者に公開	入居希望者に交付	公開していない
運営規程	入居希望者に公開	入居希望者に交付	公開していない
事業収支計画書	入居希望者に公開	入居希望者に交付	公開していない
財務諸表の要旨	入居希望者に公開	入居希望者に交付	公開していない
財務諸表の原本	入居希望者に公開	入居希望者に交付	公開していない

7. その他

有料老人ホーム設置時の老人福祉法第29条第1項に規定する届出	あり	なし
有料老人ホーム設置運営指導指針の不適合事項		
なし		
あり	(その内容)	

添付書類：「介護サービス等の一覧表」

入居者 _____様

説明年月日 令和 年 月 日

説明者 _____ 印

※契約を前提として説明を行った場合は、説明を受けた者の署名を求める。

同意年月日 令和 年 月 日

入居者署名 _____ 印

(代筆者署名 _____ 印)

連帯保証人署名 _____ 印

函館市石川町464-1
株式会社 ベーネ函館
代表取締役 早川 拓人 印