

情報開示等一覧表

(平成30年11月1日)

施設名	ディモライワイ	
施設の類型	住宅型	
居住の権利形態	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	
入居時の要件 (該当するものに○印)	<input type="checkbox"/> 入居時自立 <input type="checkbox"/> 入居時要介護 <input type="checkbox"/> 入居時要支援・要介護 <input checked="" type="checkbox"/> 入居時自立・要支援	
介護保険		
所在地	郵便番号 910-0858 福井市手寄2丁目1番5号 (電話番号: 0776-25-0505 FAX番号: 0776-25-0506)	
設置主体	医療法人 社団成蹊会	
運営主体	医療法人 社団成蹊会	
開設年月	平成22年11月1日	
入居者数/定員	37名/ 90名	
月額利用料 (食費、管理費、介護費を含む)	約147,000円/1人当たり(平均)	
一時金	入居一時金	有
	介護費用の一時金	無
	返還金の保全措置	有
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	有
	追加費用の有無	有
体験入居の有無及び費用	有 1日3食付 8250円(税込み)	
情報開示	重要事項説明書の公開	有
	入居契約書の公開	有
	管理規程の公開	無
	財務諸表の閲覧	無
社団法人全国有料老人ホーム協会への加入	非加入	
備考		