

契約書別紙「重要事項説明書」

□ わたくしたち（事業者）の概要は次のとおりです。

法人名	社会福祉法人 玉成会
事業所名	指定地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護じょんのび掌
所在地等	新潟県糸魚川市大字大野 1 7 2 4 番地 1 TEL 025-562-1080
指定年月日	平成 2 0 年 5 月 1 日（番号 1591500036 ）定員 2 9 人
サービスの提供に直接従事する職員の概要等	嘱託医師 看護職員 介護職員 生活相談員 介護支援専門員 栄養士 調理員

□ わたくし（事業者）があなたに提供するサービスの概要は次のとおりです。

1 提供するサービスの内容

あなたに提供するサービスの内容は、「介護老人福祉施設サービス」です。

「介護老人福祉施設サービス」とは、あなたにこの施設に入所していただき、その間の日常生活のお世話や機能訓練を行うものです。

居宅における生活への復帰を目標にして、入浴、排泄、食事等の介護、相談及び援助、社会生活上の便宜供与、その他日常生活のお世話、機能訓練、健康管理並びに療養上のお世話をするもので、具体的には別に定める「社会福祉法人玉成会 指定地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護じょんのび慈運営規程」によります。

2 担当の職員

あなたを担当する職員は次の者です。

- 担当の総括介護士
 - 担当の総括看護師
 - 担当の生活相談員
- 氏名等は、施設内に掲示してあります

ご相談や苦情、連絡したいことがある場合は上記の者までお願いします。

また、直接お世話する職員にお話されても結構です。

連絡先は 電話番号 025-562-1080

なお、職員の配置は、施設の人事の都合で異動することがあります。詳しくは、施設内の掲示をご覧ください。

3 利用者負担金等

- 1 介護保険法の法定利用料として、このサービスを利用するにあたってあなたからご負担していただく料金は、別表第1「介護福祉施設サービス費」に示すとおりです。具体的な負担額は、要介護度及び利用者の所得によって個々に相違しますので別に口頭でご説明いたします。

1. 介護保険法が定める法定料金

(1) 基本サービス料金

介護認定	一日あたり費用額
要介護1	6,820
要介護2	7,530
要介護3	8,280
要介護4	9,010
要介護5	9,710

(2) 加算料金

区 分	加算額 (円)
入所初期加算 (入所から30日限り)	300
退所前後訪問相談援助加算 (1回)	4,600
退所時相談援助加算 (1回限り)	4,000
退所前連携加算 (1回)	5,000
栄養マネジメント強化加算	110
再入所時栄養連携加算 (1回限り)	2,000
口腔衛生管理加算Ⅰ及びⅡ	900～1,100
療養食加算	180
配置医師緊急時対応加算 早朝・夜間	650
配置医師緊急時対応加算 深夜	1,300
看取り介護加算	720～15,800
外泊時費用 (1カ月に6日間まで)	2,460
外泊時在宅サービス利用費用 (1カ月に6日間まで)	5,600
在宅復帰支援機能加算	100
在宅・入院相互利用加算	400
退院時情報提供加算 (1回限り)	2,500
協力医療機関連携加算 (1ヵ月)	50

看護体制加算Ⅰ	120
看護体制加算Ⅱ	230
サービス提供体制強化加算Ⅰ	220
サービス提供体制強化加算Ⅱ	180
サービス提供体制強化加算Ⅲ	60
介護職員処遇改善加算Ⅰ	1ヵ月の総単位数×0.083×10で算出された金額
介護職員等ベースアップ等支援加算	1ヵ月の総単位数×0.016×10で算出された金額
介護職員処遇改善加算Ⅲ	1ヵ月の総単位数×0.113×10で算出された金額

(3) 上記利用料については、所得に応じた下記減免措置の制度があります。

1) 高額介護サービス費の支給

1ヵ月の介護サービスの1割負担の合計額が所得に応じた下記上限額を超えた場合には、超えた分が申請により払い戻されます。

所得区分	上限額
現役並み所得者相当	世帯で44,400円
利用者負担第4段階	世帯で44,400円
利用者負担第3段階(市町村民税世帯非課税)	世帯で24,600円
利用者負担第2段階(市町村民税世帯非課税)	個人で15,000円
市町村民税世帯非課税の老齢福祉年金受給者(利用者負担第1段階)	個人で15,000円
生活保護受給者(利用者負担第1段階)	個人で15,000円

2. 所定料金（介護保険法で基本サービスとは別に利用者が自己負担することとされ、事業所ごとに利用者との契約に基づくものとされているもの）

（1） 食事代

1日あたり 1, 845円

※食事代については、所得に応じた下記減免措置の制度があります。

（2） 居住費

1日あたり 2, 066円

※居住費については、所得に応じた下記減免措置の制度があります。（日額）

（3） 日常生活費 1日 120円

※アイラップ、手口拭き、歯磨きティッシュ、グローブの1日あたりの使用量の合計金額として

段階	対 象 者		居 住 費	食 費
第1段階	生活保護受給者		880円	300円
		老齢福祉年金受給者		
第2段階		合計所得金額と年金収入の合計が80万円以下	880円	390円
第3段階①		合計所得金額と年金収入の合計が80万円超	1, 370円	650円
第3段階②		合計所得金額と年金収入の合計が120万円超	1, 370円	1, 360円

（4） 個別サービス料金

サービス項目	具体的なサービスの仕様	利用単位	利用料金
美 容	カット、その他	1回	必要な額
理 容	カット、その他	1回	必要な額
衣類の洗濯	ドライクリーニングや特殊な技術を要するものを業者に取り次ぐ場合	その都度	必要な額
預かり金管理費	日常的管理（預入、払出、送金等）及び2か月に1回の収支報告	1か月	1, 000円
医療機関への送迎（燃料代）	医療的理由による市内の病院・医院	その都度	必要な額
	上記以外の医療機関への送迎は原則として行わないが、特別な場合は協議（介護タクシー利用等）	その都度	必要な額
入退所時の送迎	施設への入所、退所の送迎費（介護タクシー利用等）	片 道	必要な額
特別な食事等	医師の処方箋による特別な食事、個人的な要望による特別な食事の提供に要する費用	その都度	必要な額

レクリエーション・行事	花見・夏祭り・敬老会・新年会	その都度	必要な額
健康管理費	インフルエンザ等の予防接種費、検診料（年間2回の定期健康診断は除く。）	その都度	必要な額
コピー代	カラー以外（黒白） 10円 カラー 30円		
FAX送信	A4まで 送信料	1枚	20円
各種証明書	サービス提供証明書、その他証明書	1通	300円
郵送、宅配料	個人の郵便物、荷物類の発送	その都度	必要な額
上記以外のもの	個人的な要望、個人の使用及び個人の所有物となる物等、並びに旅行の外出交通費、宿泊料、食事料、介助料（嗜好品、新聞代等含む）	その都度	必要な額

※その他個別で希望されたサービスについては、その都度実費を頂きます。

（５） 文書料

サービス項目	サービス内容	料 金
診断書	非常勤医師が書いた場合	必要な額
死亡診断書	非常勤医師が書いた場合	必要な額

個人情報等の使用に関する同意事項

わたくし（利用者及びその家族）の個人情報等は、次に定める条件により必要最小限の範囲内で使用することに同意します。

1 使用する目的

- ① 要介護認定期間及び保険者（市町村）での介護保険業務資料として
- ② 利用者に関する介護老人福祉施設サービスを立案するためのサービス担当者会議での資料として
- ③ 介護支援専門員、居宅介護支援事業者、協力医療機関の連絡調整において必要な資料として

2 個人情報等を使用する事業者（情報の提出先）

- ① 要介護認定調査員、所管のよう介護認定機関及び保険者（市町村）
- ② 介護保険法により指定（許可）されたサービス提供事業者

3 使用する期間

令和 年 月 日から介護認定有効期間の満了日

4 使用にあたっての条件

- ① 提供にあたっては、関係する者以外の者に漏れることのないよう細心の注意を払うこと
- ② 個人情報等を使用した会議の内容や相手方などについての経過を記録しておくこと

上記の契約書別紙「重要事項説明書」及び「個人情報の使用に関する同意事項」の内容について説明を受け、これに同意するとともに介護老人福祉施設サービスの提供に関する契約を締結します。

この契約を証明するために本契約書を2部作成し、利用者及び関係者と事業者双方が記名し、押印のうえそれぞれ1部を保管します。

令和 年 月 日

(事業者) 〒949-0301

新潟県糸魚川市大字須沢 3 2 5 0 番地

社会福祉法人 玉成会

指定地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護じよんのび掌

理 事 長 上 野 文 嗣 ⑩

(事業所所在地：糸魚川市大字大野 1 7 2 4 番地 1)

(利用者) 介護保険証記号・番号

							-												
--	--	--	--	--	--	--	---	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

住 所

氏 名

⑩

※ 利用者本人が自署できないときは、代理人が「氏名」の欄に利用者本人のお名前のみ代書してください。この場合印は不要です。

次に、代理人の欄に代理人の住所・氏名を署名し、押印してください。

また、資格欄の該当事項を○印で表示してください。

(代理人) 住 所

TEL

氏 名

(続柄)

⑩

(連帯保証人) 住 所

TEL

氏 名

(続柄)

⑩
