

指定通所介護および介護予防・日常生活支援総合事業 契約書別紙（兼重要事項説明書）

あなた（利用者）に対するサービスの提供開始にあたり、東京都条例および介護予防・日常生活支援事業実施要綱の規定に基づき、当事業者があなたに説明すべき重要事項は、次のとおりです。

1. 事業者（法人）の概要

事業者（法人）の名称	株式会社 揚工舎
主たる事務所の所在地	〒173-0004 東京都板橋区板橋 1 丁目 1 0 番 1 4 号
代表者（職名・氏名）	代表取締役 伊藤 進
設立年月日	平成 15 年 6 月 3 日
電話番号	03-5944-2680

2. ご利用事業所の概要

ご利用事業所の名称	デイサービス ヨウコー新小岩
サービスの種類	通所介護、介護予防・日常生活支援総合事業
事業所の所在地	〒124-0024 東京都葛飾区新小岩 1 丁目 2 6 番 1 9 号
電話番号	03-5879-6760
指定年月日・事業所番号	平成 2 3 年 1 2 月 1 日指定 1 3 7 2 2 0 5 3 0 0
管理者の氏名	今田 佑也
指定通所介護の実施地域	葛飾区 江戸川区 江東区 墨田区 半径 1 0 km 以内を原則とする
介護予防・日常生活支援総合事業実施地域	葛飾区 江戸川区 江東区 墨田区

3. 事業の目的と運営の方針

事業の目的	要介護、要支援または事業対象状態にある利用者が、その有する能力に応じ、可能な限り居宅において自立した日常生活を営むことができるよう生活機能の維持または向上を目指し、生活の質の確保および向上を図るとともに、安心して日常生活を過ごすことができるよう、居宅サービスまたは介護予防・日常生活支援総合事業による通所型サービスを提供することを目的とします。
運営の方針	事業者は、利用者の心身の状況や家庭環境等を踏まえ、介護保険法その他関係法令およびこの契約の定めに基づき、関係する区市町村や事業者、地域の保健・医療・福祉サービス等と綿密な連携を図りながら、利用者の要介護状態等の軽減や悪化の防止、もしくは要介護状態となることの予防のため、適切なサービスの提供に努めます。

4. 提供するサービスの内容

通所介護または介護予防・日常生活支援総合事業による通所型サービスは、事業者が設置する事業所（デイサービス ヨウコー新小岩）に通っていただき、送迎、入浴、排せつ、食事等の介護、生活等に関する相談および助言、健康状態の確認やその他利用者に必要な日常生活上の世話、機能訓練および生活相談を行うことにより、利用者の心身機能の維持並びに利用者の家族の身体的、精神的負担軽減を図るサービスです。

5. 営業日時

営業日	年中無休
営業時間	午前8時30分から午後5時30分まで
サービス提供時間	午前9時20分から午後4時40分まで

6. 事業所の職員体制

	資格	常勤	非常勤	業務内容	計
管理者	介護福祉士	1名(1)	名()	管理・介護業務	1名(1)
生活相談員	介護福祉士	2名(1)	2名()	相談・介護業務	4名(1)
	社会福祉主事	名()	名()		
		名()	名()		
機能訓練指導員	看護師	名()	3名()	機能訓練指導	3名()
介護・ 看護職員	看護師	名()	3名()		3名()
	介護福祉士	名()	名()		名()
	初任者研修	5名(2)	3名()		8名(2)
	その他	名()	名()		名()

() 内は男性

7. 当施設の設備の概要

定員	23名
食堂兼機能訓練室	1室
浴室	一般浴槽
静養室	1室1床
送迎車	3台

8. 利用料

あなたがサービスを利用した場合の「基本利用料」は以下のとおりであり、あなたからお支払いいただく「利用者負担金」は、原則として基本利用料の1割又は2割又は3割の額です。ただし、介護保険給付の支給限度額を超えてサービスを利用する場合、超えた額の全額をご負担いただきます。

(1) 通所介護の利用料
【基本部分：通常規模型】

通所介護 料金表

地域区分 1級地 地域単価 10.9円

通所介護費

法定代理受領の場合は下記金額の1割、2割又は3割。
(ただし、利用者負担の減免、公費負担がある場合などは、その負担額による。)

【規模区分】 通常規模型通所介護費		(単位数)	3時間以上4時間未満				(単位数)	4時間以上5時間未満			
			利用料					利用料			
			10割	1割負担分	2割負担分	3割負担分		10割	1割負担分	2割負担分	3割負担分
要介護1	1日につき	370	4,033円	404円	807円	1,210円	388	4,229円	423円	846円	1,269円
要介護2	1日につき	423	4,610円	461円	922円	1,383円	444	4,839円	484円	968円	1,452円
要介護3	1日につき	479	5,221円	523円	1,045円	1,567円	502	5,471円	548円	1,095円	1,642円
要介護4	1日につき	533	5,809円	581円	1,162円	1,743円	560	6,104円	611円	1,221円	1,832円
要介護5	1日につき	588	6,409円	641円	1,282円	1,923円	617	6,725円	673円	1,345円	2,018円

【規模区分】 通常規模型通所介護費		(単位数)	5時間以上6時間未満				(単位数)	6時間以上7時間未満			
			利用料					利用料			
			10割	1割負担分	2割負担分	3割負担分		10割	1割負担分	2割負担分	3割負担分
要介護1	1日につき	570	6,213円	622円	1,243円	1,864円	584	6,365円	637円	1,273円	1,910円
要介護2	1日につき	673	7,335円	734円	1,467円	2,201円	689	7,510円	751円	1,502円	2,253円
要介護3	1日につき	777	8,469円	847円	1,694円	2,541円	796	8,676円	868円	1,736円	2,603円
要介護4	1日につき	880	9,592円	960円	1,919円	2,878円	901	9,820円	982円	1,964円	2,946円
要介護5	1日につき	984	10,725円	1,073円	2,145円	3,218円	1,008	10,987円	1,099円	2,198円	3,297円

【規模区分】		(単位数)	7時間以上8時間未満			
通常規模型通所介護費			利用料			
			10割	1割負担分	2割負担分	3割負担分
要介護1	1日につき	658	7,172円	718円	1,435円	2,152円
要介護2	1日につき	777	8,469円	847円	1,694円	2,541円
要介護3	1日につき	900	9,810円	981円	1,962円	2,943円
要介護4	1日につき	1,023	11,150円	1,115円	2,230円	3,345円
要介護5	1日につき	1,148	12,513円	1,252円	2,503円	3,754円

- (注1) 上記の基本利用料は、厚生労働大臣が告示で定める金額であり、これが改定された場合は、これら基本利用料も自動的に改訂されます。なお、その場合は、事前に新しい基本利用料を書面でお知らせします。
- (注2) 介護保険給付の支給限度額を超えてサービスを利用する場合は、超えた額の全額をご負担いただくこととなりますのでご注意ください。

【加算】以下の要件を満たす場合、上記の基本部分に以下の料金が加算されます。

加算の種類		加算の算定要件	加算額			
			介護 報酬額	利用者負担額		
				1 割	2 割	3 割
各種 加算	入浴介助加算(Ⅰ)	厚生労働省の入浴の施設基準を満たし入浴中の利用者の観察を含む介助を行う場合に算定 ・通所介護計画に基づき、入浴介助を行うこと ・入浴介助に関わる職員に対し、入浴介助に関する研修を行うこと	436 円/日	44 円 /日	88 円 /日	131 円 /日
	入浴介助加算(Ⅱ)	入浴介助加算(Ⅰ)の要件に加えて、①医師等が利用者の居宅を訪問し浴室での利用者の動作及び浴室の環境を評価し、②利用者の居宅の浴室の環境等を踏まえた個別の入浴計画を作成し③入浴計画に基づき個浴その他の利用者の居宅の状況に近い環境にて入浴介助を行う。	599 円/日	60 円 /日	120 円 /日	180 円 /日
処遇 改善 加算	介護職員等処遇改善 加算Ⅱ	当該加算の算定要件を満たす場合※(注3)	(注4)	左記額の1割又は2割 又は3割		

(注3) 当該加算は区分支給限度額の算定対象からは除かれます。

(注4) 基本報酬に各種加算を加えた総単位数に、事業年ごとの加算率を乗じた単位数より算定します。今年度は9.0%

法定代理受領の場合は、上記金額の1割又は2割又は3割(ただし、利用者負担の減免、公費負担がある場合等は、その負担率による)となります。

(2) 介護予防・日常生活支援総合事業における、各区独自基準サービスの利用料

※別添 区基準サービス表を参照ください。

(3) その他の費用

食 費	食事の提供を受けた場合、1回につき510円(全額自己負担)
おやつ	おやつ提供を受けた場合、1回につき150円(全額自己負担)
おむつ代	おむつの提供を受けた場合、パンツタイプ 1枚200円(全額自己負担) フラットタイプ1枚100円(全額自己負担)
その他	上記以外の日常生活において通常必要となる経費であって、利用者負担が適当と認められるもの(利用者の希望によって提供する日常生活上必要な身の回り品など)について、費用の実費をいただきます。レクリエーションにかかる費用は自己負担となります。

(4) キャンセル料

利用予定日の直前にサービス提供をキャンセルした場合は、以下のとおりキャンセル料をいただきます。予防通所介護又は介護予防・日常生活支援をご利用の方については、昼食費及びおやつ代をご負担いただきます。

キャンセルの時期	キャンセル料
利用予定日の前日 17 時迄	なし
利用予定日の前日 17 時以降	ご利用予定介護報酬額の 1 割の額

(5) 支払い方法

上記(1)から(4)までの利用料(利用者負担分の金額)は、1ヶ月ごとにまとめて請求しますので、次のいずれかの方法によりお支払いください。なお、利用者負担金の受領に関わる領収証等については、利用者負担金の支払いを受けた後、翌月に請求書とともに差し上げます。

支払い方法	支払い要件等
口座引き落とし	サービスを利用した月の翌月の27日(祝休日の場合は直後の平日)に、あなたが指定する口座より引き落とします。
銀行振り込み	原則として口座引落方式ですので、ご相談下さい
現金払い	原則として口座引落方式ですので、ご相談下さい

9. 緊急時における対応方法

サービス提供中に利用者の体調や容体の急変、その他の緊急事態が生じたときは、速やかに下記的主治医および家族等へ連絡を行う等、必要な措置を講じます。

主治医

病院または診療所名	
医師名	
住所	
電話番号	

緊急連絡先

氏名	
住所	
電話番号	
続柄	

10. 事故発生時の対応

サービスの提供により事故が発生した場合は、速やかに利用者の家族、主治の医師、担当の介護支援専門員(または地域包括支援センター)および区市町村等へ連絡を行うとともに、必要な措置を講じます。

11. 非常災害対策

事業者は、当事業所の所在する地域の環境および利用者の特性に応じて、事象別の非常災害に関する具体的計画として災害時対応マニュアルを策定しております。

1 2. 苦情相談窓口

(1) サービス提供に関する苦情や相談は、当事業所の下記の窓口でお受けします。

事業所相談窓口	電話番号 03-5944-2680 担当者名 若尾 合気
---------	---------------------------------

(2) サービス提供に関する苦情や相談は、下記の機関にも申し立てることができます。

苦情受付機関	東京都国民健康保険団体連合会	電 話 03-6238-0177
	葛飾区 介護保険課 専用相談窓口	電 話 03-5654-8246
	江戸川区 介護保険課 相談係	電 話 03-5662-0061
	江東区 福祉部 介護保険課 介護サービス利用相談 窓口	電 話 03-3647-9099

1 3. サービスの利用にあたっての留意事項

サービスのご利用にあたってご留意いただきたいことは、以下のとおりです。

- (1) 体調の確認は当日起床時にご確認下さい。
- (2) 風邪、病気の際はサービスの提供をお断りすることがあります。
- (3) サービスの利用中に気分が悪くなったときは、すぐに従業者にお申し出ください。
- (4) 複数の利用者の方々が同時にサービスを利用するため、周りの方のご迷惑にならないようお願いいたします。
- (5) 体調や容体の急変などによりサービスを利用できなくなったときは、できる限り早めに担当の介護支援専門員（または地域包括支援センター）または当事業所の担当者へご連絡ください。
- (6) 送迎については基本的におお客様の自宅から自宅までとしますが、やむを得ない状況等の場合は職員同行の上安全な場所まで移動していただきます。
- (7) 送迎時間はおお客様と相談の上、決めて参ります。出来る限りお客様の希望に沿うようにいたしますが、事情（配車、天候、事故、交通渋滞など）により異なる場合もあります。その際は予めご連絡いたします。また、お客様の都合による時間変更の際もご連絡下さい。
- (8) 下記の行為は、ハラスメントに該当する可能性があり、サービスを中止させていただくことがありますので、ご理解・ご了承ください。
 - ①暴力又は乱暴な言動、無理な要求 ・物を投げつける ・刃物を向ける、服を引きちぎる、手を払いのける ・怒鳴る、奇声、大声を発する ・対象範囲外のサービスの強要
 - ②セクシュアルハラスメント ・介護従事者の体を触る、手を握る ・腕を引っ張り抱きしめる ・ヌード写真を見せる ・性的な話し卑猥な言動をする など
 - ③その他 ・介護従事者の自宅の住所や電話番号を聞く ・ストーカー行為 など

1 4. 衛生管理及び通所介護従業者の健康管理等

1. 事業所は、利用者の使用する施設、食器その他の設備又は飲用に供する水について、衛生的な管理に努めるとともに、衛生上必要な措置を講ずるものとする。
2. 事業所は、事業所において感染症が発生し、又はまん延しないように次の各号に掲げる措置を講

じるものとする。

- ① 事業所における感染症の予防及びまん延の防止のための対策を検討する委員会（テレビ電話装置等を活用して行うことができるものとする。）をおおむね6月に1回以上開催するとともに、その結果について、従業者に周知徹底を図る。
 - ② 事業所における感染症の予防及びまん延の防止のための指針を整備する。
 - ③ 事業に使用する備品等は清潔に保持し、定期的な消毒を施すなど常に衛生管理に十分留意するものとする。
3. 通所介護従業者に対し感染症等に関する基礎知識の習得に努めるとともに、年1回以上の健康診断を受診させるものとする。

15. 虐待の防止

1. 事業所は利用者の人権の擁護、虐待の発生又はその再発を防止するため次の措置を講ずるものとする。
2. 虐待防止のための対策を検討する委員会（テレビ電話装置等を活用して行うことができるものとする。）を定期的に開催するとともに、その結果について従業者に周知徹底を図る
3. 虐待防止のための指針の整備
4. 虐待を防止するための定期的な研修の実施
5. 前3号に掲げる措置を適切に実施するための担当者の設置 責任者 「管 理 者 今 田 佑 也」

16. 身体拘束の防止

- (1) サービスの提供に当たっては、利用者又は他の利用者の生命又は身体を保護するため緊急やむを得ない場合を除き、身体拘束その他利用者の行動を制限する行為（以下「身体拘束等」という。）と行いません。
- (2) やむを得ず身体拘束等を行う場合には、その様態及び時間、その際の利用者の心身の状況並びに緊急やむを得ない理由その他必要な事項を記録するものとします。

17. 業務継続計画の策定等

1. 事業所は、感染症や非常災害の発生時において、利用者に対する指定通所介護及び総合事業提供を継続的に実施するための、及び非常時の体制で早期の業務再開を図るための計画（以「業務継続計画」という。）を策定し、当該業務継続計画に従い必要な措置を講じるものとする。
2. 事業所は、従業者に対し、業務継続計画について周知するとともに、必要な研修及び訓練を定期的に実施するものとする。
3. 事業所は、定期的に業務継続計画の見直しを行い、必要に応じて業務継続計画の変更を行うものとする。

18. 提供するサービスの第三者評価について

実施の有無	無
実施した直近の年月日	
実施した評価機関の名称	
評価結果の開示状況	

葛飾区 介護予防・日常生活支援総合事業 通所型サービスA7 料金表

【基本報酬額】

地域単価 1単位: 10.9円

サービス区分		対象者	単位数 (1回)	基本利用料 (10割) ※(注1)	利用者負担金 1割 (注2)	利用者負担金 2割 (注2)	利用者負担金 3割 (注2)
(区)通所型サービスⅠ	5時間以上	事業対象者 要支援1・2	436単位	4,752円/回	476円/回	951円/回	1,426円/回
(区)通所型サービスⅡ	3時間以上 5時間未満	事業対象者 要支援1・2	349単位	3,804円/回	381円/回	761円/回	1,142円/回
(区)通所型サービスⅢ	2時間以上 3時間未満	事業対象者 要支援1・2	305単位	3,324円/回	333円/回	665円/回	998円/回

(注1)上記の基本利用料は、区で定める金額です。なお、金額の改定があった場合は、事前に新しい基本利用料を書面でお知らせします。

(注2)介護保険給付の支給限度額を超えてサービスを利用する場合は、超えた額の全額をご負担いただくこととなりますのでご注意ください。

【加算】

上記の基本部分に以下の料金が加算されます。

加算の種類	単位数	報酬額 (10割)	利用負担額		
			1割負担	2割負担	3割負担
入浴加算	50単位/回	545円/回	55円/回	109円/回	164円/回

【介護職員等処遇改善加算】

上記の基本部分に以下の料金が加算されます。

加算区分(1月当たり)		単位数	報酬額 (10割)	利用負担額		
				1割負担	2割負担	3割負担
介護職員等 処遇改善加算Ⅱ	(区)通所型サービスⅠ	171単位/月	1,863円/月	187円/月	373円/月	559円/月
	(区)通所型サービスⅡ	137単位/月	1,493円/月	150円/月	299円/月	448円/月
	(区)通所型サービスⅢ	119単位/月	1,297円/月	130円/月	260円/月	390円/月

当該加算は区分支給限度額の算定対象からは除かれます。

【その他の費用】

食事	食事の提供を受けた場合、1回につき510円(全額自己負担)	
おやつ代	おやつ提供を受けた場合、1回につき150円(全額自己負担)	
おむつ代	おむつの提供を受けた場合	パンツタイプ1枚200円(全額自己負担)
		フラットタイプ1枚100円(全額自己負担)
その他	上記以外の日常生活において通常必要となる経費であって、利用者負担が適当と認められるもの(利用者の希望によって提供する日常生活に必要な身の回り品など)について、費用をいただきます。レクリエーションにかかる費用は自己負担となります。	

【キャンセル料】

利用予定日の直前にサービス提供をキャンセルした場合は、以下の通りキャンセル料をいただきます。予防介護通所又は介護予防・日常生活支援事業をご利用の方については、昼食費及びおやつ代をご負担いただきます。

キャンセルのお申出時間	キャンセル料
利用予定日の前日17時まで	なし
利用予定日の前日17時以降	ご利用予定介護報酬の1割の額

江戸川区 介護予防・日常生活支援総合事業 通所型サービスA7 料金表

【基本報酬額】

地域単価 1単位: 10,9円

サービス区分	対象者	単位数	基本利用料 (10割) ※(注1)	利用者負担金 1割 (注2)	利用者負担金 2割 (注2)	利用者負担金 3割 (注2)
通所型サービスⅠ	事業対象者 要支援1	月4回以上	1,798単位/月	19,598円/月	1,960円/月	3,920円/月
		月3回まで	450単位/回	4,905円/回	491円/回	981円/回
通所型サービスⅡ	事業対象者 要支援2	月8回以上	3,621単位/月	39,468円/月	3,947円/月	7,894円/月
		月7回まで	453単位/回	4,937円/回	494円/回	988円/回

(注1) 上記の基本利用料は、区で定める金額です。なお、金額の改定があった場合は、事前に新しい基本利用料を書面でお知らせします。

(注2) 介護保険給付の支給限度額を超えてサービスを利用する場合は、超えた額の全額をご負担いただくこととなりますのでご注意ください。

【介護職員等処遇改善加算】

上記の基本部分に以下の料金が加算されます。

加算区分			単位数	報酬額 (10割)	利用負担額		
					1割負担	2割負担	3割負担
介護職員等 処遇改善加算Ⅱ	事業対象者 要支援1	月4回以上	258単位/月	2,812円/月	282円/月	563円/月	844円/月
	事業対象者 要支援2	月8回以上	430単位/月	4,687円/月	469円/月	938円/月	1,407円/月

当該加算は区分支給限度額の算定対象からは除かれます。

【その他の費用】

食事	食事の提供を受けた場合、1回につき510円(全額自己負担)	
おやつ代	おやつを提供を受けた場合、1回につき150円(全額自己負担)	
おむつ代	おむつの提供を受けた場合	パンツタイプ1枚200円(全額自己負担)
		フラットタイプ1枚100円(全額自己負担)
その他	上記以外の日常生活において通常必要となる経費であって、利用者負担が適当と認められるもの(利用者の希望によって提供する日常生活に必要な身の回り品など)について、費用をいただきます。レクリエーションにかかる費用は自己負担となります。	

【キャンセル料】

利用予定日の直前にサービス提供をキャンセルした場合は、以下の通りキャンセル料をいただきます。予防介護通所又は介護予防・日常生活支援事業をご利用の方については、昼食費及びおやつ代をご負担いただきます。

キャンセルのお申出時間	キャンセル料
利用予定日の前日17時まで	なし
利用予定日の前日17時以降	ご利用予定介護報酬の1割の額

江東区 介護予防・日常生活支援総合事業 通所型サービスA7 料金表

【基本報酬額】

地域単価 1単位: 10.9円

サービス区分	対象者	単位数(1回)	基本利用料 (10割) ※(注1)	利用者負担金 1割 (注2)	利用者負担金 2割 (注2)	利用者負担金 3割 (注2)
介護予防型通所 介護一体型Ⅰ	事業対象者 要支援1	290単位	3,161円/回	317円/回	633円/回	949円/回
介護予防型通所 介護一体型Ⅱ	要支援2	301単位	3,280円/回	328円/回	656円/回	984円/回

(注1)上記の基本利用料は、区で定める金額です。なお、金額の改定があった場合は、事前に新しい基本利用料を書面でお知らせします。

(注2)介護保険給付の支給限度額を超えてサービスを利用する場合は、超えた額の全額をご負担いただくこととなりますのでご注意ください。

【加算】

上記の基本部分に以下の料金が加算されます。

加算の種類		単位数	報酬額 (10割)	利用負担額		
				1割負担	2割負担	3割負担
介護予防型通所 初回受入加算		100単位/月	1,090円/月	109円/月	218円/月	327円/月
介護予防型通所 迎加算(片道)	送 事業対象者 要支援1	42単位/回	457円/回	46円/回	92円/回	138円/回
	要支援2	47単位/回	512円/回	52円/回	103円/回	154円/回
入浴介助加算	加算Ⅰ	40単位/回	436円/回	44円/回	88円/回	131円/回
	加算Ⅱ	55単位/回	599円/回	60円/回	120円/回	180円/回

【介護職員等処遇改善加算】

上記の基本部分に以下の料金が加算されます。

加算区分(1月当たり)		単位数	報酬額 (10割)	利用負担額		
				1割負担	2割負担	3割負担
介護職員等 処遇改善加算Ⅱ	事業対象者・要支援1	162単位/月	1,765円/月	177円/月	353円/月	530円/月
	要支援2	326単位/月	3,553円/月	356円/月	711円/月	1,066円/月

当該加算は区分支給限度額の算定対象からは除かれます。

【その他の費用】

食事	食事の提供を受けた場合、1回につき510円(全額自己負担)	
おやつ代	おやつを提供を受けた場合、1回につき150円(全額自己負担)	
おむつ代	おむつの提供を受けた場合	パンツタイプ1枚200円(全額自己負担)
		フラットタイプ1枚100円(全額自己負担)
その他	上記以外の日常生活において通常必要となる経費であって、利用者負担が適当と認められるもの(利用者の希望によって提供する日常生活に必要な身の回り品など)について、費用をいただきます。レクリエーションにかかる費用は自己負担となります。	

【キャンセル料】

利用予定日の直前にサービス提供をキャンセルした場合は、以下の通りキャンセル料をいただきます。予防介護通所又は介護予防・日常生活支援事業をご利用の方については、昼食費及びおやつ代をご負担いただきます。

キャンセルのお申出時間	キャンセル料
利用予定日の前日17時まで	なし
利用予定日の前日17時以降	ご利用予定介護報酬の1割の額

墨田区 介護予防・日常生活支援総合事業 通所型サービスA6 料金表

【基本報酬額】

地域単価 1単位: 10.9円

サービス区分		対象者	単位数		基本利用料 (10割) ※(注1)	利用者負担金 1割 (注2)	利用者負担金 2割 (注2)	利用者負担金 3割 (注2)
通所型独自サービス11	1週当たりの標準的な回数を定める場合	要支援1	月単位	1,798単位	19,598円/月	1,960円/月	3,920円/月	5,880円/月
通所型独自サービス12		要支援2		3,621単位	39,468円/月	3,947円/月	7,894円/月	11,841円/月

(注1) 上記の基本利用料は、区で定める金額です。なお、金額の改定があった場合は、事前に新しい基本利用料を書面でお知らせします。

(注2) 介護保険給付の支給限度額を超えてサービスを利用する場合は、超えた額の全額をご負担いただくこととなりますのでご注意ください。

【介護職員等処遇改善加算】

1月につき当該月の介護報酬総単位数(基本サービス費+各種加算・減算の単位数)について算定します。(下記加算は区分支給限度額の算定対象からは除かれます。)

加算区分	加算額			
	報酬額	利用者負担額		
		1割負担	2割負担	3割負担
介護職員等処遇改善加算Ⅱ	基本報酬にこの加算以外の各種加算を加えた総単位数に、加算率(9.0%)を乗じた単位数より算定します。	左記額の1割又は2割又は3割		

【その他の費用】

食事	食事の提供を受けた場合、1回につき510円(全額自己負担)	
おやつ代	おやつを提供を受けた場合、1回につき150円(全額自己負担)	
おむつ代	おむつの提供を受けた	パンツタイプ1枚200円(全額自己負担)
		フラットタイプ1枚100円(全額自己負担)
その他	上記以外の日常生活において通常必要となる経費であって、利用者負担が適当と認められるもの(利用者の希望によって提供する日常生活に必要な身の回り品など)について、費用をいただきます。レクリエーションにかかる費用は自己負担となります。	

【キャンセル料】

利用予定日の直前にサービス提供をキャンセルした場合は、以下の通りキャンセル料をいただきます。予防介護通所又は介護予防・日常生活支援事業をご利用の方については、昼食費及びおやつ代をご負担いただきます。

キャンセルのお申出時間	キャンセル料
利用予定日の前日17時まで	なし
利用予定日の前日17時以降	ご利用予定介護報酬の1割の額

事業者は、利用者へのサービス提供開始にあたり、上記のとおり重要事項を説明しました。

令和 年 月 日

事業者 名称 株式会社揚工舎
 デイサービス ヨウコー新小岩
所在地 東京都葛飾区新小岩 1-26-19
代表者 代表取締役 伊藤 進

説明者
氏 名 印

私は、事業者より上記の重要事項について説明を受け、同意しました。また、この文書が契約書の別紙（一部）となることについても同意します。

利用者 住所

氏 名 印

家族代表者 住所

本人との続柄
氏 名 印

代理人 利用者は、心身の状況等により署名ができないため、利用者本人の意思を確認のうえ、署名を代筆します。

住所

氏 名 印

立会人 住所

氏 名 印