

こでまりの苑通所介護 **〔契約書別紙〕**
（地域密着型通所介護）

1. 担当者

所長・生活相談員 並木 裕樹

2. 通所介護の内容

- (1) ご利用日 毎週 曜日
- (2) ご利用時間 午前 : ～午後 :
- (3) ご利用場所 昭島市美堀町2丁目14番25号
- (4) ご利用可能設備等 食堂兼機能訓練室 312.1㎡
 相談室
 浴室（一般浴槽・機械浴槽）
 送迎車4台
- (5) サービス内容 通所介護計画・個別機能訓練計画に沿い、送迎、食事の提供、入浴介助、生活リハビリ動作支援、その他の必要な介護等を行ないます。

3. 料金：地域密着型通所介護費

(1) 地域密着型通所介護（デイサービス）利用料＜1割負担＞

	1日あたりの利用料	1日あたりの自己負担額
介護度 1	7789 円	779 円
介護度 2	9201 円	921 円
介護度 3	10666 円	1067 円
介護度 4	12121 円	1213 円
介護度 5	13575 円	1358 円

※サービス提供時間…7時間以上 8時間未満

	1日あたりの利用料	1日あたりの自己負担額
介護度 1	7019 円	702 円
介護度 2	8284 円	829 円
介護度 3	9570 円	957 円
介護度 4	10845 円	1085 円
介護度 5	12121 円	1213 円

※サービス提供時間…6時間以上 7時間未満

	1日あたりの利用料	1日あたりの自己負担額
介護度 1	6798 円	680 円
介護度 2	8020 円	802 円
介護度 3	9264 円	927 円
介護度 4	10487 円	1049 円
介護度 5	11731 円	1174 円

※サービス提供時間…5 時間以上 6 時間未満

- (2) 入浴介助加算 一般浴・特別浴 5 2 7 円 自己負担額 5 3 円
- (3) サービス提供体制強化加算 (I) ロ 1 2 7 円 自己負担額 1 3 円
 サービス提供体制強化加算 (II) 6 3 円 自己負担額 7 円
- (4) 若年性認知症受入加算 6 3 2 円 自己負担額 6 4 円
- (5) 介護職員処遇改善加算 算定した単位数の 2.3%に相当する単位数
 もしくは算定した単位数の 4.3%に相当する単位数
- (6) 介護職員等特定処遇改善加算 算定した単位数の 1.0%に相当する単位数
 もしくは算定した単位数の 1.2%に相当する単位数
- (7) 昼食・おやつ代 月曜日～土曜日 昼食：6 5 0 円 おやつ：1 5 0 円
- (8) 延長料金 1 7 時から 1 8 時の間：1 5 分 2 5 0 円
 家族送迎となります。
- (9) その他、おむつ代、趣味活動などにかかる費用等は自己負担となります。

4. キャンセル規定

お客様のご都合でサービスを中止する場合、下記のキャンセル料が必要です。

①ご利用日の前日午後 4 時までにご連絡いただいた場合	無料
②ご利用日当日のキャンセルの場合	食材料費として 4 0 0 円頂きます。

※ ご利用日が休前日の場合はご注意下さい。

5. 健康上の理由による中止

- (1) 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。
- (2) 当日の健康チェックの結果体調が悪い場合、サービス内容の変更または中止することがあります。その場合、ご家族に連絡の上、適切に対応します。
- (3) ご利用中に体調が悪くなった場合、サービスを中止することがあります。その場合、ご家族に連絡の上、適切に対応します。また、必要に応じて速やかに、主治の医師または歯科医師に連絡を取る等必要な措置を講じます。

※ サービスを中止した場合、同月内であれば、ご希望の日に振り替えることができます。ただし、定員数分の予約が入っている日には振り替えできませんのでご了承ください。

6. 相談、要望、苦情等の窓口

通所介護に関する相談、要望、苦情等はサービス提供責任者が生活相談員までお申し出下さい。

7. 主たる判断者と急変時連絡先

(1) 主たる判断者

利用者自身で判断できない事柄や、家族と協議を要する事項については、家族の総意を代表する者として、主たる判断者を定めていただきます。

入所後、主たる判断者以外からの申し出等は、原則的に受け付けません。又、主たる判断者及びその指定する者以外には、個人記録を公開しません。

主たる判断者は、下記の者としします。

氏名／間柄	()
連絡先	Tel
	Tel

主たる判断者が指定する情報公開者

氏名／間柄	()
住所	
電話番号	
氏名／間柄	()
住所	
電話番号	
氏名／間柄	()
住所	
電話番号	
氏名／間柄	()
住所	
電話番号	

(2) 緊急時の対応

体調の変化等の場合は、下記に連絡します。

氏名	続柄	連絡先	電話番号

事業者

〔事業者名〕 社会福祉法人 ゆりかご会
 デイサービスセンター こでまりの苑
 (事業者番号 1374000402)
〔住 所〕 昭島市美堀町2丁目14番25号
〔代 表 者〕 理事長 尾西 幸子 印

上記内容の説明を受け、了承しました。

令和 年 月 日

利用者氏名 _____ 印

代理人氏名 _____ 印