

【契約書別紙】

<令和2年4月1日現在>

○ 担当職員：事業所の管理者・生活相談員 連絡先：0422-43-8122

○ 通所介護の内容（第4条）

・利用日 サービス利用票の通り

・利用時間 通所介護は、6時間以上7時間未満を標準とします。

（ご利用者によっては、3～4、4～5、5～6、7～8、8～9時間のご利用の場合もあります）

・利用場所 三鷹市 下連雀 5-2-5 弘済ケアセンター

・事業所の設備等 機能訓練室、集会室、静養室、相談室、送迎車両3台

・サービス内容 通所介護計画及び介護予防通所介護計画に沿って、送迎、食事の提供、その他必要な介護及び機能訓練、レクリエーション、趣味活動等の活動を提供します。

○ 利用料金（第6条）

認知症対応型通所介護利用料（介護保険適用部分、介護予防を含む）						
基本 利用 料		3～4時間	4～5時間	5～6時間	6～7時間	7～8時間
	要支援1	534円/回	557円/回	818円/回	839円/回	944円/回
	要支援2	590円/回	617円/回	909円/回	932円/回	1,052円/回
	要介護1	609円/回	635円/回	942円/回	964円/回	1,088円/回
	要介護2	666円/回	697円/回	1,040円/回	1,067円/回	1,201円/回
	要介護3	725円/回	760円/回	1,138円/回	1,167円/回	1,318円/回
	要介護4	784円/回	820円/回	1,234円/回	1,265円/回	1,433円/回
要介護5	843円/回	882円/回	1,334円/回	1,367円/回	1,547円/回	
加算	個別機能訓練加算			33円/回		

* 上記の額は、利用1回当りの介護報酬告示上の認知症対応型通所介護の単位に、サービス提供体制強化

加算(Ⅰ)18単位を加え、1単位10.83円の地域単価を乗じ、介護職員処遇改善加算(Ⅱ)の7.6%と介護職員等処遇改善加算(Ⅰ)の3.1%を加算した額の、利用者にご負担いただく1割相当の額です。個別機能訓練加算は、通所介護計画に位置付けられており且つ、実際に実施した場合に算定するものであり、介護職員処遇改善加算を加えた額の、利用者にご負担いただく1割相当の額です。実際にご負担いただく額は、介護保険負担割合証に応じた割合になります。

* 介護保険適用の場合でも、保険料の滞納等により、保険給付金が直接事業者を支払われない場合があります。その場合は、一旦1月あたりの料金をお支払いいただき、サービス提供証明書を発行いたします。このサービス提供証明書を後日、三鷹市健康福祉部高齢者支援課の窓口に出しますと、差額の払い戻しを受けることができます。

「実費負担」：介護保険適用部分以外の実費をご負担いただくのは以下のとおりです。

食事代	700円/食
行事等特別な食事代	実費
オムツ・パッド代	実費
活動材料費	実費

「キャンセル規定」：利用者のご都合でサービスを中止する場合も、キャンセル料はかかりませんが、下記のとおり、食事代の実費をご負担いただく場合があります。

①利用当日の午前10時までに利用中止のご連絡をいただいた場合	無料
②利用当日の午前10時までに利用中止のご連絡をいただけなかった場合	食事代700円

○ 健康上の理由による中止（第7条）

- ① 風邪や感染の恐れのある病気の場合、サービスの提供をお断りすることがあります。
- ② ご利用日当日の健康チェックの結果、体調が優れない場合、サービス内容の変更又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 ご利用中に体調を崩された場合、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。又、必要に応じて速やかにかかりつけ医に連絡をとる、緊急の場合救急対応をするなどの必要な措置を講じます。

○ 相談・要望・苦情等の窓口

当センターのサービスに関する相談・要望・苦情等は、管理者又は下記窓口までお申し出下さい。

☆ 相談・要望・苦情等の窓口 ☆

担当窓口：弘済ケアセンター 電話番号：0422-43-8122

受付時間：月～土曜日（祝祭日を除く）9：00～17：00

当事業所以外に、下記の苦情窓口に相談することができます。

三鷹市 健康福祉部 介護保険課 事業者指導係 電話：0422-45-1151

東京都国民健康保険団体連合会 苦情相談窓口 電話：03-6238-0177

事業者

<事業者名> 弘済ケアセンター (東京都№1373600186号)

<住所> 東京都 三鷹市 下連雀 5-2-5

<代表者名> 理事長 羽井佐利彦 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

住所 三鷹市

氏名 印

家族の代表

住所

氏 名 印

(利用者との続柄：.....)

家族以外の代理人

住 所

氏 名 印