**様式集**

**紀の川市介護予防・**

**日常生活支援総合事業**

**紀の川市福祉部高齢介護課**

２０２０年４月

様式第６号(第２０条関係)

紀の川市介護予防・日常生活支援総合事業利用申請書(新規・更新)

（宛先）紀の川市長

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 次のとおり申請します。 | 申請年月日 | 　　年　　月　　日　 |
| 申請者氏名 | 　 | 本人との関係 | 　 |
| 提出代行者名称 | 地域包括支援センターのみ㊞　 |
| 申請者住所 | ※申請者が被保険者の場合、申請者住所・電話番号は記載不要〒電話番号　　　　(　　　)　　　　　　 |
| 被保険者 | 被保険者番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 個人番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| フリガナ | 　 | 生年月日 | 　年　　月　　日 |
| 氏名 | 　 | 性別 | 男・女 |
| 住所 | 〒電話番号　　　　　(　　　)　　　　　　 |
| 前回の要介護認定の結果等※更新・変更申請の場合のみ記入 | 要介護状態区分　1　2　3　4　5　　要支援状態区分　1　2　　非該当　　事業対象者 |
| 有効期間　　　　　　　年　　月　　日から　　　　年　　月　　日まで |
| 変更申請の理由 | 変更申請のときのみ記入 |
| 住所地特例施設 | 入所施設名・所在地　　　期間　　　年　　月　　日～　　　年　　月　　日 |
| 【現在困っている事】 |
| 【希望のサービス】 |
| サービスを利用される場合、訪問によりご自宅の状況をお伺いします。 |
| 訪問日程について | 日程調整を行う時の連絡先 | 連絡者氏名 | ふりがな | 電話番号 |  |
| 本人との関係 |  | 連絡時の注意点 |  |
| 訪問日について（該当箇所に〇をしてください） | ・特になし |
| ・曜日希望　　月　・　火　・　水　・木　・　金 |
| ・時間希望　　午前　・　午後　　　　　時頃 |

介護予防ケアマネジメントを作成するために必要があるときは、基本チェックリストの内容や訪問時にお伺いしたあなたの状況を、紀の川市から地域包括支援センター、居宅介護支援事業者、居宅サービス事業者若しくは介護保険施設の関係人に提示することに同意します。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 代筆者氏名 | 　 | 本人との関係 | 本人氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 |
| 　 |
| 代筆者住所 | 　 | 電話番号 |
| 　 |

|  |
| --- |
| 　 |

|  |
| --- |
| ※市記入欄(記入しないでください)　 |
| 受付 | 高齢介護課 | 地域包括支援センター |
| 受付印 |  | 受付印 |  |

**基本チェックリスト**

**被保険者番号　（　　　　　　　　　　　　　）　　　　　　　　　　　　　記入日　　令和　　　年　　月　　日**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 氏名 | 　男　・　女 | 生年月日　（明・大・昭和　　　年　　月　　日） |
| 住所 | 電話 |
| 　 | 質　問　項　目 | 回　答（いずれかに○をお付けください） |
| 1 | バスや電車で１人で外出していますか | ０．はい | 1.いいえ |
| 2 | 日用品の買い物をしていますか | ０．はい | 1.いいえ |
| 3 | 預貯金の出し入れをしていますか | ０．はい | 1.いいえ |
| 4 | 友人の家を訪ねていますか | ０．はい | 1.いいえ |
| 5 | 家族や友人の相談にのっていますか | ０．はい | 1.いいえ |
| 6 | 階段を手すりや壁をつたわらずに昇っていますか | ０．はい | 1.いいえ |
| 7 | 椅子に座った状態から何もつかまらずに立ち上がっていますか | ０．はい | 1.いいえ |
| 8 | １５分くらい続けて歩いていますか | ０．はい | 1.いいえ |
| 9 | この１年間に転んだことがありますか | １．はい | 0.いいえ |
| 10 | 転倒に対する不安はおおきいですか | １．はい | 0.いいえ |
| 11 | ６ヶ月間で２～３ｋｇ以上の体重減少がありましたか | １．はい | 0.いいえ |
| 12 | 身長　　　ｃｍ　体重　　　　ｋｇ　（BMI＝　　　　　　）（注） | １．はい | 0.いいえ |
| 13 | 半年前に比べて固いものが食べにくくなりましたか | １．はい | 0.いいえ |
| 14 | お茶や汁物等でむせることがありますか | １．はい | 0.いいえ |
| 15 | 口の渇きが気になりますか | １．はい | 0.いいえ |
| 16 | 週に１回以上は外出していますか | ０．はい | 1.いいえ |
| 17 | 昨年と比べて外出の回数が減っていますか | １．はい | 0.いいえ |
| 18 | 周りの人から「いつも同じことを聞く」などの物忘れがあると言われますか | １．はい | 0.いいえ |
| 19 | 自分で電話番号を調べて、電話をかけることをしていますか | ０．はい | 1.いいえ |
| 20 | 今日が何月何日か分からない時がありますか | １．はい | 0.いいえ |
| 21 | （ここ２週間）毎日の生活に充実感がない | １．はい | 0.いいえ |
| 22 | （ここ２週間）これまで楽しんでやれてきたことが楽しめなくなった | １．はい | 0.いいえ |
| 23 | （ここ２週間）以前は楽にできていたことが今ではおっくうに感じられる | １．はい | 0.いいえ |
| 24 | （ここ２週間）自分が役に立つ人間だと思えない | １．はい | 0.いいえ |
| 25 | （ここ２週間）わけもなく疲れたような感じがする | １．はい | 0.いいえ |

（注）BMI=体重（ｋｇ）÷身長（ｍ）÷身長（ｍ）が１８．５未満の場合に該当とする。

市、地域包括支援センターが行う介護予防ケアマネジメントの実施にあたり、利用者の状況を把握する必要があるときは、利用者基本情報、アセスメントシートを市、居宅介護支援事業者、居宅サービス事業者、介護施設、主治医その他本事業の実施に必要な範囲で関係する者に提示することに同意します。

　　　　　　　　　　　　　　　　　　令和　　年　　月　　日　　　氏名

■**事業対象者に該当する基準**

１～２０の項目で、10項目以上に該当する方

６～１０の項目で、３項目以上に該当する方

１８～２０の項目に、１項目以上該当する方

２１～２５の項目に、2項目以上該当する方

※事業対象者とならない方でも、生活機能をチェックする中で機能低下がみられる項目があれば、一般介護予防事業の利用を勧め、それ以上悪化しないためのセルケアマネジメントの重要性を伝えます。

**※1枚目のみ印刷してください。**

様式第11号（第８条関係）　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（申請書表面）

介護保険　要介護認定・要支援認定申請書（新規・更新・変更）

（あて先）紀の川市長

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 次のとおり申請します。 | 申請年月日 | 令和　　　年　　　月　　　日 |
| 申請者氏名 |  | 本人との関係 |  |
| 提出代行者名　　　　称 | 該当に○(地域包括支援ｾﾝﾀｰ・居宅介護支援事業者・指定介護老人福祉施設・介護老人保健施設・指定介護療養型医療施設)㊞ |
| 申請者住所 | ※申請者が被保険者の場合、申請者住所・電話番号は記載不要〒　　　　　　電話番号　　　（　　　）　　　　　 |
| 被保険者 | 被保険者番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 個人番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| フリガナ |  | 生年月日 | 年　　月　　日 |
| 氏名 |  | 性別 | 男　・　女 |
| 住所 | 〒 |
| 電話番号　　　　　（　　　）　　　　　　　　 |
| 前回の要介護認定の結果等※更新・変更申請の場合のみ記入 | 要介護状態区分　１　 ２ 　３　 ４　 ５　　 要支援状態区分　１　 ２ |
| 有効期間 | 年　　月　　日から　　　　年　　月　　日まで　 |
| 変更申請の理由 | 変更申請のときのみ記入 |
| 過去６月間の介護保険施設医療機関等入院、入所の有無(短期入所除く) | 有 | 入所施設名・所在地 | 期間　　　　年　月　日～　年　月　日 |
| 無 | 医療機関名・所在地 | 期間　　　　年　月　日～　年　月　日 |
| 主治医 | 医療機関名 |  | 主治医の氏名 |  |
| 所在地 | 〒 |
| 電話番号　　　　　（　　　）　　　　　　　　 |
| 第２号被保険者（40歳から64歳の医療保険加入者）のみ記入 |
| 医療保険者名 |  | 医療保険被保険者証記号番号 |  |
| 特定疾病名 |  |

介護サービス計画又は介護予防サービス計画を作成するために必要があるときは、要介護認定・要支援認定にかかる調査内容、介護認定審査会による判定結果・意見、及び主治医意見書を、紀の川市から地域包括支援センター、居宅介護支援事業者、居宅サービス事業者若しくは介護保険施設の関係人、主治医意見書を記載した医師又は認定調査に従事した調査員に提示することに同意します。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 代筆者氏名 |  | 本人との関係 | **本人氏名**　　　　　　　　　　　　　　　　　 |
|  |
| 代筆者住所 |  | 電話番号 |
|  |

※市記入欄（記入しないで下さい）　　　　　　　　　　　　入力の確認

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 資格者証の発行 | 認定調査連絡事項 | 認定調査委託先　 |  |
| 済　・　未 | 有　 ・　無 | 　 |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 資格者証 | 認定調査 | 医師意見書 |
|  |  |  |

（申請書裏面）

（ご記入ください。）

認定調査について

　要介護認定のために、あなたのこころや身体の状況に関する項目について、調査員があなたのご家庭などにお伺いしてお聞きします。

　認定調査にあたって、調査員に連絡しておきたい事項等ございましたら、下記にご記入ください。

|  |  |
| --- | --- |
| 本　人　氏　名 |  |
| 日程調整を行うときの連絡先 | ふりがな |  | 電話番号 |  |
| 連絡者氏名 |  |
| 本人との関係 |  | 連絡時の注意点 |  |
| 認定調査日時について | * 特にない
* 曜日の希望がある

月曜日　・　火曜日　・　水曜日　・　木曜日　・　金曜日　* 時間の希望がある

午　前　・　午　後　　　　　　　　時頃 |
| 認定調査場所 | * 自宅　（住民票上の住所）
* その他（調査場所の住所を下記に記載してください）

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 |
| 家族等の立会いについて | どなたか認定調査時に同席する方はいますか。* いる　　家族（　　　　　　　　　）　その他（　　　　　　　　　　　　）
* いない
 |
| 手話通訳者などが必要ですか | あなたの意思を調査員に伝えるために、手話通訳者などが必要ですか。・必　要　　具体的にどのような人ですか　　　　　　（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）・必要ない |
| その他、認定調査に関して、何か伝えておきたいと思われることがありましたら、その内容をご記入ください。 |

**介護予防・日常生活支援総合事業第１号事業契約書（紀の川市例）**

　○○○○様（以下「利用者」という。)と○○○○（例：株式会社○○，社会福祉法人○○○会等）（以下「事業者」という。) は，事業者が提供するサービスの利用等について，以下のとおり契約を締結します。

**（契約の目的）**

第１条　事業者は，介護保険法（令和９年法律第１２３号）その他関係法令及びこの契約書に従い，利用者が可能な限り居宅においてその有する能力に応じ，自立した日常生活を営むことができるよう，次のサービスを提供します。

1. 第１号訪問事業【介護予防訪問介護相当サービス】（「契約書別紙（兼重要事項説明書）①」)
2. 第１号訪問事業【訪問型サービスＡ】 　（「契約書別紙（兼重要事項説明書）②」)
3. 第１号通所事業【訪問型サービスＣ】 　（「契約書別紙（兼重要事項説明書）③」)
4. 第１号通所事業【介護予防通所介護相当サービス】（「契約書別紙（兼重要事項説明書）④」)
5. 第１号通所事業【通所型サービスＡ】 　（「契約書別紙（兼重要事項説明書）⑤」)
6. 第１号通所事業【通所型サービスＣ】 　（「契約書別紙（兼重要事項説明書）⑥」)

**（契約期間）**

第２条　この契約の期間は，令和　　年　　月　　日から令和　　年　　月　　日までとします。

２　この契約の終期は，要支援の認定の有効期間満了日までとします。

３　前項の規定にかかわらず，紀の川市介護予防・日常生活支援総合事業の対象者としてサービスを受ける場合にあっては，利用者の介護予防サービス・支援計画に基づく期間とします。

４　上記契約期間満了日までに利用者から契約更新しない旨の申し出がない場合，本契約は●年間自動的に更新されるものとし，以後も同様とします。

**（個別サービス計画の作成及び変更）**

第３条　事業者は，利用者の日常生活全般の状況及び希望を踏まえ，利用者の介護予防サービス計画又は介護予防ケアマネジメントケアプラン（介護予防ケアマネジメント結果）（以下「介護予防ケアプラン」といいます。）の内容に沿って，サービスの目標及び目標を達成するための具体的サービス内容等を記載した個別サービス計画を作成します。個別サービス計画の作成に当たっては，事業者はその内容を利用者又はその家族に説明して利用者の同意を得，交付します。

２　事業者は，個別サービス計画の実施状況の把握を適切に行い，一定期間ごとに，目標達成の状況等を記載した記録を作成します。

**（提供するサービスの内容及びその変更）**

第４条　事業者が提供するサービスのうち，利用者が利用するサービスの内容，利用回数，

利用料は，「契約書別紙（兼重要事項説明書）」のとおりです。

２　利用者は，いつでもサービスの内容を変更するよう申し出ることができます。この申し出があった場合，当該変更が介護予防サービス計画又は介護予防ケアプランの範囲内で可能であり，第１条に規定する契約の目的に反するなど変更を拒む正当な理由がない限り，速やかにサービスの内容を変更します。

３　事業者は，利用者が介護予防サービス計画又は介護予防ケアプランの変更を希望する場合は，速やかに地域包括支援センター又は介護支援相談員に連絡するなど必要な援助を行います。

４　事業者は，提供するサービスのうち，介護保険の適用を受けないものがある場合には，そのサービスの内容及び利用料を具体的に説明し，利用者の同意を得ます。

**（利用料等の支払い）**

第５条　利用者は，事業者からサービスの提供を受けたときは，「契約書別紙（兼重要事項説明書）」の記載に従い，事業者に対し，利用者負担金を支払います。

２　利用料の請求や支払方法は，「契約書別紙（兼重要事項説明書）」のとおりです。

３　利用者が，「契約書別紙（兼重要事項説明書）」に記載の期日までにサービス利用の中止を申し入れなかった場合，利用者は事業者へキャンセル料を支払うものとします。ただし，体調や容体の急変など，やむを得ない事情がある場合は，キャンセル料は不要とします。

**（利用料の変更）**

第６条　事業者は，介護保険法その他関係法令の改正により，利用料の利用者負担金に変更が生じた場合は，利用者に対し速やかに変更の時期及び変更後の金額を説明の上，変更後の利用者負担金を請求することができるものとします。ただし，利用者は，この変更に同意することができない場合には，本契約を解約することができます。

**（利用料の滞納）**

第７条　利用者が正当な理由なく事業者に支払うべき利用者負担金を２ヵ月分以上滞納した場合は，事業者は，利用者に対し，１ヵ月以上の猶予期間を設けた上で支払い期限を定め，当該期限までに滞納額の全額の支払いがないときはこの契約を解約する旨の催告をすることができます。

２　事業者は，前項の催告をした場合には，担当の地域包括支援センター又は介護支援専門員及び紀の川市と連絡を取り，解約後も利用者の健康や生命に支障のないよう，必要な措置を講じます。

３　事業者は，前項の措置を講じた上で，利用者が第１項の期間内に滞納額の支払いをしなかったときは，文書をもって本契約を解約することができます。

**（利用者の解約権）**

第８条　利用者は，７日以上の予告期間を設けることにより，事業者に対しいつでもこの契約の解約を申し出ることができます。この場合，予告期間満了日に契約は解約されます。

２　利用者は，次の各号のいずれかに該当する場合は，前項の規定にかかわらず，予告期間を設けることなく直ちにこの契約を解約できます。

(1) 事業者が，正当な理由なく本契約に定めるサービスを提供せず，利用者の請求にもかかわらず，これを提供しようとしない場合

(2) 事業者が，第１２条に定める守秘義務に違反した場合

(3) 事業者が，利用者の身体・財産・名誉等を傷つけ，または著しい不信行為を行うなど，本契約を継続しがたい重大な事由が認められる場合

**（事業者の解約権）**

第９条　事業者は，第７条第３項に定めるもののほか，次の各号のいずれかに該当する場合は，文書により２週間以上の予告期間をもって，この契約を解約することができます。

(1) 利用者が故意に法令違反その他著しく常識を逸脱する行為をなし，事業者の再三の申し入れにもかかわらず改善の見込みがなく，本契約の目的を達することが著しく困難となった場合

(2) 利用者が事業者の通常の事業（又は送迎）の実施地域外に転居し，事業者においてサービスの提供の継続が困難であると見込まれる場合

２　事業者は，前項によりこの契約を解約する場合には，担当の地域包括支援センター又は介護支援専門員及び必要に応じ紀の川市に連絡を取り，解約後も利用者の健康や生命に支障のないよう，必要な措置を講じます。

**（契約の終了）**

第１０条　次の各号のいずれかに該当する場合は，この契約は終了します。

(1) 第２条第２項に基づき，利用者から契約更新しない旨の申し出があり，契約期間

　が満了した場合

(2) 第８条第１項に基づき，利用者から解約の意思表示がなされ，予告期間が満了し

　た場合

(3) 第６条又は第８条第２項に基づき，利用者から解約の意思表示がなされた場合

(4) 第７条第３項に基づき，事業者から解約の意思表示がなされた場合

(5) 第９条に基づき，事業者から解約の意思表示がなされ，予告期間が満了した場合

(6) 利用者が介護保険施設へ入所した場合

(7) 利用者が介護予防特定施設入居者生活介護，介護予防小規模多機能型居宅介護，

　又は介護予防認知症対応型共同生活介護を受けることとなった場合

(8) 利用者の要介護状態区分が要介護となった場合

(9) 事業対象者でない利用者の要介護状態区分が自立となった場合

(10) 利用者が死亡した場合

**（損害賠償）**

第１１条　事業者は，サービスの提供により，利用者又は利用者の家族の生命・身体・財産に損害が発生した場合は，速やかに利用者又は利用者の家族に対して損害を賠償します。ただし，当該損害について事業者の責任を問えない場合はこの限りではありません。

２　前項の義務履行を確保するため，事業者は損害賠償保険に加入します。

３　利用者又は利用者の家族に重大な過失がある場合，賠償額を減額することができます。

**（守秘義務）**

第１２条　事業者及び事業者の従業者は，サービスの提供に当たって知り得た利用者又は利用者の家族の秘密及び個人情報について，正当な理由がない限り，契約中及び契約終了後においても，第三者には漏らしません。

２　事業者は，事業者の従業員が退職後，在職中に知り得た利用者又は利用者の家族の秘密及び個人情報を漏らすことがないよう必要な処置を講じます。

３　事業者は，利用者及び利用者の家族の個人情報について，利用者の介護予防サービス計画又は介護予防ケアプラン立案のためのサービス担当者会議並びに地域包括支援センター又は介護支援専門員及び介護予防サービス事業者等との連絡調整において必要な場合に限り，必要最小限の範囲内で使用します。

４　第１項の規定にかかわらず，事業者は，高齢者虐待の防止，高齢者の養護者に対する支援等に関する法律（令和１７年法律１２４号）に定める通報ができるものとし，その場合，事業者は秘密保持義務違反の責任を負わないものとします。

**（苦情処理）**

第１３条　利用者又は利用者の家族は，提供されたサービスに苦情がある場合は，「契約書別紙（兼重要事項説明書）」に記載された事業者の相談窓口及び関係機関に対して，いつでも苦情を申し立てることができます。

２　事業者は，提供したサービスについて，利用者又は利用者の家族から苦情の申し出があった場合は，迅速かつ適切に対処し，サービスの向上及び改善に努めます。

３　事業者は，利用者が苦情申立を行った場合，これを理由としていかなる不利益な扱いもいたしません。

**（サービス内容等の記録の作成及び保存）**

第１４条　事業者は，提供した具体的なサービスの内容等の記録を整備し，当該サービスを提供した日から５年間保存します。

２　利用者及び利用者の後見人（必要に応じ利用者の家族を含む）は，事業者に対し，いつでも前項の記録の閲覧及び交付を求めることができます。

３　事業者は，契約の終了にあたって必要があると認められる場合は，利用者の同意を得た上で，利用者の指定する他の居宅介護支援事業者等へ，第１項の記録の写しを交付することができるものとします。

**（契約外条項）**

第１５条　本契約に定めのない事項については，介護保険法その他関係法令の定めるところを尊重し，利用者及び事業者の協議により定めます。

以上のとおり，介護予防・日常生活支援総合事業第１号事業に関する契約を締結します。

上記契約を証明するため，本書２通を作成し，利用者及び事業者の双方が記名・押印の上，それぞれ１部ずつ保有します。

※「また」以下については，契約書とは別に個人情報の同意書を作成し，

利用者から同意を得る場合は不要。

令和　　年　　月　　日

　（利用者）私は，この契約内容に同意し，サービスの利用を申し込みます。

また，第１２条第３項に定める利用者の個人情報の使用について，同意します。

利用者　　住　所

氏　名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　印

（代理人）私は，利用者本人の契約の意思を確認の上，本人に代わり，上記署名を行いました。

署名代行者　　住　所

氏　名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　印

本人との続柄

　（事業者）私は，利用者の申込みを受諾し，この契約書に定める各種サービスを，誠実に責任をもって行います。

事業者　　住　所

事業者（法人名）

代表者職・氏名　　　　　　　　　　　　　　　印

　（立会人）私は，（※利用者との続柄）として，この契約に立ち会いました。

住　所

氏　名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　印

　（家族代表）私は，第１２条第３項に定める利用者の家族の個人情報の使用について，

同意します。

家族代表　　住　所

氏　名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　印

※利用者の家族の個人情報の同意欄については，契約書とは別に個人情報の

同意書を作成し，利用者の家族から同意を得る場合は不要。

**介護予防・日常生活支援総合事業**

**第１号訪問事業（介護予防訪問介護相当サービス）契約書別紙（兼重要事項説明書）①**

**(紀の川市例)**

 あなた（利用者）に対するサービスの提供開始にあたり，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　○○○○ |
| 主たる事務所の所在地 | 〒000-0000　○○市○○○○○ |
| 代表者（職名・氏名） | 代表取締役　○○ ○○ |
| 設立年月日 | 令和○○年○○月○○日 |
| 電話番号 | ○○－○○○○－○○○○ |

**２．ご利用事業所の概要**

|  |  |
| --- | --- |
| ご利用事業所の名称 | ヘルパーステーション○○○ |
| サービスの種類 | 第１号訪問事業（介護予防訪問介護相当サービス） |
| 事業所の所在地 | 〒000-0000　紀の川市○○○○○ |
| 電話番号 | ○○－○○○○－○○○○ |
| 指定年月日・事業所番号 | 令和○○年○○月○○日指定 | ００００００００００ |
| 管理者の氏名 | ○○ ○○ |
| 通常の事業の実施地域 | 紀の川市 |

**３．事業の目的と運営の方針**

|  |  |
| --- | --- |
| 事業の目的 | 要支援状態又は事業対象者である利用者が，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，生活の質の確保及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，訪問介護相当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及びこの契約の定めに基づき，関係する市町村や事業者，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，利用者が要支援状態となることの予防，要支援状態の維持若しくは改善又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**

第１号訪問事業（訪問介護相当サービス）は，訪問介護員等が利用者のお宅を訪問し，入浴，排せつや食事等の介助，調理，洗濯や掃除等の家事など，日常生活上の世話を行うサービスです。

　具体的には，サービスの内容により，以下の区分に分けられます。

|  |  |
| --- | --- |
| 身体介護 | 利用者の身体に直接接触して行う介助や日常生活を営むのに必要な機能を高めるための介助や専門的な援助を行います。　例）起床介助，就寝介助，排泄介助，身体整容，食事介助，　　　更衣介助，清拭（せいしき) ，入浴介助，体位交換，服薬介助，　　　通院･外出介助など |
| 生活援助 | 家事を行うことが困難な利用者に対して，家事の援助を行います。例）調理，洗濯，掃除，買い物，薬の受取り，衣服の整理など |

**５．営業日時**

|  |  |
| --- | --- |
| 営業日 | 月曜日から金曜日までただし，国民の祝日（振り替え休日を含む）及び年末年始（12月31日から1月3日）及びお盆（8月13日から8月15日）を除きます。 |
| 営業時間 | 午前９時から午後６時までただし，利用者の希望に応じて，サービスの提供については，24時間対応可能な体制を整えるものとします。 |

**６．事業所の職員体制**

|  |  |
| --- | --- |
| 訪問介護員の職種 | 勤務の形態・人数 |
| 介護福祉士 | 常勤　○人，　　非常勤　○人 |
|  介護職員初任者研修修了者 | 常勤　○人，　　非常勤　○人 |
|  | 常勤　○人，　　非常勤　○人 |
|  | 常勤　○人，　　非常勤　○人 |

**７．管理者及びサービス提供責任者**

　事業所の管理者及びサービス提供責任者は下記のとおりです。

　サービス利用にあたって，ご不明な点やご要望などありましたら，何でもお申し出ください。

|  |  |
| --- | --- |
| 管理者 | ○○ ○○ |
| サービス提供責任者の氏名 | ○○ ○○ |

**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，**原則として負担割合証に記載した負担割合を基本利用料に乗じた額**です。ただし，介護保険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）第１号訪問事業（介護予防訪問介護相当サービス）の利用料**

**【基本部分】**※身体介護及び生活援助

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| サービス名称 | サービスの内容 | 基本利用料（１月あたり） | **利用者負担****(１割)** | **利用者負担****(２割)** | **利用者負担****(３割)** |
| 訪問型サービス（独自）Ⅰ（１月につき） | 　週１回程度のサービス　が必要とされた場合（事業対象者・要支援１・２） | １１，６８０円 | **１，１６８円** | **２，３３６円** | **３，５０４円** |
| 訪問型サービス（独自）Ⅱ（１月につき） | 　週２回程度のサービス　が必要とされた場合（要支援１・２） | ２３，３５０円 | **２，３３５円** | **４，６７０円** | **７，００５円** |
| 訪問型サービス（独自）Ⅲ（１月につき） | 　週２回を超える程度の　サービスが必要とされた場合（要支援２） | ３７，０４０円 | **３，７０４円** | **７，４０８円** | **11,112円** |

　上記の基本利用料は，厚生労働大臣が告示で定める介護予防訪問介護の金額に相当する金額であり，介護予防訪問介護の金額が改定された場合は，これら基本利用料も自動的に改定されます。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。

**【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 | 加算の要件 | 加算額 |
| 基本利用料 | **利用者負担****(１割)** | **利用者負担****(２割)** | **利用者負担****(３割)** |
| 初回加算 | 新規に個別サービス計画を作成した利用者に対してサービス提供責任者が初回にサービスを提供した場合等 | ２，０００円 | **２００円** | **４００円** | **６００円** |
| 生活機能向上連携加算Ⅰ（1ヶ月につき） | リハビリテーション専門職等が利用者宅を訪問することが難しい場合において、外部の介護予防通所リハ事業等の理学療法士等からの助言（アセスメント・カンファレンス）を受けることができる体制を構築し、助言を受けた上、個別サービス計画を作成し、また当該リハビリテーション専門職等は、介護予防通所リハ等のサービス提供の場において、又はICTを活用した動画等により、利用者の状態を把握した上で、助言をおこなった場合 | １，０００円 | **１００円** | **２００円** | **３００円** |
| 生活機能向上連携加算Ⅱ（１月につき） | サービス提供責任者が介護予防訪問リハビリテーション事業所の理学療法士等に同行し，共同して利用者の身体の状況等を評価した上，生活機能向上を目的とした個別サービス計画を作成し，理学療法士等と連携してサービス提供した場合 | ２，０００円 | **２００円** | **４００円** | **６００円** |
| 介護職員処遇改善加算Ⅰ※ | 当該加算の算定要件を満たす場合 | 上記基本部分と各種加算減算の合計１３．７％ |
| 介護職員処遇改善加算Ⅱ※ | 上記基本部分と各種加算減算の合計１０．０％ |
| 介護職員処遇改善加算Ⅲ※ | 上記基本部分と各種加算減算の合計５．５％ |
| 介護職員処遇改善加算Ⅳ※ | 加算Ⅲの９０％ |
| 介護職員処遇改善加算Ⅴ※ | 加算Ⅲの８０％ |

（注）※印の加算は区分支給限度額の算定対象からは除かれます。

**【減算】**

　以下の要件を満たす場合，上記の額を算定します。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 減算の種類 | 減算の要件 | **減算額** |
| 同一建物減算 | 事業所と同一建物等に居住する利用者又は１月当たりの利用者が同一の建物に２０人以上居住する建物の利用者にサービスを行う場合 | 上記基本部分の９０％ |
| サービス提供責任者体制の減算 | 介護職員初任者研修課程を修了したサービス提供責任者を配置している場合 | 上記基本部分の７０％ |

**（２）キャンセル料**

　第１号訪問事業（介護予防訪問介護相当サービス）は，利用料が月単位の定額制のため，キャンセル料は不要とします。

**（３）支払い方法**

　上記（１）及び（２）の利用料（利用者負担分の金額）は，１ヵ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書等については，利用者負担金の支払いを受けた後，○○日以内に差し上げます。

|  |  |
| --- | --- |
| 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○日（祝休日の場合は直前の平日）に，あなたが指定する下記の口座より引き落とします。○○銀行　○○支店　普通口座 ○○○○○○○ |
| 銀行振り込み | サービスを利用した月の翌月の○日（祝休日の場合は直前の平日）までに，事業者が指定する下記の口座にお振り込みください。○○銀行　○○支店　普通口座 ○○○○○○○ |
| 現金払い | サービスを利用した月の翌月の○日（休業日の場合は直前の営業日）までに，現金でお支払いください。 |

**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，速やかに下記の主治医及び家族等へ連絡を行う等，必要な措置を講じます。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 利用者の主治医 | 医療機関の名称氏名所在地電話番号 | ○○○○○○○○○○○○○○－○○○○－○○○○ |
| 緊急連絡先（家族等） | 氏名（利用者との続柄）電話番号 | ○○○○（○○○○）○○－○○○○－○○○○ |

**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，担当の地域包括支援センター（又は介護支援専門員）及び紀の川市等へ連絡を行うとともに，必要な措置を講じます。

**１１．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 ○○－○○○○－○○○○面接場所　当事業所の相談室苦情受付時間　事業所の営業日及び営業時間に同じ |

（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 | 紀の川市高齢介護課 | 電話　０７３６-７７-０９８０ |
| 和歌山県国民健康保険団体連合会 | 電話　０７３-４２７－４６７８ |

**１２．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）サービス提供の際，訪問介護員等は以下の業務を行うことができませんので，あらかじめご了解ください。

　　① 医療行為及び医療補助行為

　　② 各種支払いや年金等の管理，金銭の貸借など，金銭に関する取扱い

　　③ 他の家族の方に対する食事の準備 など

（２）訪問介護員等に対し，贈り物や飲食物の提供などはお断りいたします。

（３）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地域包括支援センター（又は介護支援専門員）又は当事業所の担当者へご連絡ください。

　　令和 　 年 月 日

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。

事　業　者　　所在地

事業者（法人）名

代表者職・氏名　　　　　　　　　　　　印

説明者職・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

署名代行者（又は法定代理人）

住　所

本人との続柄

氏　名　　　　　　　　　 　　　　 　　印

　　　　　　 立　会　人　　住　所

氏　名　　　　　　　　 　　　　　印

**介護予防・日常生活支援総合事業**

**第１号訪問事業（訪問型サービスＡ）契約書別紙（兼重要事項説明書）②**

**（紀の川市例）**

 あなた（利用者）に対するサービスの提供開始にあたり、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 ○○○○ |
| 主たる事務所の所在地 | 〒000-0000　○○市○○○○○ |
| 代表者（職名・氏名） | 代表取締役　○○ ○○ |
| 設立年月日 | 令和○○年○○月○○日 |
| 電話番号 | ○○○－○○○－○○○○ |

**２．ご利用事業所の概要**

|  |  |
| --- | --- |
| ご利用事業所の名称 | ヘルパーステーション○○○ |
| サービスの種類 | 第１号訪問事業（訪問型サービスＡ） |
| 事業所の所在地 | 〒000-0000　紀の川市○○○○○ |
| 電話番号 | ○○○－○○○－○○○○ |
| 指定年月日・事業所番号 | 令和○○年○○月○○日指定 | ００００００００００ |
| 管理者の氏名 | ○○ ○○ |
| 事業の実施地域 | 紀の川市 |

**３．事業の目的と運営の方針**

|  |  |
| --- | --- |
| 事業の目的 | 要支援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、生活の質の確保及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、介護予防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及びこの契約の定めに基づき、関係する市町村や事業者、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、利用者の要支援状態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**

第１号訪問事業（訪問型サービスＡ）は、訪問介護員等が利用者のお宅を訪問し、調理、洗濯や掃除等の家事など、日常生活上の世話を行うサービスです。

**５．営業日時**

|  |  |
| --- | --- |
| 営業日 | 月曜日から金曜日までただし、国民の祝日（振り替え休日を含む）及び年末年始（12月31日から1月3日）及びお盆（8月13日から8月15日）を除きます。 |
| 営業時間 | 　午前９時から午後６時まで　ただし、利用者の希望に応じて、サービスの提供については、24時間対応可能な体制を整えるものとします。 |

**６．事業所の職員体制**

|  |  |
| --- | --- |
| 従業者の職種 | 勤務の形態・人数 |
| 従事者 | 常勤　○人、　　非常勤　○人 |
| うち介護福祉士 | 常勤　○人、　　非常勤　○人 |
| うち介護職員初任者研修等修了者 | 常勤　○人、　　非常勤　○人 |
| うち一定の研修受講者 | 常勤　○人、　　非常勤　○人 |

**７．サービス提供の責任者**

　あなたへのサービス提供の責任者は下記のとおりです。

　サービス利用にあたって、ご不明な点やご要望などありましたら、何でもお申し出ください。

|  |  |
| --- | --- |
| 訪問事業責任者の氏名 | ○○ ○○ |

**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、**原則として負担割合証に記載した負担割合を基本利用料に乗じた額**です。ただし、介護保険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）第１号訪問事業・訪問型サービスＡの利用料**

【基本部分】

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| サービス名称 | 基本利用料(1回あたり) | **利用者負担****(1割)** | **利用者負担****(2割)** | **利用者負担****(3割)** |
| 訪問型サービスＡ | １，０００円／２０分未満のサービス | **１００円** | **２００円** | **３００円** |
| １，５００円／２０分以上４５分未満のサービス | **１５０円** | **３００円** | **４５０円** |
| １，８６０円／４５分以上のサービス | **１８６円** | **３７２円** | **５５８円** |

**【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 | 加算の要件 | 加算額 |
| 基本利用料 | **利用者負担****(１割)** | **利用者負担****(２割)** | **利用者負担****(３割)** |
| 遠方地加算（１回につき） | 中山間地域（指定された地域）におけるサービス提供の際に加算●指定地域・打田地区　神通、中畑、高野、五百谷・那賀地区葛谷地区（切畑）、中尾地区（平野）、名手上、赤沼田・粉河地区上勝神地区（勝神）、西川原、東川原、上鞆渕、中鞆渕、下鞆渕・桃山地区桃山町峯、桃山町中畑、桃山町垣内、桃山町畑野、桃山町野田原、桃山町脇谷、桃山町黒川、桃山町善田、桃山町大原 | ２８０円 | **２８円** | **５６円** | **８４円** |
| 介護職員処遇改善加算Ⅰ※ | 当該加算の算定要件を満たす場合 | 上記基本部分と各種加算減算の合計１３．７％ |
| 介護職員処遇改善加算Ⅱ※ | 上記基本部分と各種加算減算の合計１０．０％ |
| 介護職員処遇改善加算Ⅲ※ | 上記基本部分と各種加算減算の合計５．５％ |
| 介護職員処遇改善加算Ⅳ※ | 加算Ⅲの９０％ |
| 介護職員処遇改善加算Ⅴ※ | 加算Ⅲの８０％ |

（注）※印の加算は区分支給限度額の算定対象からは除かれます。

**【減算】**

　以下の要件を満たす場合，上記の額を算定します。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 減算の種類 | 減算の要件 | **減算額** |
| 同一建物減算 | 事業所と同一建物等に居住する利用者又は１月当たりの利用者が同一の建物に２０人以上居住する建物の利用者にサービスを行う場合 | 上記基本部分の９０％ |
| サービス提供責任者体制の減算 | 介護職員初任者研修課程を修了したサービス提供責任者を配置している場合 | 上記基本部分の７０％ |

**（２）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。ただし、あなたの体調や容体の急変など、やむを得ない事情がある場合は、キャンセル料は不要とします。

|  |  |
| --- | --- |
| キャンセルの時期 | キャンセル料 |
| 利用予定日の前日 | 利用者負担金の○○％の額 |
| 利用予定日の当日 | 利用者負担金の○○％の額 |

　（注）利用予定日の前々日までのキャンセルの場合は、キャンセル料不要です。

**（３）支払い方法**

　上記（１）から（２）までの利用料（利用者負担分の金額）は、１ヵ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書等については、利用者負担金の支払いを受けた後、○○日以内に差し上げます。

|  |  |
| --- | --- |
| 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○日（祝休日の場合は直前の平日）に、あなたが指定する下記の口座より引き落とします。○○銀行　○○支店　普通口座 ○○○○○○○ |
| 銀行振り込み | サービスを利用した月の翌月の○日（祝休日の場合は直前の平日）までに、事業者が指定する下記の口座にお振り込みください。○○銀行　○○支店　普通口座 ○○○○○○○ |
| 現金払い | サービスを利用した月の翌月の○日（休業日の場合は直前の営業日）までに、現金でお支払いください。 |

**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、速やかに下記の主治医及び家族等へ連絡を行う等、必要な措置を講じます。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 利用者の主治医 | 医療機関の名称氏名所在地電話番号 | ○○○○○○○○○○○○○○○－○○○－○○○○ |
| 緊急連絡先（家族等） | 氏名（利用者との続柄）電話番号 | ○○○○（○○○○）○○○－○○○－○○○○ |

**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、担当の地域包括支援センター及び紀の川市等へ連絡を行うとともに、必要な措置を講じます。

**１１．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 ○○○－○○○－○○○○面接場所　当事業所の相談室 |

（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 | 紀の川市高齢介護課 | 電話　０７３６-７７-０９８０ |
| 和歌山県国民健康保険団体連合会 | 電話　０７３-４２７－４６７８ |

**１２．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）サービス提供の際、訪問介護員等は以下の業務を行うことができませんので、あらかじめご了解ください。

　　① 医療行為及び医療補助行為

　　② 各種支払いや年金等の管理、金銭の貸借など、金銭に関する取扱い

　　③ 他の家族の方に対する食事の準備 など

（２）訪問介護員等に対し、贈り物や飲食物の提供などはお断りいたします。

（３）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地域包括支援センター又は当事業所の担当者へご連絡ください。

 　令和 　 年 月 日

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。

事　業　者　　所在地

事業者（法人）名

代表者職・氏名　　　　　　　　　　　　印

説明者職・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

署名代行者（又は法定代理人）

住　所

本人との続柄

氏　名　　　　　　　　　 　　　　 　　印

　　　　　　 立　会　人　　住　所

氏　名　　　　　　　　 　　　　　印

**介護予防・日常生活支援総合事業**

**第１号訪問事業（訪問型サービスＣ）契約書別紙（兼重要事項説明書）③**

**（紀の川市例）**

 あなた（利用者）に対するサービスの提供開始にあたり、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 ○○○○ |
| 主たる事務所の所在地 | 〒000-0000　○○市○○○○○ |
| 代表者（職名・氏名） | 代表取締役　○○ ○○ |
| 設立年月日 | 令和○○年○○月○○日 |
| 電話番号 | ○○○－○○○－○○○○ |

**２．ご利用事業所の概要**

|  |  |
| --- | --- |
| ご利用事業所の名称 | ヘルパーステーション○○○ |
| サービスの種類 | 第１号訪問事業（訪問型サービスＣ） |
| 事業所の所在地 | 〒000-0000　紀の川市○○○○○ |
| 電話番号 | ○○○－○○○－○○○○ |
| 指定年月日・事業所番号 | 令和○○年○○月○○日指定 | ００００００００００ |
| 管理者の氏名 | ○○ ○○ |
| 事業の実施地域 | 紀の川市 |

**３．事業の目的と運営の方針**

|  |  |
| --- | --- |
| 事業の目的 | 要支援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、生活の質の確保及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、介護予防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及びこの契約の定めに基づき、関係する市町村や事業者、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、利用者の要支援状態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**

第１号訪問事業（訪問型サービスＣ）は、短期間で集中的に保健・医療の専門資格を有する者が利用者のお宅を訪問し、生活機能の向上のために必要な相談や支援を行うサービスです。

**５．営業日時**

|  |  |
| --- | --- |
| 営業日 | 月曜日から金曜日までただし、国民の祝日（振り替え休日を含む）及び年末年始（12月31日から1月3日）及びお盆（8月13日から8月15日）を除きます。 |
| 営業時間 | 　午前９時から午後６時まで　ただし、利用者の希望に応じて、サービスの提供については、24時間対応可能な体制を整えるものとします。 |

**６．事業所の職員体制**

|  |  |
| --- | --- |
| 従業者の職種 | 勤務の形態・人数 |
| 従事者 | 常勤　○人、　　非常勤　○人 |
| うち○○○ | 常勤　○人、　　非常勤　○人 |
| うち○○○ | 常勤　○人、　　非常勤　○人 |
| うち○○○ | 常勤　○人、　　非常勤　○人 |

**７．サービス提供の責任者**

　あなたへのサービス提供の責任者は下記のとおりです。

　サービス利用にあたって、ご不明な点やご要望などありましたら、何でもお申し出ください。

|  |  |
| --- | --- |
| 訪問事業責任者の氏名 | ○○ ○○ |

**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、**ありません。**

**（１）第１号訪問事業（訪問型サービスＣ）の利用料**

【基本部分】

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| サービス名称 | 基本利用料(1回あたり) | **利用者負担** |
| 訪問型サービスＣ | ５，０００円／回２０分以上のサービス（リハビリ提供時間のみ）・提供開始から３ヵ月まで | **０円** |
| ３，０００円／回２０分以上のサービス（リハビリ提供時間のみ）・３ヵ月から６ヵ月まで | **０円** |

**【減算】**

　以下の要件を満たす場合，上記の額を算定します。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 減算の種類 | 減算の要件 | **減算額** |
| 同一建物減算 | 事業所と同一建物等に居住する利用者又は１月当たりの利用者が同一の建物に２０人以上居住する建物の利用者にサービスを行う場合 | 上記基本部分の９０％ |
| サービス提供責任者体制の減算 | 介護職員初任者研修課程を修了したサービス提供責任者を配置している場合 | 上記基本部分の７０％ |

**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、速やかに下記の主治医及び家族等へ連絡を行う等、必要な措置を講じます。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 利用者の主治医 | 医療機関の名称氏名所在地電話番号 | ○○○○○○○○○○○○○○○－○○○－○○○○ |
| 緊急連絡先（家族等） | 氏名（利用者との続柄）電話番号 | ○○○○（○○○○）○○○－○○○－○○○○ |

**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、担当の地域包括支援センター及び紀の川市等へ連絡を行うとともに、必要な措置を講じます。

**１１．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 ○○○－○○○－○○○○面接場所　当事業所の相談室 |

（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 | 紀の川市高齢介護課 | 電話　０７３６-７７-０９８０ |
| 和歌山県国民健康保険団体連合会 | 電話　０７３-４２７－４６７８ |

**１２．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）サービス提供の際、訪問介護員等は以下の業務を行うことができませんので、あらかじめご了解ください。

　　① 医療行為及び医療補助行為

　　② 各種支払いや年金等の管理、金銭の貸借など、金銭に関する取扱い

　　③ 他の家族の方に対する食事の準備 など

（２）訪問介護員等に対し、贈り物や飲食物の提供などはお断りいたします。

（３）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地域包括支援センター又は当事業所の担当者へご連絡ください。

 　令和 　 年 月 日

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。

事　業　者　　所在地

事業者（法人）名

代表者職・氏名　　　　　　　　　　　　印

説明者職・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

署名代行者（又は法定代理人）

住　所

本人との続柄

氏　名　　　　　　　　　 　　　　 　　印

　　　　　　 立　会　人　　住　所

氏　名　　　　　　　　 　　　　　印

**介護予防・日常生活支援総合事業**

**第１号通所事業（介護予防通所介護相当サービス）契約書別紙（兼重要事項説明書）④**

**（紀の川市例）**

 あなた（利用者）に対するサービスの提供開始にあたり，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 ○○○○ |
| 主たる事務所の所在地 | 〒000-0000　○○市○○○○○ |
| 代表者（職名・氏名） | 代表取締役　○○ ○○ |
| 設立年月日 | 令和○○年○○月○○日 |
| 電話番号 | ○○－○○○○－○○○○ |

**２．ご利用事業所の概要**

|  |  |
| --- | --- |
| ご利用事業所の名称 | デイサービスセンター○○○ |
| サービスの種類 | 第１号通所事業（介護予防通所介護相当サービス） |
| 事業所の所在地 | 〒000-0000　紀の川市○○○○○ |
| 電話番号 | ○○－○○○○－○○○○ |
| 指定年月日・事業所番号 | 令和○○年○○月○○日指定 | ００００００００００ |
| 実施単位・利用定員 | ○単位 | 定員○○人 |
| 通常の事業の実施地域 | 紀の川市 |

**３．事業の目的と運営の方針**

|  |  |
| --- | --- |
| 事業の目的 | 要支援状態又は事業対象者である利用者が，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，生活の質の確保及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，通所介護相当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及びこの契約の定めに基づき，関係する市町村や事業者，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，利用者が要支援状態となることの予防，要支援状態の維持若しくは改善又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**

第１号通所事業（介護予防通所介護相当サービス）は，事業者が設置する事業所（デイサービスセンター）に通っていただき，入浴，排せつ，食事等の介護，生活等に関する相談及び助言，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及び機能訓練を行うことにより，利用者の心身機能の維持を図るサービスです。

**５．営業日時**

|  |  |
| --- | --- |
| 営業日 | 月曜日から金曜日までただし，国民の祝日（振り替え休日を含む）及び年末年始（12月31日から1月3日）及びお盆（8月13日から8月15日）を除きます。 |
| 営業時間 | 午前８時３０分から午後６時３０分まで |
| サービス提供時間 | 午前９時３０分から午後４時４５分まで |

**６．事業所の職員体制**

|  |  |
| --- | --- |
| 従業者の職種 | 勤務の形態・人数 |
| 生活相談員 | 常勤　○人，　　非常勤　○人 |
|  看護職員 | 常勤　○人，　　非常勤　○人 |
|  介護職員 | 常勤　○人，　　非常勤　○人 |
| 機能訓練指導員 | 常勤　○人，　　非常勤　○人 |

**７．管理者**

　事業所の管理者は下記のとおりです。

　サービス利用にあたって，ご不明な点やご要望などありましたら，何でもお申し出ください。

|  |  |
| --- | --- |
| 管理者の氏名 | 　 ○○ ○○ |

**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**原則として負担割合証に記載した負担割合を基本利用料に乗じた額**です。ただし，介護保険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）第１号通所事業（通所介護相当サービス）の利用料・・・基本部分，加算・減算の合計の額となります。**

**【基本部分：通所介護相当サービス】**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 利用者の要介護度 | 基本利用料 | **利用者負担****(1割)** | **利用者負担****(2割)** | **利用者負担****(3割)** |
| 事業対象者要支援１ | １６，４７０円（１月につき） | **１，６４７円** | **３，２９４円** | **４，９４１円** |
| 要支援２ | ３３，７７０円（１月につき） | **３，３７７円** | **６，７５４円** | **１０，１３１円** |

　上記の基本利用料は，紀の川市長が定める介護予防通所介護相当サービスの金額であり，介護予防通所介護相当サービスの金額が改定された場合は，これら基本利用料も自動的に改定されます。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。

**【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 | 加算の要件（概要） | 加算額 |
| 基本利用料 | **利用者負担****(１割)** | **利用者負担****(２割)** | **利用者負担****(３割)** |
| 若年性認知症利用者受入加算 | 個別の担当者を定めた上で若年性認知症利用者へサービス提供した場合 | ２，４００円 | **２４０円** | **４８０円** | **７２０円** |
| 生活機能向上グループ活動加算 | 利用者の生活機能の向上を目的として共通の課題を有する複数の利用者からなるグループに対して実施される日常生活上の支援のための活動を行った場合 | １，０００円 | **１００円** | **２００円** | **３００円** |
| 運動器機能向上加算 | 運動器の機能向上を目的として個別的に実施される機能訓練を行った場合 | ２，２５０円 | **２２５円** | **４５０円** | **６７５円** |
| 栄養改善加算 | 低栄養状態の改善等を目的として，個別的に実施される栄養食事相談等の栄養管理を行った場合 | １，５００円 | **１５０円** | **３００円** | **４５０円** |
| 口腔機能向上加算 | 口腔機能の向上を目的として，個別的に実施される口腔掃除の指導若しくは実施又は摂食・嚥下機能に関する訓練の指導若しくは実施を行った場合 | １，５００円 | **１５０円** | **３００円** | **４５０円** |
| 選択的サービス複数実施加算Ⅰ | 運動器機能向上サービス，栄養改善サービス又は口腔機能向上サービスのうち複数のサービスを実施した場合 | ４，８００円 | **４８０円** | **９６０円** | **１，４４０円** |
| 選択的サービス複数実施加算Ⅱ | ７，０００円 | **７００円** | **１４００円** | **２，１００円** |
| 事業所評価加算 | 別に厚生労働大臣が定める基準に適合している場合 | １，２００円 | **１２０円** | **２４０円** | **３６０円** |
| サービス提供体制強化加算（Ⅰ）イ※ | 事業対象者・要支援１ | ７２０円 | **７２円** | **１４４円** | **２１６円** |
| 要支援２ | １，４４０円 | **１４４円** | **２８８円** | **４３２円** |
| サービス提供体制強化加算（Ⅰ）ロ※ | 事業対象者・要支援１ | ４８０円 | **４８円** | **９６円** | **１４４円** |
| 要支援２ | ９６０円 | **９６円** | **１９２円** | **２８８円** |
| サービス提供体制強化加算（Ⅱ）※ | 事業対象者・要支援１ | ２４０円 | **２４円** | **４８円** | **７２円** |
| 要支援２ | ４８０円 | **４８円** | **９６円** | **１４４円** |
| 生活機能向上連携加算 | 外部の介護予防通所リハ事業所等のリハビリテーション専門職や医師が通所型サービス事業所等を訪問し、共同でアセスメントを行い、個別機能訓練計画等を作成した場合 | ２，０００円 | **２００円** | **４００円** | **６００円** |
| 上記の場合で、運動器機能向上加算を算定している場合 | １，０００円 | **１００円** | **２００円** | **３００円** |
| 栄養スクリーニング加算 | 管理営養士以外の介護職員等でも実施可能な栄養スクリーニングを行い、介護予防ケアマネジメントの実施者等に栄養状態に係る情報を文書で共有した場合 | ５０円 | **５円** | **１０円** | **１５円** |
| 介護職員処遇改善加算Ⅰ※ | 当該加算の算定要件を満たす場合 | 上記基本部分と各種加算減算の合計５．９％ |
| 介護職員処遇改善加算Ⅱ※ | 上記基本部分と各種加算減算の合計４．３％ |
| 介護職員処遇改善加算Ⅲ※ | 上記基本部分と各種加算減算の合計２．３％ |
| 介護職員処遇改善加算Ⅳ※ | 加算Ⅲの９０％ |
| 介護職員処遇改善加算Ⅴ※ | 加算Ⅲの８０％ |

（注）※印の加算は区分支給限度額の算定対象からは除かれます。

**【減算】**

　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減算されます。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 減算の種類 | 減算の要件（概要） | 減算額 |
| 基本利用料 | **利用者負担****(１割)** | **利用者負担****(２割)** | **利用者負担****(３割)** |
| 同一建物減算 | 当該減算の要件に該当した場合（１月につき） | 事業対象者・要支援１ | １２，７１０円 | **１，２７１円** | **２，５４２円** | **３，８１３円** |
| 要支援２ | ２６，２５０円 | **２，６２５円** | **５，２５０円** | **７，８７５円** |
| 定員超過・人員基準欠如 | 当該減算の要件に該当した場合（１月につき） | 事業対象者・要支援１ | １１，５２９円 | **１，１５３円** | **２，３０６円** | **３，４５９円** |
| 要支援２ | ２３，６３９円 | **２，３６４円** | **４，７２８円** | **７，０９２円** |

**（２）その他の費用**

|  |  |
| --- | --- |
| 食費 | 食事の提供をする場合，１食につき○○円の食費をいただきます。 |
| おむつ代 | おむつの提供をする場合，１回につき○○円の実費をいただきます。 |
| その他 | 上記以外の日常生活において通常必要となるものに係る経費であって，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。 |

**（３）キャンセル料**

第１号通所事業（通所介護相当サービス）は，利用料が月単位の定額制のため，キャンセル料は不要とします。

**（４）支払い方法**

　上記（１）から（３）までの利用料（利用者負担分の金額）は，１ヵ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書等については，利用者負担金の支払いを受けた後，○○日以内に差し上げます。

|  |  |
| --- | --- |
| 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○日（祝休日の場合は直前の平日）に，あなたが指定する下記の口座より引き落とします。○○銀行　○○支店　普通口座 ○○○○○○○ |
| 銀行振り込み | サービスを利用した月の翌月の○日（祝休日の場合は直前の平日）までに，事業者が指定する下記の口座にお振り込みください。○○銀行　○○支店　普通口座 ○○○○○○○ |
| 現金払い | サービスを利用した月の翌月の○日（休業日の場合は直前の営業日）までに，現金でお支払いください。 |

**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，速やかに下記の主治医及び家族等へ連絡を行う等，必要な措置を講じます。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 利用者の主治医 | 医療機関の名称氏名所在地電話番号 | ○○○○○○○○○○○○○○－○○○○－○○○○ |
| 緊急連絡先（家族等） | 氏名（利用者との続柄）電話番号 | ○○○○（○○○○）○○－○○○○－○○○○ |

**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，担当の地域包括支援センター（又は介護支援専門員）及び紀の川市等へ連絡を行うとともに，必要な措置を講じます。

**１１．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 ○○－○○○○－○○○○面接場所　当事業所の相談室 |

（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 | 紀の川市高齢介護課 | 電話　０７３６-７７-０９８０ |
| 和歌山県国民健康保険団体連合会 | 電話　０７３-４２７－４６７８ |

**１２．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）サービスの利用中に気分が悪くなったときは，すぐに職員にお申し出ください。

（２）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します。

（３）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地域包括支援センター（又は介護支援専門員）又は当事業所の担当者へご連絡ください。

**１３．非常災害対策**

事業者は，非常災害に関する具体的計画に基づき，事業所の管理者を防火責任者として次のとおり必要な訓練を行っており，また，消防法上必要な設備を備えております。

　防災訓練　年○回

　避難訓練　年○回

　通報訓練　年○回

　　令和 　 年 月 日

　　　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。

事　業　者　　所在地

事業者（法人）名

代表者職・氏名　　　　　　　　　　　　印

説明者職・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

署名代行者（又は法定代理人）

住　所

本人との続柄

氏　名　　　　　　　　　 　　　　 　　印

　　　　　　 立　会　人

住　所

氏　名　　　　　　　　 　　　　　印

**介護予防・日常生活支援総合事業**

**第１号通所事業（通所型サービスＡ）契約書別紙（兼重要事項説明書）⑤**

 あなた（利用者）に対するサービスの提供開始にあたり、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 ○○○○ |
| 主たる事務所の所在地 | 〒000-0000　○○市○○○○○ |
| 代表者（職名・氏名） | 代表取締役　○○ ○○ |
| 設立年月日 | 令和○○年○○月○○日 |
| 電話番号 | ○○○－○○○－○○○○ |

**２．ご利用事業所の概要**

|  |  |
| --- | --- |
| ご利用事業所の名称 | デイサービスセンター○○○ |
| サービスの種類 | 第１号通所事業（通所型サービスＡ） |
| 事業所の所在地 | 〒000-0000　紀の川市○○○○○ |
| 電話番号 | ○○○－○○○－○○○○ |
| 指定年月日・事業所番号 | 令和○○年○○月○○日指定 | ００００００００００ |
| 利用定員 |  定員○○人 |
| 事業の実施地域 | 紀の川市 |

**３．事業の目的と運営の方針**

|  |  |
| --- | --- |
| 事業の目的 | 要支援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、生活の質の確保及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、介護予防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及びこの契約の定めに基づき、関係する市町村や事業者、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、利用者の要支援状態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**

第１号通所事業（通所型サービスＡ）は、事業者が設置する事業所（デイサービスセンター）に通っていただき、生活等に関する相談及び助言、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及び機能訓練を行うことにより、利用者の心身機能の維持を図るサービスです。

**５．営業日時**

|  |  |
| --- | --- |
| 営業日 | 月曜日から金曜日までただし、国民の祝日（振り替え休日を含む）及び年末年始（12月31日から1月3日）及びお盆（8月13日から8月15日）を除きます。 |
| 営業時間 | 　午前８時３０分から午後６時３０分まで |
| サービス提供時間 | 　午前９時３０分から午後４時３０分まで |
| 　延長時間は、午前８時３０分から午前９時３０分まで 及び午後４時３０分から午後６時３０分まで とします。 |

**６．事業所の職員体制**

|  |  |
| --- | --- |
| 従業者の職種 | 勤務の形態・人数 |
| 従業員 | 常勤　○人、　　非常勤　○人 |
| 　　うち○○○ | 常勤　○人、　　非常勤　○人 |
| 　　うち○○○ | 常勤　○人、　　非常勤　○人 |
| 　　うち○○○ | 常勤　○人、　　非常勤　○人 |

**７．サービス提供の責任者**

　あなたへのサービス提供の管理責任者（管理者）は下記のとおりです。

　サービス利用にあたって、ご不明な点やご要望などありましたら、何でもお申し出ください。

|  |  |
| --- | --- |
| 管理責任者の氏名 | 管　理　者　 ○○ ○○ |

**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、**原則として負担割合証に記載した負担割合を基本利用料に乗じた額**です。ただし、介護保険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）第１号通所事業の利用料・・・基本部分及び加算の合計の額となります。**

**【**基本部分**：通所型サービスＡ】**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| サービス名称 | 基本利用料(1回あたり) | **利用者負担****(1割)** | **利用者負担****(2割)** | **利用者負担****(3割)** |
| 通所型サービスＡ | ２，３００円／回２時間以上３時間未満のサービス | **２３０円** | **４６０円** | **６９０円** |
| ２，７９０円／回　３時間以上 | **２７９円** | **５５８円** | **８３７円** |

**【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 | 加算の要件 | 加算 |
| 介護職員処遇改善加算Ⅰ※ | 当該加算の算定要件を満たす場合 | 上記基本部分と各種加算減算の合計５．９％ |
| 介護職員処遇改善加算Ⅱ※ | 上記基本部分と各種加算減算の合計４．３％ |
| 介護職員処遇改善加算Ⅲ※ | 上記基本部分と各種加算減算の合計２．３％ |
| 介護職員処遇改善加算Ⅳ※ | 加算Ⅲの９０％ |
| 介護職員処遇改善加算Ⅳ※ | 加算Ⅲの８０％ |

（注）※印の加算は区分支給限度額の算定対象からは除かれます。

**【減算】**

　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減算されます。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 減算の種類 | 減算の要件（概要） | 減算額 |
| 同一建物減算 | 当該減算の要件に該当した場合（１回につき） | 750円 |
| 定員超過・人員基準欠如 | 当該減算の要件に該当した場合（１回につき） | 基本利用料の30％ |

**（２）その他の費用**

|  |  |
| --- | --- |
| 延長料金 | 利用者の希望により、サービス提供時間を超えてサービスを利用した場合、１時間につき○○円の延長料金をいただきます。 |
| 食費 | 食事の提供を受けた場合、１回につき○○円の食費をいただきます。 |
| おむつ代 | おむつの提供を受けた場合、１回につき○○円の実費をいただきます。 |
| 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。 |

**（３）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。ただし、あなたの体調や容体の急変など、やむを得ない事情がある場合は、キャンセル料は不要とします。

|  |  |
| --- | --- |
| キャンセルの時期 | キャンセル料 |
| 利用予定日の前日 | 利用者負担金の○○％の額 |
| 利用予定日の当日 | 利用者負担金の○○％の額 |

　（注）利用予定日の前々日までのキャンセルの場合は、キャンセル料不要です。

**（４）支払い方法**

　上記（１）から（３）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書等については、利用者負担金の支払いを受けた後、○○日以内に差し上げます。

|  |  |
| --- | --- |
| 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○日（祝休日の場合は直前の平日）に、あなたが指定する下記の口座より引き落とします。○○銀行　○○支店　普通口座 ○○○○○○○ |
| 銀行振り込み | サービスを利用した月の翌月の○日（祝休日の場合は直前の平日）までに、事業者が指定する下記の口座にお振り込みください。○○銀行　○○支店　普通口座 ○○○○○○○ |
| 現金払い | サービスを利用した月の翌月の○日（休業日の場合は直前の営業日）までに、現金でお支払いください。 |

**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、速やかに下記の主治医及び家族等へ連絡を行う等、必要な措置を講じます。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 利用者の主治医 | 医療機関の名称氏名所在地電話番号 | ○○○○○○○○○○○○○○○－○○○－○○○○ |
| 緊急連絡先（家族等） | 氏名（利用者との続柄）電話番号 | ○○○○（○○○○）○○○－○○○－○○○○ |

**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、担当の地域包括支援センター及び紀の川市等へ連絡を行うとともに、必要な措置を講じます。

**１１．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 ○○○－○○○－○○○○面接場所　当事業所の相談室 |

（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 | 紀の川市高齢介護課 | 電話　０７３６-７７-０９８０ |
| 和歌山県国民健康保険団体連合会 | 電話　０７３-４２７－４６７８ |

**１２．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）サービスの利用中に気分が悪くなったときは、すぐに職員にお申し出ください。

（２）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します。

（３）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地域包括支援センター又は当事業所の担当者へご連絡ください。

**１３．非常災害対策**

事業者は、当事業所の所在する地域の環境及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。

 　令和 　 年 月 日

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。

事　業　者　　所在地

事業者（法人）名

代表者職・氏名　　　　　　　　　　　　印

説明者職・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

署名代行者（又は法定代理人）

住　所

本人との続柄

氏　名　　　　　　　　　 　　　　 　　印

　　　　　　 立　会　人　　住　所

氏　名　　　　　　　　 　　　　　印

**介護予防・日常生活支援総合事業**

**第１号通所事業（通所型サービスＣ）契約書別紙（兼重要事項説明書）⑥**

 あなた（利用者）に対するサービスの提供開始にあたり、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 ○○○○ |
| 主たる事務所の所在地 | 〒000-0000　○○市○○○○○ |
| 代表者（職名・氏名） | 代表取締役　○○ ○○ |
| 設立年月日 | 令和○○年○○月○○日 |
| 電話番号 | ○○○－○○○－○○○○ |

**２．ご利用事業所の概要**

|  |  |
| --- | --- |
| ご利用事業所の名称 | デイサービスセンター○○○ |
| サービスの種類 | 第１号通所事業（通所型サービスＣ） |
| 事業所の所在地 | 〒000-0000　紀の川市○○○○○ |
| 電話番号 | ○○○－○○○－○○○○ |
| 指定年月日・事業所番号 | 令和○○年○○月○○日指定 | ００００００００００ |
| 利用定員 |  定員○○人 |
| 事業の実施地域 | 紀の川市 |

**３．事業の目的と運営の方針**

|  |  |
| --- | --- |
| 事業の目的 | 要支援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、生活の質の確保及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、介護予防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及びこの契約の定めに基づき、関係する市町村や事業者、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、利用者の要支援状態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**

第１号通所事業（通所型サービスＣ）は、事業者が設置する事業所に短期間で集中的に通っていただき、保健・医療の専門資格を有する者が生活等に関する相談及び助言、健康状態の確認や機能訓練を行うことにより、利用者の心身機能の維持を図るサービスです。

**５．営業日時**

|  |  |
| --- | --- |
| 営業日 | 月曜日から金曜日までただし、国民の祝日（振り替え休日を含む）及び年末年始（12月31日から1月3日）及びお盆（8月13日から8月15日）を除きます。 |
| 営業時間 | 　午前８時３０分から午後６時３０分まで |
| サービス提供時間 | 　午前９時３０分から午後４時３０分まで |
| 　延長時間は、午前８時３０分から午前９時３０分まで 及び午後４時３０分から午後６時３０分まで とします。 |

**６．事業所の職員体制**

|  |  |
| --- | --- |
| 従業者の職種 | 勤務の形態・人数 |
| 従業員 | 常勤　○人、　　非常勤　○人 |
| 　　うち○○○ | 常勤　○人、　　非常勤　○人 |
| 　　うち○○○ | 常勤　○人、　　非常勤　○人 |
| 　　うち○○○ | 常勤　○人、　　非常勤　○人 |

**７．サービス提供の責任者**

　あなたへのサービス提供の管理責任者（管理者）は下記のとおりです。

　サービス利用にあたって、ご不明な点やご要望などありましたら、何でもお申し出ください。

|  |  |
| --- | --- |
| 管理責任者の氏名 | 管　理　者　 ○○ ○○ |

**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、**ありません。**

**（１）第１号通所事業（通所型サービスＣ）の利用料**

**【**基本部分**】**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| サービス名称 | 基本利用料 | **利用者負担** |
| 通所型サービスＣ | ２０，０００円／月利用開始から3ヵ月まで・事業対象者・要支援1 | **０円** |
| ３９，０００円／月　利用開始から3ヵ月まで・要支援２ | **０円** |
| １２，０００円／月利用開始から3ヵ月まで・事業対象者・要支援1 | **０円** |
| ２３，４００円／月　利用開始から3ヵ月まで・要支援２ | **０円** |

**（２）その他の費用**

|  |  |
| --- | --- |
| 延長料金 | 利用者の希望により、サービス提供時間を超えてサービスを利用した場合、○分につき○○円の延長料金をいただきます。 |
| 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。 |

**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、速やかに下記の主治医及び家族等へ連絡を行う等、必要な措置を講じます。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 利用者の主治医 | 医療機関の名称氏名所在地電話番号 | ○○○○○○○○○○○○○○○－○○○－○○○○ |
| 緊急連絡先（家族等） | 氏名（利用者との続柄）電話番号 | ○○○○（○○○○）○○○－○○○－○○○○ |

**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、担当の地域包括支援センター及び紀の川市等へ連絡を行うとともに、必要な措置を講じます。

**１１．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 ○○○－○○○－○○○○面接場所　当事業所の相談室 |

（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 | 紀の川市高齢介護課 | 電話　０７３６-７７-０９８０ |
| 和歌山県国民健康保険団体連合会 | 電話　０７３-４２７－４６７８ |

**１２．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）サービスの利用中に気分が悪くなったときは、すぐに職員にお申し出ください。

（２）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します。

（３）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地域包括支援センター又は当事業所の担当者へご連絡ください。

**１３．非常災害対策**

事業者は、当事業所の所在する地域の環境及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。

 　令和 　 年 月 日

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。

事　業　者　　所在地

事業者（法人）名

代表者職・氏名　　　　　　　　　　　　印

説明者職・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

署名代行者（又は法定代理人）

住　所

本人との続柄

氏　名　　　　　　　　　 　　　　 　　印

　　　　　　 立　会　人　　住　所

氏　名　　　　　　　　 　　　　　印

**紀の川市介護予防・日常生活支援総合事業請求書**

請求No.

令和　　年　　月　　日

（宛先）紀の川市長

**請求金額　　　　　　　　　　　円**

下記の受託サービスについて、　月提供分を上記のとおり請求します。

内訳については、別紙のとおりです。

|  |  |
| --- | --- |
|  | 訪問型サービスＡ　（緩和された基準よる訪問サービス） |
|  | 訪問型サービスＣ　（短期集中予防訪問サービス） |
|  | 通所型サービスＡ　（緩和された基準よる通所サービス） |
|  | 通所型サービスＣ　（短期集中予防通所サービス） |

**請求事業所**　　住　　　所：

名　　　称：

代表者氏名：　　　　　　　　　　　　　　　㊞

 電 話 番 号：

**振込先**　　金融機関名：

支　店　名：　　　　　支店

預 金 種 別：普通・当座

口 座 番 号：

（フリガナ）

口 座 名 義：

**様式第十一**（附則第二条関係）

給付管理票（令和　　年　　月分）

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 保険者番号 | 保険者名 |  | 作成区分 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  | 1. 居宅介護支援事業者作成
2. 被保険者自己作成
3. 介護予防支援事業者・地域包括支援センター作成
 |
| 被保険者番号 | 被保険者氏名 |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | フリガナ |  |  | 居宅介護／介護予防支援事業所番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |
| 生年月日 | 性別 | 要支援・要介護状態区分等 |  | 担当介護支援専門員番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 明・大・昭年　　月　　日 | 男・女 | 事業対象者　要支援1・2要介護1・2・3・4・5 |  | 居宅介護／介護予防支援事業者の事業所名 |  |
| 居宅サービス・介護予防サービス・総合事業支給限度基準額 | 限度額適用期間 |  | 支援事業者の事業所所在地及び連絡先 |  |
| 単位／月 | 令和年　　月 | ~ | 令和年　　月 |  | 委託した場合 | 委託先の支援事業所番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 介護支援専門員番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |

|  |
| --- |
| 居宅サービス・介護予防サービス・総合事業 |
| サービス事業者の事業所名 | 事業所番号（県番号－事業所番号） | 指定／基準該当／地域密着型サービス／総合事業識別 | サービス種類名 | サービス種類コード | 給付計画単位数 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 指定・基準該当・地域密着・総合事業 |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 指定・基準該当・地域密着・総合事業 |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 指定・基準該当・地域密着・総合事業 |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 指定・基準該当・地域密着・総合事業 |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 指定・基準該当・地域密着・総合事業 |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 指定・基準該当・地域密着・総合事業 |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 指定・基準該当・地域密着・総合事業 |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 指定・基準該当・地域密着・総合事業 |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 指定・基準該当・地域密着・総合事業 |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 指定・基準該当・地域密着・総合事業 |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 指定・基準該当・地域密着・総合事業 |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 指定・基準該当・地域密着・総合事業 |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 指定・基準該当・地域密着・総合事業 |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | 合計 |  |  |  |  |  |

**介護予防サービス利用状況報告書（介護予防通所介護相当）**

□　紀の川市地域包括支援センター

□　居宅介護支援事業所：

　　担当：　　　　　　　　様

　　　　　　　　　　　　　　　　　サービス事業所：

　　　　　　　　　　　　　　　　　担当者氏名：

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ※□にチェックを入れて下さい。 | 報告日 | 令和　　年　　月　　日 |
| 利用者氏名 | 　　　　　　　　様　被保険者番号（　　　　　　　　）　要支援１・２・事業対象者 |
| 介護予防ケアプランの目標 |  |
| 個別サービス計画の目標 |  |

※　利用頻度の変更希望や目標達成状況により頻度変更が必要、または月額料金の見直しが必要判断された場合には、そ

　の他連絡事項欄にご記入いただくか、直接ご連絡下さい。

|  |  |
| --- | --- |
| 　　年　　月サービス利用状況 | **請求総単位数：　　　　　　単位** |
| ◆利用日　　　　１　　２　　３　　４　　５　　６　　７　　　　　　　　８　　９　１０　１１　１２　１３　１４　　　※提供時間帯　　　　　　　１５　１６　１７　１８　１９　２０　２１　　　（　　：　　～　　：　　）　　　　　　　２２　２３　２４　２５　２６　２７　２８　　　　　　　２９　３０　３１　　　　　　　　※利用日に○をつける |
| ◆加算状況　　□生活機能向上グループ加算・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・【　　　　単位】　　□選択的サービス複数実施加算（Ⅰ・Ⅱ）□運動機能向上加算　　□栄養改善加算　　□口腔機能向上加算・・・・【　　　　単位】□サービス提供体制強化加算（Ⅰ(イ)・Ⅰ(ロ)・Ⅱ）・・・・・・・・・・・・【　　　　単位】　　□同一建物に対する減算・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・【　　　　単位】　　□事業所評価加算・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・【　　　　単位】□介護職員処遇改善加算（Ⅰ・Ⅱ・Ⅲ・Ⅳ・Ⅴ）※限度額外　　　　　　□介護職員等特定処遇改善加算（Ⅰ・Ⅱ）　　　　　　　　　　　　□**加算なし**加算項目の状況（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| ◆サービス内容　　□送迎　　□バイタルチェック　□食事　　　□入浴　　□体操　　□運動　　□カラオケ　　□手芸　　□塗絵　　□折紙　　□ゲーム　　□囲碁将棋　　□その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| ◆提供内容における利用時の様子及び提供時の状況をご記入下さい。

|  |
| --- |
|  |

◆個別サービス計画の変更　　□必要あり（来月より目標変更します）　□必要なし（目標として継続）※その他、連絡事項が御座いましたらご記入下さい。

|  |
| --- |
|  |

 |

※　この様式は、介護予防サービス事業所（通所介護）から地域包括支援センター（受託の場合は居宅介護支援事業所）へ、

　各月サービス利用状況を翌月の３日までに必ずご報告頂くものです。

**介護予防サービス利用状況報告書（介護予防訪問介護相当）**

□　紀の川市地域包括支援センター

□　居宅介護支援事業所：

　　担当：　　　　　　　　　様

　　　　　　　　　　　　　　　　　サービス事業所：

　　　　　　　　　　　　　　　　　担当者氏名：

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ※□にチェックを入れて下さい。 | 報告日 | 令和　　年　　月　　日 |
| 利用者氏名 | 　　　　　　　　様　被保険者番号（　　　　　　　　）　要支援１・２・事業対象者 |
| 介護予防ケアプランの目標 |  |
| 個別サービス計画の目標 |  |

※　利用頻度の変更希望や目標達成状況により頻度変更が必要、または月額料金の見直しが必要判断された場合には、そ

　の他連絡事項欄にご記入いただくか、直接ご連絡下さい。

|  |  |
| --- | --- |
| 　　年　　月サービス利用状況 | **請求総単位数：　　　　　　単位** |
| ◆利用日　　　　１　　２　　３　　４　　５　　６　　７　　※提供時間帯（計画予定時間）　　　　　　　　８　　９　１０　１１　１２　１３　１４　（　　曜）（　：　　～　：　　）　　　　　　　１５　１６　１７　１８　１９　２０　２１　（　　曜）（　：　　～　：　　）　　　　　　　２２　２３　２４　２５　２６　２７　２８　（　　曜）（　：　　～　：　　）　　　　　　　２９　３０　３１　　　　　　　　※利用日に○をつける |
| ◆加算状況　　□初回加算・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・【　　　　単位】　　□生活機能向上連携加算・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・【　　　　単位】　　□同一建物に対する減算・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・【　　　　単位】　　□サービス提供責任者配置減算（70/100）・・・・・・・・・・・・・・・・・【　　　　単位】　　□介護職員処遇改善加算（Ⅰ・Ⅱ・Ⅲ・Ⅳ・Ⅴ）※限度額外□介護職員等特定処遇改善加算（Ⅰ・Ⅱ）　　　　　　　　　　　　　□**加算なし** |
| ◆サービス内容　　□買物　　□調理　　□洗濯　　□掃除　　□薬受　　□通院介助　　□入浴介助　　　□服薬確認　　□布団干し　　□その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| ◆提供内容における利用時の様子及び提供時の状況をご記入下さい。

|  |
| --- |
|  |

◆個別サービス計画の変更　　□必要あり（来月より目標変更します）　□必要なし（目標として継続）※その他、連絡事項が御座いましたらご記入下さい。

|  |
| --- |
|  |

 |

※　この様式は、介護予防サービス事業所（訪問介護）から地域包括支援センター（受託の場合は居宅介護支援事業所）へ、　各月サービス利用状況を翌月の３日までに必ずご報告頂くものです。

**介護予防サービス利用状況報告書（通所型サービスA）**

□　紀の川市地域包括支援センター

□　居宅介護支援事業所：

　　担当：　　　　　　　　　様

　　　　　　　　　　　　　　　　　サービス事業所：

　　　　　　　　　　　　　　　　　担当者氏名：

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ※□にチェックを入れて下さい。 | 報告日 | 令和　　年　　月　　日 |
| 利用者氏名 | 　　　　　　　　様　被保険者番号（　　　　　　　　）　要支援１・２・事業対象者 |
| 介護予防ケアプランの目標 |  |
| 個別サービス計画の目標 |  |

※　利用頻度の変更希望や目標達成状況により頻度変更が必要、または月額料金の見直しが必要判断された場合には、そ

　の他連絡事項欄にご記入いただくか、直接ご連絡下さい。

|  |  |
| --- | --- |
| 　　年　　月サービス利用状況 | **請求総単位数：　　　　　　単位** |
| ◆利用日（○等を付ける）

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| １ | ２ | ３ | ４ | ５ | ６ | ７ |
| ８ | ９ | １０ | １１ | １２ | １３ | １４ |
| １５ | １６ | １７ | １８ | １９ | ２０ | ２１ |
| ２２ | ２３ | ２４ | ２５ | ２６ | ２７ | ２８ |
| ２９ | ３０ | ３１ |  |  |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | サービス区分 | 回数 | 請求単位 |
| ○ | 通A　2～3時間 | 回 | 単位 |
| ● | 通A　3時間～ | 回 | 単位 |

 |
| ◆加算状況　　□介護職員処遇改善加算（Ⅰ・Ⅱ・Ⅲ・Ⅳ・Ⅴ）※限度額外□介護職員等特定処遇改善加算（Ⅰ・Ⅱ）　　　　　　　　　　　　　□**加算なし**　　□同一建物に対する減算・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・【　　　　単位】　　□定員超過に対する減算・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・【　　　　単位】　　□人員基準欠如に対する減算・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・【　　　　単位】 |
| ◆サービス内容　　□送迎　　□バイタルチェック　□食事　　　□体操　　□運動　　□カラオケ　　□手芸　　□塗絵　　□折紙　　□ゲーム　　□囲碁将棋　　□その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| ◆提供内容における利用時の様子及び提供時の状況をご記入下さい。

|  |
| --- |
|  |

◆個別サービス計画の変更　　□必要あり（来月より目標変更します）　□必要なし（目標として継続）※その他、連絡事項が御座いましたらご記入下さい。

|  |
| --- |
|  |

 |

※　この様式は、介護予防サービス事業所（訪問介護）から地域包括支援センター（受託の場合は居宅介護支援事業所）へ、

　各月サービス利用状況を翌月の３日までに必ずご報告頂くものです。

**介護予防サービス利用状況報告書（訪問型サービスA）**

□　紀の川市地域包括支援センター

□　居宅介護支援事業所：

　　担当：　　　　　　　　　様

　　　　　　　　　　　　　　　　　サービス事業所：

　　　　　　　　　　　　　　　　　担当者氏名：

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ※□にチェックを入れて下さい。 | 報告日 | 令和　　年　　月　　日 |
| 利用者氏名 | 　　　　　　　　様　被保険者番号（　　　　　　　　）　要支援１・２・事業対象者 |
| 介護予防ケアプランの目標 |  |
| 個別サービス計画の目標 |  |

※　利用頻度の変更希望や目標達成状況により頻度変更が必要、または月額料金の見直しが必要判断された場合には、そ

　の他連絡事項欄にご記入いただくか、直接ご連絡下さい。

|  |  |
| --- | --- |
| 　　年　　月サービス利用状況 | **請求総単位数：　　　　　　単位** |
| ◆利用日（○等を付ける）

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| １ | ２ | ３ | ４ | ５ | ６ | ７ |
| ８ | ９ | １０ | １１ | １２ | １３ | １４ |
| １５ | １６ | １７ | １８ | １９ | ２０ | ２１ |
| ２２ | ２３ | ２４ | ２５ | ２６ | ２７ | ２８ |
| ２９ | ３０ | ３１ |  |  |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | サービス区分 | 回数 | 請求単位 |
| ○ | 訪A　20分～ | 回 | 単位 |
| ● | 訪A　20～45分 | 回 | 単位 |
| × | 訪A　45分～ | 回 | 単位 |

 |
| ◆加算状況　　□同一建物に対する減算・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・【　　　　単位】　　□サービス提供責任者配置減算（70/100）・・・・・・・・・・・・・・・・・【　　　　単位】　　□介護職員処遇改善加算（Ⅰ・Ⅱ・Ⅲ・Ⅳ・Ⅴ）※限度額外□介護職員等特定処遇改善加算（Ⅰ・Ⅱ）　　　　　　　□中山間地域加算（地区：　　　　　　　　）28単位　　　　　 　　　　　　**□加算なし** |
| ◆サービス内容　　□買物　　□調理　　□洗濯　　□掃除　　□薬受　　□通院介助　　□服薬確認　　□布団干し　　□その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| ◆提供内容における利用時の様子及び提供時の状況をご記入下さい。

|  |
| --- |
|  |

◆個別サービス計画の変更　　□必要あり（来月より目標変更します）　□必要なし（目標として継続）※その他、連絡事項が御座いましたらご記入下さい。

|  |
| --- |
|  |

 |

※　この様式は、介護予防サービス事業所（訪問介護）から地域包括支援センター（受託の場合は居宅介護支援事業所）へ、

　各月サービス利用状況を翌月の３日までに必ずご報告頂くものです。

**介護予防サービス利用状況報告書（通所型サービスC）**

□　紀の川市地域包括支援センター

□　居宅介護支援事業所：

　　担当：　　　　　　　　　様

　　　　　　　　　　　　　　　　　サービス事業所：

　　　　　　　　　　　　　　　　　担当者氏名：

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ※□にチェックを入れて下さい。 | 報告日 | 令和　　年　　月　　日 |
| 利用者氏名 | 　　　　　　　　様　被保険者番号（　　　　　　　　）　要支援１・２・事業対象者 |
| 介護予防ケアプランの目標 |  |
| 個別サービス計画の目標 |  |

※　利用頻度の変更希望や目標達成状況により頻度変更が必要、または月額料金の見直しが必要判断された場合には、そ

　の他連絡事項欄にご記入いただくか、直接ご連絡下さい。

|  |  |
| --- | --- |
| 　　年　　月サービス利用状況 | **請求総単位数：　　　　　　単位** |
| ◆利用日（○等を付ける）

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| １ | ２ | ３ | ４ | ５ | ６ | ７ |
| ８ | ９ | １０ | １１ | １２ | １３ | １４ |
| １５ | １６ | １７ | １８ | １９ | ２０ | ２１ |
| ２２ | ２３ | ２４ | ２５ | ２６ | ２７ | ２８ |
| ２９ | ３０ | ３１ |  |  |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | サービス区分 | 回数 | 請求単位 |
| ○ | 通C　～3ヵ月 | 回 | 単位 |
| ● | 通C　4～6ヵ月 | 回 | 単位 |

 |
| ◆加算状況　　□同一建物に対する減算・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・【　　　　単位】　　□定員超過に対する減算・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・【　　　　単位】　　□人員基準欠如に対する減算・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・【　　　　単位】 |
| ◆サービス内容　　□機能訓練　　□その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| ◆提供内容における利用時の様子及び提供時の状況をご記入下さい。

|  |
| --- |
|  |

◆個別サービス計画の変更　　□必要あり（来月より目標変更します）　□必要なし（目標として継続）※その他、連絡事項が御座いましたらご記入下さい。

|  |
| --- |
|  |

 |

※　この様式は、介護予防サービス事業所（訪問介護）から地域包括支援センター（受託の場合は居宅介護支援事業所）へ、

　各月サービス利用状況を翌月の３日までに必ずご報告頂くものです。

**介護予防サービス利用状況報告書（訪問型サービスC）**

□　紀の川市地域包括支援センター

□　居宅介護支援事業所：

　　担当：　　　　　　　　　様

　　　　　　　　　　　　　　　　　サービス事業所：

　　　　　　　　　　　　　　　　　担当者氏名：

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ※□にチェックを入れて下さい。 | 報告日 | 令和　　年　　月　　日 |
| 利用者氏名 | 　　　　　　　　様　被保険者番号（　　　　　　　　）　要支援１・２・事業対象者 |
| 介護予防ケアプランの目標 |  |
| 個別サービス計画の目標 |  |

※　利用頻度の変更希望や目標達成状況により頻度変更が必要、または月額料金の見直しが必要判断された場合には、そ

　の他連絡事項欄にご記入いただくか、直接ご連絡下さい。

|  |  |
| --- | --- |
| 　　年　　月サービス利用状況 | **請求総単位数：　　　　　　単位** |
| ◆利用日（○等を付ける）

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| １ | ２ | ３ | ４ | ５ | ６ | ７ |
| ８ | ９ | １０ | １１ | １２ | １３ | １４ |
| １５ | １６ | １７ | １８ | １９ | ２０ | ２１ |
| ２２ | ２３ | ２４ | ２５ | ２６ | ２７ | ２８ |
| ２９ | ３０ | ３１ |  |  |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | サービス区分 | 回数 | 請求単位 |
| ○ | 訪C　～3ヵ月 | 回 | 単位 |
| ● | 訪C　4～6ヵ月 | 回 | 単位 |

 |
| ◆加算状況　　□同一建物に対する減算・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・【　　　　単位】 |
| ◆サービス内容　　□機能訓練　　□その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| ◆提供内容における利用時の様子及び提供時の状況をご記入下さい。

|  |
| --- |
|  |

◆個別サービス計画の変更　　□必要あり（来月より目標変更します）　□必要なし（目標として継続）※その他、連絡事項が御座いましたらご記入下さい。

|  |
| --- |
|  |

 |

※　この様式は、介護予防サービス事業所（訪問介護）から地域包括支援センター（受託の場合は居宅介護支援事業所）へ、

　各月サービス利用状況を翌月の３日までに必ずご報告頂くものです。

新規　・　継続

**事業対象者における一時的な区分支給限度額変更申請書**

（申請者）　事業所名

担当者名

１　被保険者名

２　被保険者番号

３　住所

４　現在利用しているサービス

　　□介護予防訪問介護相当サービス

　　□介護予防通所介護相当サービス

　　□その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

５　区分支給限度額変更の理由

　　１．退院直後で集中的にサービスを利用することが自立支援につながるため

　　２．その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

６　ケアプランの目標期間

　　令和　　年　　月　　日　～　令和　　年　　月　　日

７　次回見直し時期

　　令和　　年　　月　　日

【添付書類】介護予防サービス・支援計画書（Ⅰ）（Ⅱ）、サービス担当者会議の要点

　※この様式は、確認を得て区分支給限度額を変更するために使用します。

　※継続の必要がある場合は、次回見直し時期までに再度同じ書類をご提出ください。