

# 社会福祉法人 十字の園

## 伊豆高原十字の園ホームヘルパーステーション

### 「指定日常生活支援総合事業訪問介護」

## 重要事項説明書

**当事業所は介護保険の指定を受けています。**

**（ 静岡県指定 第 2270400068 号 ）**

当事業所はご利用者に対して、訪問型独自サービス・訪問型サービスAを提供します。

事業所の概要や提供されるサービスの内容、契約上ご注意いただきたいことを次の通り説明いたします。

※ 当サービスの利用は、原則として要介護認定の結果「要支援」と認定された方が対象となります。要支援認定をまだ受けていない方でもサービスの利用は可能です。

### ◆◆ 目 次 ◆◆

1. 事業者 .....	0
2. 事業所の概要 .....	1
3. 事業実施地域及び営業時間 .....	1
4. 職員の体制 .....	1
5. 当事業所が提供するサービスと利用料金 .....	1
6. サービスの利用に関する留意事項 .....	4
7. 苦情の受付について .....	5
8. 福祉サービスの第三者評価、介護サービス情報の公表 .....	7
9. その他 .....	7

## 1. 事業者

法人の種別及び名称	社会福祉法人 十字の園
法人所在地	静岡県浜松市浜名区細江町中川7220番地の11
電話番号	053-436-9535
代表者職	理事長
代表者氏名	鈴木 淳司
設立年月日	昭和35年12月28日

## 2. 事業所の概要

事業所の種類	訪問型独自サービス・訪問型サービスA
事業所の名称	伊豆高原十字の園ホームヘルプステーション
事業所の所在地	静岡県伊東市八幡野1028-4
電話番号	0557-55-1615
介護保険事業所番号	2270400068
指定年月日	平成30年 4月 1日
事業所長（管理者）氏名	千葉 詠世

## 3. 事業実施地域及び営業時間

## (1) 通常の事業の実施地域

通常の事業の実施地域	伊東市、伊豆市中伊豆地区、東伊豆町、河津町 (外出等においてはその限りではない)
------------	---

## (2) 営業日及び営業時間

営業日	年中無休
受付時間	8:30~17:30
サービス提供時間帯	24時間

## 4. 職員の体制

当事業所では、ご契約者に対して**訪問型独自サービス・訪問型サービスA**を提供する職員として、以下の職種の職員を配置しています。

※職員の配置については、指定基準を遵守しています。(※詳細については、別紙1参照)

## 5. 当事業所が提供するサービスと利用料金

当事業所では、ご契約者のご家庭に訪問し、サービスを提供します。

当事業所が提供するサービスについて、

- |                           |
|---------------------------|
| (1) 利用料金が介護保険から給付される場合    |
| (2) 利用料金の全額をご契約者に負担いただく場合 |

があります。

（1）介護保険の給付の対象となるサービス（契約書第4条参照）

以下のサービスについては、利用料金の大部分（通常9割）が介護保険から給付されます。

＜サービスの概要と利用料金＞

○身体介護

入浴・排せつ・食事等の介護を行います。

○生活援助

調理・洗濯・掃除・買い物等日常生活上の支援を行います。

※上記のサービスは、例えばご契約者が行う調理を訪問介護員が見守りながら一緒に行うなど、利用者がその有する能力を最大限活用することができるような方法によって行います。

☆ ご契約者に対する具体的なサービスの実施内容、実施日、時間等は、介護予防ケアマネジメント・介護予防支援計画（ケアプラン）がある場合には、それを踏まえた介護予防ケアマネジメント・介護予防支援計画に定められます。ただし、契約者の状態の変化、介護予防ケアマネジメント・介護予防支援計画に位置付けられた目標の達成度等を踏まえ、必要に応じて変更することがあります。

支給区分の変更、要支援認定の変更、

① 身体介護

○入浴介助

…入浴の介助又は、入浴が困難な方は体を拭く（清拭）などします。

○排せつ介助

…排せつの介助、おむつ交換を行います。

○食事介助

…食事の介助を行います。

○体位変換

…体位の変換を行います。

○通院介助

…通院の介助を行います。

② 家事生活援助

☆ 訪問型独自サービスは、自立支援の観点から、利用者ができる限り自ら家事等を行うことができるように支援することを目的としています。

☆そのため、下記のサービスは、例えばご契約者が行う調理を訪問介護員が見守りながら一緒に行うなど、利用者がその有する能力を最大限活用することができるような方法によって行います。

○調理

…利用者の食事の用意を行います。（ご家族分の調理は行いません。）

○洗濯

…利用者の衣類等の洗濯を行います。（ご家族分の洗濯は行いません。）

○掃除

…利用者の居室の掃除を行います。（ご利用者の居室以外の居室、庭等の敷地の掃除は行いません。）

### ○買い物

…利用者の日常生活に必要となる物品の買い物をを行います。（預金・貯金の引き出しや預け入れは行いません。）

### ＜サービス利用料金＞（契約書第 8 条参照）

☆ それぞれのサービスについての料金は介護報酬基準によるものとします。

※別紙 2 参照

☆ご契約者がまだ要支援認定を受けていない場合には、サービス利用料金の全額をいったんお支払いいただきます。要支援認定を受けた後、自己負担額を除く金額が介護保険から払い戻されます（償還払い）。また、介護予防サービス計画・介護予防ケアマネジメント・介護予防支援計画が作成されていない場合も償還払いとなります。償還払いとなる場合、ご契約者が保険給付の申請を行うために必要となる事項を記載した「サービス提供証明書」を交付します。

☆介護保険からの給付額に変更があった場合、変更された額に合わせて、ご契約者の負担額を変更します。

## （2）介護保険の給付対象とならないサービス（契約書第 5 条、第 8 条参照）

\* 以下のサービスは、利用料金の全額がご契約者の負担となります。

### ＜サービスの概要と利用料金＞

#### ① 介護保険給付の支給限度額を超える指定日常生活支援総合事業の利用

介護保険給付の支給限度額を超えてサービスを利用される場合は、サービス利用料金の全額がご契約者の負担となります。

#### ② その他のサービス

送迎サービス・・・基本的にはタクシー利用

☆経済状況の著しい変化その他やむを得ない事由がある場合、相当な額に変更することがあります。その場合事前に変更の内容と変更する事由について、変更を行う 2 か月前までにご説明します。

## （3）交通費（契約書第 8 条参照）

通常の事業実施地域以外の地区にお住まいの方で、当事業所のサービスを利用される場合は、サービスの提供に際し、要した交通費の実費をいただきます。

## （4）利用料金のお支払い方法（契約書第 8 条参照）

前記（1）、（2）の料金・費用は、1 か月ごとに計算し、ご請求します。以下のいずれかの方法でお支払い下さい。

ア. 金融機関口座からの自動引き落とし
イ. 窓口での現金支払
ウ. 下記指定口座への振り込み
三島信用金庫 伊豆高原支店 普通預金 0122365
口座名義 伊豆高原十字の園 施設長 山本 隆弘

#### （５）利用の中止、変更、追加（契約書第 9 条参照）

○利用予定日の前に、ご契約者の都合により、サービスの利用を中止又は変更、もしくは新たなサービスの利用を追加することができます。この場合にはサービスの実施日の前日までに事業者へ申し出てください。

○利用予定日の前日までに申し出がなく、当日になって利用の中止の申し出をされた場合、キャンセル料として下記の料金をお支払いいただく場合があります。但しご利用者の体調不良等正当な事由がある場合は、この限りではありません。

ア. 入所前のキャンセルの場合

利用予定日の前日までに申し出があった場合	無料
利用予定日の前日までに申し出がなかった場合	当日の基本料金の 10% (自己負担相当額)

○サービス利用の変更・追加の申し出に対して、訪問介護員の稼働状況により契約者の希望する期間にサービスの提供ができない場合、他の利用可能日時を契約者に提示して協議します。

## 6. サービスの利用に関する留意事項

### （１）サービス提供を行う訪問介護員

サービス提供時に、担当の訪問介護員を決定します。

ただし、実際のサービス提供にあたっては、複数の訪問介護員が交替してサービスを提供します。

### （２）訪問介護員の交替（契約書第 6 条参照）

#### ①ご契約者からの交替の申し出

選任された訪問介護員の交替を希望する場合には、当該訪問介護員が業務上不適当と認められる事情その他交替を希望する理由を明らかにして、事業者に対して訪問介護員の交替を申し出ることができます。ただし、ご契約者から特定の訪問介護員の指名はできません。

#### ②事業者からの訪問介護員の交替

事業者の都合により、訪問介護員を交替することがあります。

訪問介護員を交替する場合は契約者及びその家族等に対してサービス利用上の不利益が生じないように十分に配慮するものとします。

### （3）サービス実施時の留意事項（契約書第7条参照）

#### ①定められた業務以外の禁止

契約者は「5. 当事業所が提供するサービス」で定められたサービス以外の業務を事業者に依頼することはできません。

#### ②訪問型独自サービス・訪問型サービスAの実施に関する指示・命令

サービスの実施に関する指示・命令はすべて事業者が行います。但し、事業者はサービスの実施にあたって契約者の事情・意向等に十分に配慮するものとします。

#### ③備品等の使用

サービス実施のために必要な備品等（水道・ガス・電気を含む）は無償で使用させていただきます。訪問介護員が事業所に連絡する場合の電話等も使用させていただきます。

### （4）訪問介護員の禁止行為（契約書第13条参照）

訪問介護員は、ご契約者に対するサービスの提供にあたって、次に該当する行為は行いません。

- |  |
|--|
| <ul style="list-style-type: none"><li>①医療行為</li><li>②ご契約者もしくはその家族等からの金銭又は高価な物品の授受</li><li>③ご契約者の家族等に対するサービスの提供</li><li>④飲酒及びご契約者もしくはその家族等の同意なしに行う喫煙</li><li>⑤ご契約者もしくはその家族等に対して行う宗教活動、政治活動、営利活動</li><li>⑥その他契約者もしくはその家族等に行う迷惑行為</li></ul> |
|--|

### （5）サービス提供責任者 ※事業所の判断で記載は任意。

サービス提供責任者は利用者からのサービス利用申込みに関する調整や介護予防ケアマネジメント・介護予防支援計画の作成などはじめ、次のような業務を担当します。利用にあたって疑問点やご心配な点があったりサービス内容を変更したい時には、サービス提供責任者にお気軽にお尋ねください。訪問介護員に直接お話しくださってもかまいません。

＜サービス提供責任者の業務＞

- ①サービスの利用の申込みに関する調整
- ②利用者の状態の変化やサービスに関する意向の定期的な把握
- ③介護予防支援事業者等との連携（サービス担当者会議への出席など）
- ④訪問介護員への援助目標、援助内容に関する指示
- ⑤訪問介護員の業務の実施状況の把握
- ⑥訪問介護員の業務管理
- ⑦訪問介護員の研修、技術指導
- ⑧その他サービスの内容の管理に関する必要な業務

## 7. 苦情の受付について（契約書第22条参照）

### （1）当事業所における苦情の受付

当事業所に対する苦情やご相談は以下の専用窓口で受け付けます。

（事業所苦情相談担当窓口 別紙1）

なお、苦情を申立てたことによる何らの差別待遇もいたしません。

## （2）苦情対応について

当事業所における苦情に迅速かつ適切に対応するために、必要な措置を講じます。

- ① 苦情を受け付けた場合には、苦情の内容等を記録します。
- ② 苦情の内容を確認し、管理者は苦情処理に向けた検討会議を行います。
- ③ 検討会議の結果を基に処理結果をまとめ、具体的な対応を行います。
- ④ 苦情処理結果を台帳記載し、再発防止に努めます。

## （3）第三者委員について

- ① 苦情解決第三者委員を設置し、利用者や利用者のご家族等からの苦情、要望、意見等の受付をしています。
- ② 委員会を定期的に開催し、苦情解決責任者(施設長)より、第三者委員に報告を行います。
- ③ 第三者委員を設置は、苦情解決に社会性や客観性を確保し、利用者の立場や特性に配慮した対応を推進する事を目的としています。

### ④ 第三者委員

上田 彰 氏 (日本キリスト教団伊東教会牧師)	住所 静岡県伊東市松川町5-6 電話番号 0557-37-5248
相磯 英之 氏 (伊東市社会福祉協議会)	住所 静岡県伊東市桜木町2丁目2番3号 電話番号 0557-36-5512 FAX 0557-36-1199

## （4）行政機関その他苦情受付機関

伊東市役所 高齢者福祉課介護保険係	所在地 静岡県伊東市大原2丁目1番1号 電話番号 0557-32-1563 FAX 0557-36-1165
東伊豆町役場 健康づくり課介護保険係	所在地 静岡県賀茂郡東伊豆町稲取3354番地 電話番号 0557-95-1100 (代表) FAX 0557-95-0122
河津町役場 健康福祉課介護保険係	所在地 静岡県賀茂郡河津町田中212番2号 電話番号 0558-34-1913 (代表) FAX 0558-34-0099
伊豆市役所 長寿介護課介護保険係	所在地 静岡県伊豆市小立野38番2号 電話番号 0558-72-9858 (代表) FAX 0558-72-6588
静岡県 国民健康保険団体連合会	所在地 静岡県静岡市葵区春日2丁目4番34号 電話番号 054-253-5590 FAX 054-253-5589
静岡県 福祉サービス運営適正化委員会	所在地 静岡県静岡市葵区駿府町1番70号 電話番号 054-653-0840 FAX 054-251-7508

## 8. 福祉サービスの第三者評価、介護サービス情報の公表

### ○福祉サービスの第三者評価

実施の有無	実施した直近の年月日	評価機関	評価結果の開示状況
無			

### ○介護サービス情報の公表

実施の有無	更新年月日	評価結果の開示状況
有	2024年11月30日	静岡県公式ホームページ (介護サービス情報公表システムに掲載)

## 9. その他

事業計画書及び予算書類・事業報告書及び決算書類は、玄関ロビーにありますので自由に関覧することができます。



年 月 日

指定日常生活支援総合事業「の提供の開始に際し、本書面に基づき重要事項の説明を行いました。

伊豆高原十字の園ホームヘルパーステーション

説明者職名 サービス提供責任者 氏 名 印

私は、本書面に基づいて事業所から重要事項の説明を受け、指定訪問介護サービスの提供開始に同意しました。また、利用者の希望により、円滑な援助を行うため医療機関等に利用者に関する心身等の情報提供の必要がある場合、事業所が利用者の情報を関係機関へ提供することに同意します。

利用者 住 所

氏 名 印

家族の代表 住 所

氏 名 印

続 柄

利用者は、身体の状態等によって署名ができないため、利用者本人の意思を確認の上、私が利用者に代わって、その署名を代筆しました。

<署名代筆者>

住 所

氏 名 印

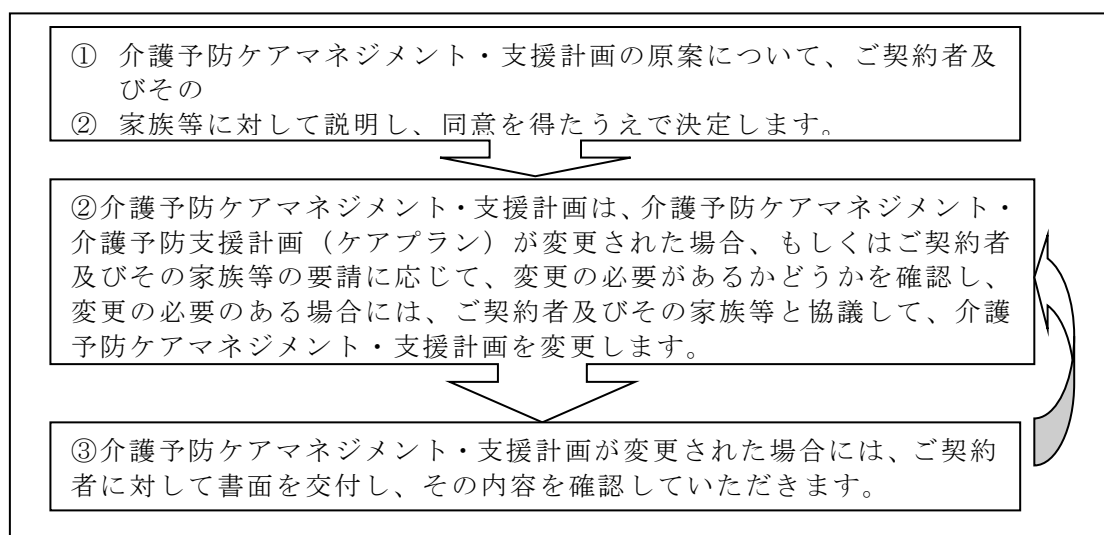
続 柄

※ この重要事項説明書は、厚生省令第35号（平成18年3月14日）第8条の規定に基づき、利用申込者又はその家族への重要事項説明のために作成したものです。

## ＜重要事項説明書付属文書＞

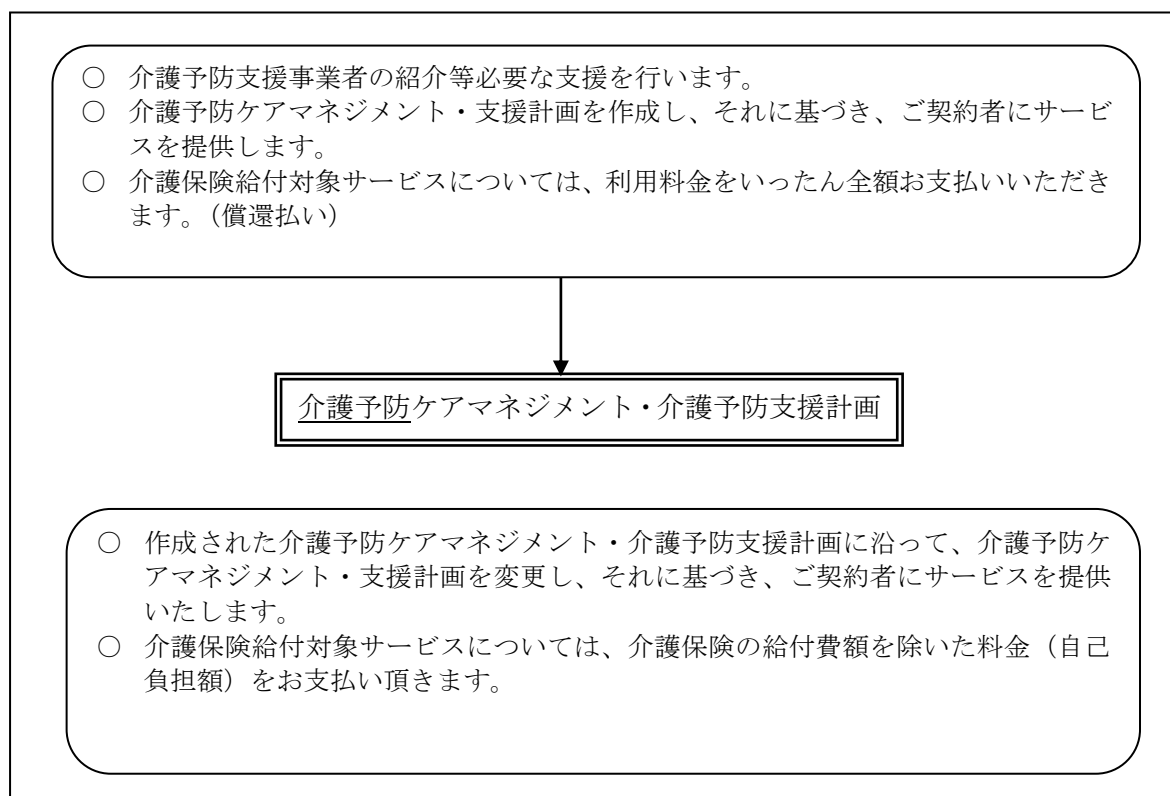
### 1. 契約締結からサービス提供までの流れ

- (1) ご契約者に対する具体的なサービス内容やサービス提供方針については、「介護予防ケアマネジメント・介護予防支援計画(ケアプラン)」がある場合はその内容を踏まえ、契約締結後に作成する「介護予防ケアマネジメント・支援計画」に定めます。契約締結からサービス提供までの流れは次の通りです。(契約書第3条参照)

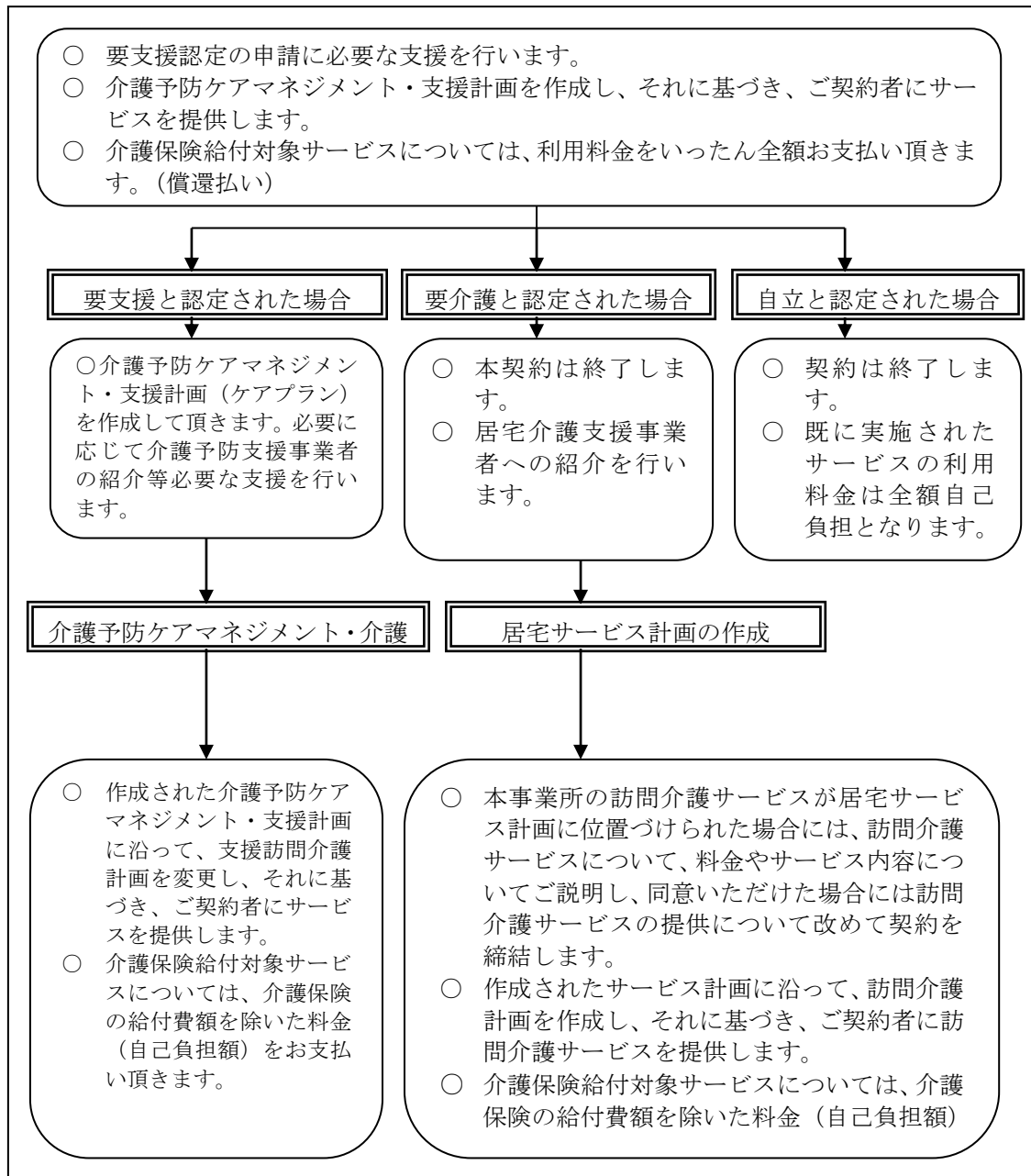


- (2) ご契約者に係る「介護予防ケアマネジメント・介護予防支援計画（ケアプラン）」が作成されていない場合のサービス提供の流れは次の通りです。

#### ① 要支援認定を受けている場合



## ②要支援認定を受けていない場合



## 2. サービス提供における事業者の義務（契約書第 11 条、第 12 条参照）

当事業所では、ご契約者に対してサービスを提供するにあたって、次のことを守ります。

- ①ご契約者の生命、身体、財産の安全・確保に配慮します
- ②ご契約者の体調、健康状態からみて必要な場合には、ご契約者又はその家族等から聴取、確認します。
- ③サービスの提供にあたって、緊急時の連絡先として主治医を確認するなど、医師・医療機関への連絡体制の確保に努めます。
- ④ご契約者に提供したサービスについて記録を作成し、2年間保管するとともに、ご契約者又は代理人の請求に応じて閲覧させ、複写物を交付します。
- ⑤サービス実施時に、ご契約者に病状の急変等が生じた場合は、速やかに主治医への連絡を行う等の必要な措置を講じます。

- ⑥事業者及びサービス従事者又は従業員は、サービスを提供するにあたって知り得たご契約者又はご家族等に関する事項を正当な理由なく、第三者に漏洩しません。（守秘義務）
- ・ ただし、ご契約者に緊急な医療上の必要性がある場合には、医療機関等にご契約者の心身等の情報を提供します。
  - ・ サービス担当者会議など、契約者に係る他の介護予防支援事業者等との連携を図るなど正当な理由がある場合には、その情報が用いられる者の事前の同意を文書により得た上で、契約者又はその家族等の個人情報を用いることができるものとします。

### 3. 損害賠償について（契約書第 14 条、第 15 条参照）

事業者の責任によりご契約者に生じた損害については、事業者は速やかにその損害を賠償いたします。守秘義務に違反した場合も同様とします。

ただし、その損害の発生について、契約者に故意又は過失が認められる場合には、契約者の置かれた心身の状況を斟酌して相当と認められる時に限り、事業者の損害賠償額を減じる場合があります。

### 4. サービス利用をやめる場合（契約の終了について）

契約の有効期間は、契約締結の日から契約者の要支援認定の有効期間満了日までですが、契約期間満了の 2 日前までに契約者から契約終了の申し入れがない場合には、契約は更に同じ条件で更新され、以後も同様となります。

契約期間中は、以下のような事由がない限り、継続してサービスを利用することができますが、仮にこのような事項に該当するに至った場合には、当事業所との契約は終了します。（契約書第 17 条参照）

- ①ご契約者が死亡した場合
- ②要支援認定又は要介護認定によりご契約者の心身の状況が自立又は要介護と判定された場合
- ③事業者が解散した場合、破産した場合又はやむを得ない事由により事業所を閉鎖した場合
- ④施設の滅失や重大な毀損により、ご契約者に対するサービスの提供が不可能になった場合
- ⑤当施設が介護保険の指定を取り消された場合又は指定を辞退した場合
- ⑥ご契約者から解約又は契約解除の申し出があった場合（詳細は以下をご参照下さい。）
- ⑦事業者から契約解除を申し出た場合（詳細は以下をご参照下さい。）

#### （1）ご契約者からの解約・契約解除の申し出（契約書第 18 条、第 19 条参照）

契約の有効期間であっても、ご契約者から利用契約を解約することができます。その場合には、契約終了を希望する日の○日前（※最大 7 日）までに解約届出書をご提出ください。

ただし、以下の場合には、即時に契約を解約・解除することができます。

- |  |
|--|
| <ul style="list-style-type: none"><li>① 介護保険給付対象外サービスの利用料金の変更に同意できない場合</li><li>② ご契約者が入院された場合</li><li>③ ご契約者に係る介護予防ケアマネジメント・介護予防支援計画(ケアプラン)が変更された場合</li><li>④ 事業者もしくはサービス従事者が正当な理由なく本契約に定める訪問介護サービスを実施しない場合</li><li>⑤ 事業者もしくはサービス従事者が守秘義務に違反した場合</li><li>⑥ 事業者もしくはサービス従事者が故意又は過失によりご契約者の身体・財物・信用等を傷つけ、又は著しい不信行為、その他本契約を継続しがたい重大な事情が認められる場合</li></ul> |
|--|

## （2）事業者からの契約解除の申し出（契約書第 20 条参照）

以下の事項に該当する場合には、本契約を解除させていただくことがあります。

- |  |
|--|
| <ul style="list-style-type: none"><li>① ご契約者が、契約締結時にその心身の状況及び病歴等の重要事項について、故意にこれを告げず、又は不実の告知を行い、その結果本契約を継続しがたい重大な事情を生じさせた場合</li><li>③ ご契約者による、サービス利用料金の支払いが3か月以上遅延し、相当期間を定めた催告にもかかわらずこれが支払われない場合</li><li>③ ご契約者が、故意又は重大な過失により事業者又はサービス従事者もしくは他の利用者等の生命・身体・財物・信用等を傷つけ、又は著しい不信行為を行うことなどによって、本契約を継続しがたい重大な事情を生じさせた場合</li></ul> |
|--|

## （3）契約の終了に伴う援助（契約書第 17 条参照）

契約が終了する場合には、事業者はご契約者の心身の状況、置かれている環境等を勘案し、必要な援助を行うよう努めます。

別紙 1

### 職員の概要

当事業所では、ご利用者に対して指定居宅介護サービスを提供する職員として、以下の職種の職員を配置しています。

#### 〈主な職員の配置状況〉

職員の配置については、指定基準を遵守しています。

職 種	常勤（人）		非常勤（人）		換算数 （人）	指定 基準 （人）	職務の内容
	専従	兼務	専従	兼務			
1. 事業所長 （管理者）		1			0.5	1 （兼務可）	管理業務の他、サービス 提供責任者及び訪問介護員と 兼務
2. 訪問介護員	1	3	9	1	5.3	2.5	介護サービスの提供
（1）2のうち サービス提供責任者		3		1	1	1 （兼務可）	介護サービスの調整の 他、訪問介護員と兼務
（2）2のうち 介護福祉士		3	2	1	2.9		
（3）2のうち 旧ヘルパー1級 研修課程修了者							
（4）2のうち 実務者研修修了者	1				1		
（5）2のうち 初任者研修修了者 （旧ヘルパー2級含む）			7		1.4		

※ 常勤換算：職員それぞれの週あたりの勤務延時間数の総数を当事業所における常勤職員の所定勤務時間数（例：週 40 時間）で除した数です。

（例）週 8 時間勤務の訪問介護員が 5 名いる場合、常勤換算では、

1 名（8 時間×5 名÷40 時間=1 名）となります。

#### 〈苦情の受付〉

当事業所に対する苦情やご相談は以下の専用窓口で受け付けます。

○苦情受付窓口（担当者）

[職名] サービス提供責任者 : 千葉 詠世

○受付時間 毎週月曜日～金曜日 8：30～17：30

○電話 0557-55-1615

## 別紙2

## 〈サービス利用料金〉

それぞれのサービスについての料金は、介護報酬基準によるものとします。

- ①「サービスに要する時間」は、そのサービスを実施するために国で定められた標準的な所要時間です。
- ②上記サービスの利用料金は、実際にサービスに要した時間ではなく、訪問介護計画に基づき決定されたサービス内容を行うために標準的に必要となる時間に基づいて介護給付費体系により計算されます。
- ③平常の時間帯（午前8時から午後6時）以外の時間帯でサービスを行う場合には、次の割合で利用料金に割増料金が加算されます。割増料金は、介護保険の支給限度額の範囲内であれば、介護保険給付の対象となります。
  - ・夜間（午後6時から午後10時まで）：25%
  - ・早朝（午前6時から8時まで）：25%
  - ・深夜（午後10時から午前6時まで）：50%
- ④2人の訪問介護員が共同でサービスを行う必要がある場合は、ご利用者の同意の上で、通常の利用料金の2倍の料金をいただきます。
  - \* 2人の訪問介護員でサービスを行う場合（例）
    - ・体重の重い方に対する入浴介助等の重介護サービスを行う場合
    - ・暴力行為などが見られる方へサービスを行う場合
- ⑤ご利用者がまだ要介護認定を受けていない場合には、サービス利用料金の全額をいったんお支払いいただきます。要支援又は要介護の認定を受けた後、自己負担額を除く金額が介護保険から払い戻されます（償還払い）。また、居宅サービス計画が作成されていない場合も償還払いとなります。償還払いとなる場合、ご利用者が保険給付の申請を行うために必要となる事項を記載した「サービス提供証明書」を交付します。
- ⑥介護保険からの給付額に変更があった場合、変更された額に合わせて、ご利用者の負担額を変更します。
- ⑦加算について
  - \* 初回加算・・・新規に日常生活支援総合事業訪問介護計画を作成したご利用者に対して、初回訪問月内にサービス提供責任者が指定日常生活支援総合事業訪問介護を行なった月に加算します。
  - \* 介護職員処遇改善加算（Ⅰ） 2024年6月より一本化
  - \* 介護職員等特定処遇改善加算（Ⅰ） ・ ・ 介護職員等処遇改善加算
  - \* 介護職員等ベースアップ等支援加算 加算率24.5%

## ※1割負担の場合（訪問型独自サービス）

支給区分	訪問型独自サービスⅠ (週1回程度のサービスが必要とされた方)	訪問型独自サービスⅡ (週2回程度のサービスが必要とされた方)	訪問型独自サービスⅢ (週2回を超える程度のサービスが必要とされた方)
1. 利用料金	11,760 円	23,490 円	37,270 円
2. うち、介護保険から給付される額	10,584 円	21,141 円	33,543 円
3. サービス利用にかかる自己負担額（1－2）	1,176 円	2,349 円	3,727 円

## ※2割負担の場合（訪問型独自サービス）

支給区分	訪問型独自サービスⅠ （週1回程度のサービスが必要とされた方）	訪問型独自サービスⅡ （週2回程度のサービスが必要とされた方）	訪問型独自サービスⅢ （週2回を超える程度のサービスが必要とされた方）
1. 利用料金	11,760 円	23,490 円	37,270 円
2. うち、介護保険から給付される額	9,408 円	18,792 円	29,816 円
3. サービス利用にかかる自己負担額（1-2）	2,352 円	4,698 円	7,454 円

## ※3割負担の場合（訪問型独自サービス）

支給区分	訪問型独自サービスⅠ （週1回程度のサービスが必要とされた方）	訪問型独自サービスⅡ （週2回程度のサービスが必要とされた方）	訪問型独自サービスⅢ （週2回を超える程度のサービスが必要とされた方）
1. 利用料金	11,760 円	23,490 円	37,270 円
2. うち、介護保険から給付される額	8,232 円	16,443 円	26,089 円
3. サービス利用にかかる自己負担額（1-2）	3,528 円	7,047 円	11,181 円

## ※1割負担の場合（訪問型サービスA）

支給区分	訪問型サービスA/月額 （週1回程度のサービスが必要とされた方）	訪問型サービスA/月額 （週2回程度のサービスが必要とされた方）	訪問型サービスA/月額 （週2回を超える程度のサービスが必要とされた方）
1. 利用料金	10,580 円	21,140 円	33,540 円
2. うち、介護保険から給付される額	9,522 円	19,026 円	30,186 円
3. サービス利用にかかる自己負担額（1-2）	1,058 円	2,114 円	3,354 円



## ※2 割負担の場合（訪問型サービスA）

支給区分	訪問型サービスA/月額 (週1回程度のサービスが必要とされた方)	訪問型サービスA/月額 (週2回程度のサービスが必要とされた方)	訪問型サービスA/月額 (週2回を超える程度のサービスが必要とされた方)
1. 利用料金	10,580 円	21,140 円	33,540 円
2. うち、介護保険から給付される額	8,464 円	16,912 円	26,832 円
3. サービス利用にかかる自己負担額（1-2）	2,116 円	4,228 円	6,708 円

## ※3 割負担の場合（訪問型サービスA）

支給区分	訪問型サービスA/月額 (週1回程度のサービスが必要とされた方)	訪問型サービスA/月額 (週2回程度のサービスが必要とされた方)	訪問型サービスA/月額 (週2回を超える程度のサービスが必要とされた方)
1. 利用料金	10,580 円	21,140 円	33,540 円
2. うち、介護保険から給付される額	7,406 円	14,798 円	23,478 円
3. サービス利用にかかる自己負担額（1-2）	3,174 円	6,342 円	10,062 円

## (1) 介護保険の給付対象とならないサービス

サービス提供に要する下記の費用は、支援費支給の対象ではありませんので、実費をいただきます。

## ①支給量を超えるサービス

支援費対象サービスの上限を超えてサービスを利用される場合は、サービス利用料金の全額がご利用者の負担となります。料金は支援費基準によるものと同様となります。

## ②交通費

通常の事業実施地域以外の地区にお住まいの方で、当事業所のサービスを利用される場合は、ホームヘルパーが訪問するための交通費の実費をいただきます。

## ③その他サービス

ホームヘルパーに公共交通機関などの交通費のほか、入場料、利用料等が必要な場合（サービスご利用時にその都度ご負担いただきます。）

**緊急連絡先**

氏名

続柄（ ）

自宅

勤務先/携帯

連絡先

①

②

**ご家族**

**主治医**

医療機関名

連絡先

**救急搬送先**

医療機関名

連絡先