

1. 料金表 訪問型独自サービス・市独自基準訪問型サービス

(1) 提供するサービスの利用料、利用者負担額（介護保険を適用する場合）について

<訪問型独自サービス 基本部分>

サービス 提供区分 <small>要支援度による区分なし</small>	訪問型サービス(Ⅰ) 週1回程度の利用が必要な場合 (1月に4回以上利用)		訪問型サービス(Ⅱ) 週2回程度の利用が必要な場合 (1月に8回以上利用)		訪問型サービス(Ⅲ) 週2回を超える利用が必要な場合 (1月に12回以上利用)	
	利用料	利用者 負担額	利用料	利用者 負担額	利用料	利用者 負担額
1月につき	11,760円/月	1,176円/月	23,490円/月	2,349円/月	37,270円/月	3,727円/月
	訪問型サービス(Ⅳ) 週1回程度の利用が必要な場合 (1月に3回まで利用)		訪問型サービス(Ⅴ) 週2回程度の利用が必要な場合 (1月に7回まで利用)		訪問型サービス(Ⅵ) 週2回を超える利用が必要な場合 (1月に11回まで利用)	
	利用料	利用者 負担額	利用料	利用者 負担額	利用料	利用者 負担額
1回につき	2,350円/回	235円/回	2,350円/回	235円/回	2,480円/回	248円/回

※ 利用者負担額は、1割負担の金額で記載しております。

※ 利用者負担割合が2割の利用者の方に関しましては、上表基本単価・加算額の2割の金額になります。

<市独自基準訪問型 基本部分>

サービス 提供区分 <small>要支援度による区分なし</small>		Ⅰ訪問型サービス(Ⅰ) 週1回程度の利用が必要な場合 (1月に4回以上利用)		ロ訪問型サービス(Ⅱ) 週2回程度の利用が必要な場合 (1月に8回以上利用)		ハ訪問型サービス(Ⅲ) 週2回を超える利用が必要な場合 (1月に12回以上利用)	
		利用料	利用者 負担額	利用料	利用者 負担額	利用料	利用者 負担額
1月につき	1割負担	9,400円/月	940円/月	18,800円/月	1,692円/月	29,830円/月	2,684円/月
	2割負担		1,880円/月		3,760円/月		5,970円/月
	3割負担		2,820円/月		5,640円/月		8,950円/月
		ニ訪問型サービス(Ⅰ) 週1回程度の利用が必要な場合 (1月に3回まで利用)		ホ訪問型サービス(Ⅱ) 週2回程度の利用が必要な場合 (1月に7回まで利用)		ヘ訪問型サービス(Ⅲ) 週2回を超える利用が必要な場合 (1月に11回まで利用)	
		利用料	利用者 負担額	利用料	利用者 負担額	利用料	利用者 負担額
1回につき	1割負担	1,880円/回	190円/回	1,880円/回	190円/回	1,980円/回	210円/回
	2割負担		380円/回		380円/回		410円/回
	3割負担		570円/回		570円/回		610円/回

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		利用料	利用者負担額	算 定 回 数 等
要支援度による区分なし	初 回 加 算	2,000円	200円	初回のみ
	特 別 地 域 加 算	所定単位数 合計の 15/100	左記の 1割	1回当たり
	介 護 処 遇 改 善 加 算 I	所定単位数 の 137/1000	左記の 1割	所定単位数の 137/1000
	介 護 職 員 等 特 定 処 遇 改 善 加 算 I	所定単位数 の 63/1000	左記の 1割	所定単位数の 63/1000

- ※ 「週 1 回～3 回程度の利用が必要な場合」とあるのは、週当たりのサービス提供の頻度による区分を示すものですが、提供月により月間のサービス提供日数が異なる場合であっても、利用料及び利用者負担額は変動せず定額となります。
- ※ 適切なサービス提供等により結果的に、利用者の状態が改善する等、当初のサービス提供区分において想定されたよりも少ないサービス提供になること、又はその逆に多くのサービス提供になることがあり得ますが、その場合であっても月の途中での支給区分の変更は行いません。
なお、翌月のサービス提供区分については、利用者の新たな状態に応じた区分による訪問型独自サービス・市独自基準訪問型サービス計画を作成し、サービス提供を行うこととなります。
- ※ （利用料について、事業者が法定代理受領を行わない場合）上記に係る利用料は、全額をいったんお支払いいただきます。この場合、「サービス提供証明書」を交付しますので、「領収書」を添えてお住まいの市町村に訪問型独自サービス・市独自基準訪問型サービス費の支給（利用者負担額を除く）申請を行ってください。
- ※ 新規に訪問型独自サービス・市独自基準訪問型サービス計画を作成した利用者に対して、初回に実施した訪問介護と同月内に、サービス提供責任者が、自ら訪問介護を行う場合又は他の訪問介護員等が訪問介護を行う際に同行訪問した場合に加算します。
- ※ 事業所と同一敷地内の利用者又はこれ以外の同一建物の知容赦 20 人以上にサービスを行う場合、基本部分を 90/100 減算します。
- ※ 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配置している場合、基本部分を 70/100 減算します。

① 「個人情報」 提供・使用に対する同意書

私（利用者）及びその家族等の個人情報については、奄美佳南園ホームヘルプ事業所における秘密保持に関し、下記の場合にその必要とする範囲内で使用することに同意します。

記

1. 事業者が、介護保険法等関係法令に従い、利用者の個別支援計画に基づくサービス等を円滑に実施するために行うサービス担当者会議等において使用する場合
2. 利用者の行政等関係機関及び地域包括支援センター・居宅支援事業所からの照会に応じる場合
3. 利用者が入院等医療機関で受診する際、医療機関に対して個人情報を使用する場合
4. 事業者が、利用終了によって利用者を他の事業所へ紹介するなどの援助を行うに際し必要な個人情報を使用する場合
5. 他の介護サービス給付費等の請求等のため行政機関への連絡調整において使用する場合、及び、行政機関からの照会への回答を行うため使用する場合
6. 施設賠償事由等が発生したことにより保険会社等へ情報提供する場合
7. 法律で定められた報告、届出、統計等を行うために使用する場合
8. サービスの質の向上のために学会、研究会等での事例研究発表等。なお、この場合でも、利用者個人を特定できないように仮名等を使用することを厳守するとともにその都度了解を得ることとします。
9. 実習生・ボランティアを受け入れる場合。なお、実習生の場合、ケース担当としてつく場合は、ご本人、ご本人に確認できない場合は家族に、その都度同意を得るものとします。
10. 施設便り発行・DVD作成（施設行事用）など、写真を使用する場合
上記に掲げる事項は、利用終了後も同様の取扱いとなります。

年 月 日

社会福祉法人聖隷福祉事業団

奄美佳南園ホームヘルプ事業所 御中

利用者	住 所	
	氏 名	印
署名代行者	氏 名	（続柄） 印
家族代表者	住 所	
	氏 名	（続柄） 印