

1. 料金表 指定通所型独自サービス

(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

サービス提供区分		一月に3回までの利用の場合 (1回につき)		一月に4回以上利用の場合 (1月につき)	
		利用料	利用者負担額	利用料	利用者負担額
通所型独自サービス費 (事業対象者・要支援1)	基本	3,340円/回	334円/回	16,720円/月	1,672円/月
		一月に7回までの利用の場合 (1回・1月につき)		一月に8回以上利用の場合 (1月につき)	
通所型独自サービス費 (要支援2)	基本	3,430円/回	343円/回	34,280円/月	3,428円/月
加 算		利用料	利用者負担額	算 定 回 数 等	
生活機能向上グループ活動加算		1,000円	100円	1月に1回	
運動器機能向上加算		2,250円	225円	1月に1回	
栄養改善加算		660円	66円	1月に1回	
口腔機能向上加算(Ⅰ)		500円	50円	1月に1回	
若年性認知症受入加算		2,400円	240円	1月に1回	
選択サービス複数実施加算(Ⅰ)		4,800円	480円	1月に1回	
選択サービス複数実施加算(Ⅱ)		7,000円	700円	1月に1回	
事業所評価加算		1,200円	120円	1月に1回	
サービス提供体制強化加算(Ⅰ)		要支援1 880円 要支援2 1,760円	88円 176円	1月に1回	
サービス提供体制強化加算(Ⅱ)		要支援1 720円 要支援2 1,440円	72円 144円	1月に1回	
サービス提供体制強化加算(Ⅲ)		要支援1 240円 要支援2 480円	24円 48円	1月に1回	
生活機能向上連携加算(Ⅰ)		1,000円	100円	1月に1回	
生活機能向上連携加算(Ⅱ)		2,000円	200円	1月に1回	
口腔・栄養スクリーニング加算(Ⅰ)		200円	20円	1回につき	
口腔・栄養スクリーニング加算(Ⅱ)		50円	5円	1回につき	
科学的介護推進体制加算		400円	40円	1月につき	
介護処遇改善加算Ⅰ		所定単位数の59/1000	左記の1割	サービス利用合計単位数の59/1000	
通所型独自サービス特定処遇改善加算(Ⅰ)		所定単位数の12/1000	左記の1割	サービス利用合計単位数の12/1000	

※ 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

※利用者負担割合が3割の利用者の方に関しましては、上表基本単価・加算額の3割の金額となります。

※ 月平均の利用者の数が当事業所の定員を上回った場合及び従業者の数が人員配置基準を下回った場合は、上記金額のうち基本単位数に係る翌月の利用料及び利用者負担額は、70/100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、全額を一旦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介護予防・日常生活支援総合事業費の支給(利用者負担額を除く)申請を行ってください。

(2) その他の費用について

① 送迎費	利用者の居宅が、通常の事業の実施地域以外の場合、運営規程の定めに基づき、送迎に要する費用の実費を請求いたします。
② 食事の提供に要する費用	500円(1食当り 食材料費及び調理コスト) 運営規程の定めに基づくもの
③ おやつ代	55円 / 1回(税込)
④ おむつ代	実費相当額
⑤ レクリエーションクラブ活動費	ご契約者の希望によりレクリエーションやクラブ活動に参加していただくことができます。 利用料金：材料代等(月額100円)
⑥ 日常生活費	日常生活品の購入代金等ご契約者の日常生活に要する費用でご契約者に負担いただくことが適当であるものにかかる費用を負担いただきます。

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、奄美佳南園春日デイサービスセンター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

奄美佳南園春日デイサービスセンター 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