

ムツミ病院デイサービス

重要事項説明書 別紙 (第一号通所介護)

1. 利用料金 (令和6年4月現在)

(1) 介護保険給付

① 基本料金 (1単位=10.27円)

第一号通所介護

区分	基本単位 (1日につき)
要支援1	1798 単位
要支援2	3621 単位

② 各種加算項目 (1単位=10.27円)

サービス提供体制 加算 (II) <u>※令和6年5月31日 で廃止</u>	1月につき 72 単位 (要支援1) 1月につき 144 単位 (要支援2)	利用者に直接介護サービスを提供する職員の総数の内、介護福祉士の占める割合が 50%以上である場合に算定
介護職員処遇改善加算 (I) <u>※令和6年5月31日 で廃止</u>	1月につき 5.9%	1月の所定単位数に、5.9%を乗じた単位数を算定
介護職員等特定処遇改善 加算 (II) <u>※令和6年5月31日 で廃止</u>	1月につき 1.0%	1月の所定単位数に、1.0%を乗じた単位数を算定
介護職員等処遇改善 加算 (II) <u>※令和6年6月1日 より新設</u>	1月につき 9.0%	1月の所定単位数に、9.0%を乗じた単位数を算定
送迎減算	片道につき -47 単位	事業所が送迎を行わない場合

(2) 介護保険給付外サービスの利用料

種類	内容	利用料	備考
昼食の提供	昼食を提供します。	1食：650円	
おやつの提供	おやつ及び飲み物を提供します。	1食：100円	短時間利用の場合は提供なし。 <u>※当日キャンセルは不可</u>
教材費 (レクリエーション材料費)	手芸クラフト等、希望者に対してのみ材料提供します。 また、初回利用時にはファイル代を請求します。	ファイル代： 110円 (材料費は、必要経費分を請求します)	
紙オムツ (M)	持参品無い場合	1枚：130円	
紙オムツ (L)	持参品無い場合	1枚：140円	
紙オムツ (L L)	持参品無い場合	1枚：150円	
リハビリパンツ (M)	持参品無い場合	1枚：130円	
リハビリパンツ (L)	持参品無い場合	1枚：140円	
リハビリパンツ (L L)	持参品無い場合	1枚：150円	
パッド	持参品無い場合	1枚：100円	
レジ袋	持参品無い場合	1枚：10円	
バスタオル (タオル貸出)	入浴時、バスタオルの持参が無い場合、デイのタオルを使用します。	1枚：100円	
フェイスタオル (タオル貸出)	入浴時、フェイスタオルの持参が無い場合、デイのタオルを <u>2枚</u> 使用します。	1枚：50円	
マスク	持参品無い場合	1枚：30円	

カットガーゼ	持参品無い場合	1枚：20円	
絆創膏	持参品無い場合	1枚：10円	
防水フィルム	持参品無い場合	1枚：200円	
写真 (Lサイズ)	写真専用用紙での増刷希望時	1枚：70円	
連絡帳	再発行時	1冊：200円	

(3) 利用料等の支払方法

契約書、重要事項説明書のとおり、当院指定口座へのお振り込みか、窓口でのお支払いをお願いします。

※尚、令和6年6月より契約者様ご希望指定口座からの引き落としに移行致します。
但し、諸般の事情により引き落としができない場合は、従来の方法での支払いとなります。

年 月 日

通所介護（第一号通所介護）サービス提供にあたり、契約者に対して本書面に基づいて、利用料金についての説明を致しました。

【事業者】

京都府亀岡市下矢田町君塚 8 番地
医療法人睦会

代表者名 理事長 西本 雅彦



説明者 生活相談員 印

私は本書面により、事業所から利用料金の説明を受け、その内容に同意致します。

【契約者（利用者）】

[住所]

[氏名]

印

【代理人（家族等）】

[住所]

[氏名]

印

[続柄]

【身元保証人】

[住所]

[氏名]

印

[続柄]

2. 【緊急連絡先】

ご本人様の体調の変化や、お荷物の確認等がある場合は下記に電話連絡致します。

代理人、身元保証人を含め、最低2人以上のご記載お願い致します。

優先度の高い方に連絡させて頂きます。(繋がらない場合次の方に連絡致します)

また、広域災害が起こった場合に備え、可能であれば遠方のご親族等連絡先も1件ご記入お願いします。

連絡優先度	氏名	続柄	住所	電話番号
1			〒	携帯： 自宅： 勤務先等： (電話) (名称) (部署名)
2			〒	携帯： 自宅： 勤務先等： (電話) (名称) (部署名)
3			〒	携帯： 自宅： 勤務先等： (電話) (名称) (部署名)
4			〒	携帯： 自宅： 勤務先等： (電話) (名称) (部署名)
5			〒	携帯： 自宅： 勤務先等： (電話) (名称) (部署名)

