

重要事項説明書（通所介護）

通所介護におけるサービスの提供開始にあたり、厚生省令第37号第105条により準用する同省令第8条に基づいて、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. 事業者の概要

事業者名称	社会福祉法人 雄心会
主たる事務所の所在地	北斗市清水川4番地1
代表者の氏名	理事長 伊藤 正明
電話番号	0138 (77) 1700

2. ご利用施設

施設の名称	社会福祉法人雄心会 デイサービスセンターいちほ
施設の所在地	北斗市清水川1番地1
都道府県知事許可番号	0171501851
管理者の氏名	松村 舞
電話番号	0138-77-8200

3. ご利用施設であわせて実施する事業

事業の種類	都道府県知事の指定		
	指定年月日		指定番号
介護老人保健施設	平成24年10月	1日	0151580073
短期入所療養介護	平成24年10月	1日	0151580073
地域密着型特別養護老人ホーム	平成30年	4月 1日	0191513654
短期入所生活介護	平成30年	4月 1日	0171501851
自立訓練（機能訓練）	平成30年	4月 1日	0111501466
共生型機能訓練センター	令和 5年	4月 1日	0171502073

4. 施設の目的と運営の方針

〔目的〕 社会福祉法人雄心会が開設するデイサービスセンターいちほの適正な運営を行うために、人員及び管理・運営に関する事項を定め、事業所の職員が、要介護状態又は要支援状態にある利用者に対し、適正な通所介護の各種サービスを提供することを目的とします。

〔方針〕 通所介護職員は、要介護者等の心身の特性及びそのおかれている環境等を踏まえて、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、必要なりハビリテーション等を行うことにより、利用者の心身の機能の維持・回復を図るものとします。

事業の実施にあたっては、関係市区町村、居宅介護支援事業所、その他保健医療サービス又は福祉サービスを提供する者との密接な連携を図り、総合的なサービスの提供に努めます。

5. 利用定員

定 員 50名（市区町村からの委託による介護予防・日常生活支援総合事業の通所型サービスの定員を含む。）

6. 通常の実施地域

実施地域 函館市（旧町除く）、北斗市、七飯町

7. 営業日及び営業時間

営 業 日 月～土

営業時間 通常は午前9時20分から午後4時25分まで
利用者の状況により通常時間外の利用も可能（有料）

休 日 日曜日、年末年始（12月30日～1月3日）

8. キャンセル

利用者がサービスの利用を中止する際には、すみやかにご連絡ください。

9. 職員体制

職員の職種	人 員
管理者	1名(兼務)
生活相談員	1名以上
看護職員	1名以上
介護職員	10名以上
機能訓練指導員	1名以上

10. サービスの利用料

(1) 介護保険給付によるサービス

介護保険給付のサービスに係る費用とは、基本サービス費及び加算とがあり、これらの費用については、厚生労働省より告示される介護報酬に従い、通常その額の1割額をお支払いいただきます。(年間所得によっては2～3割負担の場合があります) 詳細については、別紙をご参照下さい。

(2) 介護保険給付外サービス

1) 食費

施設で提供する食事をお取りいただいた場合にお支払いいただきます。

昼食	550円
夕食	515円

2) 日用生活品費

バスタオル	}	* 参 照
フェイスタオル		
シャンプー&リンス		
ボディーソープ		

*利用者様よりご希望があった場合は当施設の選定した外注業者と別途ご契約いただきます。なお、お支払いに関しては外注業者との契約内容となります。契約手続きや契約内容の変更及び苦情の受付等、当施設も責任を持ってご対応いたします。

3) 教養娯楽費

教養娯楽活動で使用する材料等の費用であり、施設で用意するものをご利用いただく場合にお支払いいただきます。

材料費等の実費徴収

4) おむつ代

利用者の身体の状態により、おむつの利用が必要な場合に、施設で用意するものをご利用いただく場合にお支払いいただきます。

平おむつ1枚	50円
パンツ式1枚	100円
尿とりパット1枚	30円

5) 基本時間外施設利用料／1時間 1,000円

利用者の家族等の都合で、通所介護終了後も利用者が長時間施設に滞在する場合にお支払いいただきます。

(消費税込みの金額となっております)

(3) お支払い方法

- ・ 月末締め of 清算とし、費用の請求は利用月の翌月 17 日頃になります。
お支払方法は原則として、ご利用者様の口座より、毎月 27 日に口座自動振替をさせていただきます。それ以外の方法は別途話し合いのうえ、双方合意した方法により行います。
- ・ 領収書につきましては、口座自動振替をさせて頂いた日付にて、領収書に領収印（領収日入り）を押印して翌月に、当月発行の請求書と一緒に お渡しいたします。口座自動振替以外の方法でお支払い頂いた場合にはその場で領収書を発行いたします。また、CareLoop をご利用の場合は同サービスにて領収書をご確認いただく形となります。

11. 苦情等申立窓口

当事業のサービス等について、ご不明の点や疑問、苦情等がございましたら、当施設窓口までお気軽にご相談ください。また、1 階玄関ホールにご意見箱を設置しておりますのでご利用ください。責任をもって調査、改善させていただきます。

苦情等申し立て窓口	電話番号	0138-77-8200
	FAX 番号	0138-77-8209
第三者委員	担当	管理者・生活相談員
	対応時間	午前 8 時 45 分～午後 5 時
		社会福祉法人 雄心会 法人監査員 2 名（外部）

公的機関においても、次の機関において苦情等の申し出ができます。

北斗市民生部	所在地	北斗市中央 1 丁目 3 番 10 号
保健福祉課	電話番号	0138-73-3111（内線 155～157）
介護保険係	FAX 番号	0138-73-1401
相談窓口（窓口番号⑥）	対応時間	午前 9 時 00 分～午後 5 時 00 分
北海道保健福祉部	所在地	札幌市中央区北 3 条西 6 丁目
福祉局施設運営	電話番号	011-231-4111 内線 25-218
指導課事業指導	FAX 番号	011-232-1097
グループ	対応時間	午前 8 時 45 分～午後 5 時 30 分
北海道国民健康	所在地	札幌市中央区南 2 条西 14 丁目 国保会館
保険団体連合会	電話番号	011-231-5161
	FAX 番号	011-233-2178
	対応時間	午前 9 時～午後 5 時 15 分

1 2. 提供するサービスの第三者評価の実施状況

サービスの第三者評価は受けておりません。

1 3. 協力医療機関

医療機関の名称	函館新都市病院
所在地	函館市石川町 3 3 1 番地 1
電話番号	0 1 3 8 - 4 6 - 1 3 2 1
診療科	脳神経外科、脳神経内、内科、循環器科、整形外科、麻酔科、 神経内科、小児科、皮膚科、歯科
入院設備	1 5 5 床
医療機関の名称	新都市砂原病院
所在地	茅部郡森町字砂原 1 丁目 3 0 - 5 9
電話番号	0 1 3 7 4 - 8 - 3 1 3 1
診療科	内科、消化器科、外科、脳神経外科、整形外科、循環器科
入院設備	一般病床 / 4 1 床・療養型病床 / 4 2 床 計 8 3 床
医療機関の名称	函館おおてまちクリニック
所在地	函館市大手町 1 - 2 1
電話番号	0 1 3 8 - 2 3 - 1 0 6 2
診療科	内科、消化器内科、外科、人工透析内科
入院設備	なし

1 4. 非常災害時の対策

災害時の対応	消防計画にのっとり対応を行います。
平常時の訓練	年 2 回、昼間及び夜間を想定した避難訓練を入所者の方も参加して実施します。
防災設備	スプリンクラー、避難階段、自動火災報知器、誘導灯
* 消防法適合施設	防火扉・シャッター、自動通報装置、漏電火災報知器、避難救助袋、非常用照明、カーテンは、防災性能のあるものを使用しております。
消防計画等	防火管理者 1 名

15. 当事業所ご利用の際にご留意いただく事項

居室・設備・器具の利用	施設内の居室や設備、器具は、本来の用法に従ってご利用ください。これに反したご利用により破損等が生じた場合、弁償していただくことがあります。
喫煙・飲酒	喫煙は決められた場所以外ではお断りします。飲酒は原則禁止です。
迷惑行為等	騒音等他の入所者の迷惑になる行為はご遠慮願います。また、やみくもに他の入所者の居室等に立ち入らないようにしてください。
宗教・政治活動	施設内での他の入所者に対する宗教活動及び政治活動はご遠慮ください。
動物飼育	施設内へのペットの持ち込み及び飼育はお断りします。

16. 緊急時の対応

(1) 緊急時診療等を求める医療機関（かかりつけ医）

<かかりつけ医>

病院名

郵便番号 〒 —

住 所

電話番号 —

(2) 家族又は身元引受人等の緊急連絡先

<連絡先>

氏 名

続 柄

郵便番号 〒

住 所

電話番号

通所介護利用に係る基本サービス費及び加算

令和 8 年 6 月 1 日報酬改定時点

当通所介護をご利用頂くにあたり、下記の基本サービス費及び加算に基づき利用料のご負担をして頂きますのであらかじめご了承下さい。また一部加算料金につきましては、該当となる場合にのみ加算となります。なおご不明な点がございましたら、支援相談員へご確認下さい。

1. 基本サービス費

厚生労働省により定められた事業規模ごとの基本サービス費により利用料を頂いております。当事業所の事業規模の区分は「大規模型通所介護」となります。

(10割額表示)

所要時間	要介護状態区分	基本サービス費
3 時間以上 4 時間未満	要介護 1	3, 4 5 0 円／日
	要介護 2	3, 9 5 0 円／日
	要介護 3	4, 4 6 0 円／日
	要介護 4	4, 9 5 0 円／日
	要介護 5	5, 4 9 0 円／日
4 時間以上 5 時間未満	要介護 1	3, 6 2 0 円／日
	要介護 2	4, 1 4 0 円／日
	要介護 3	4, 6 8 0 円／日
	要介護 4	5, 2 1 0 円／日
	要介護 5	5, 7 5 0 円／日
5 時間以上 6 時間未満	要介護 1	5, 2 5 0 円／日
	要介護 2	6, 2 0 0 円／日
	要介護 3	7, 1 5 0 円／日
	要介護 4	8, 1 2 0 円／日
	要介護 5	9, 0 7 0 円／日
6 時間以上 7 時間未満	要介護 1	5, 4 3 0 円／日
	要介護 2	6, 4 1 0 円／日
	要介護 3	7, 4 0 0 円／日
	要介護 4	8, 3 9 0 円／日
	要介護 5	9, 3 9 0 円／日

所要時間	要介護状態区分	基本サービス費
7 時間以上 8 時間未満	要介護 1	6, 0 7 0 円／日
	要介護 2	7, 1 6 0 円／日
	要介護 3	8, 3 0 0 円／日
	要介護 4	9, 4 6 0 円／日
	要介護 5	1 0, 5 9 0 円／日

2. 加算料金

各加算の条件を満たした場合にご負担して頂きます。

(1 0 割額表示)

加 算 名 称		料 金
入浴介助加算 (I)		4 0 0 円／日
生活機能向上連携加算 (II)		2 0 0 0 円／月 (個別機能訓練加算算定の場合、1 0 0 0 円／月)
個別機能訓練加算 (I) イ		5 6 0 円／日
個別機能訓練加算 (I) ロ		7 6 0 円／日
個別機能訓練加算 (II)		2 0 0 円／月
ADL 維持等加算 (I)		3 0 0 円／月
ADL 維持等加算 (II)		6 0 0 円／月
栄養改善加算		2 0 0 0 円／月 (月 2 回を限度として)
栄養アセスメント加算		5 0 0 円／月
口腔機能向上加算		1, 5 0 0 円／日
認知症加算		6 0 0 円／月
中重度者ケア体制加算		4 5 0 円／日
科学的介護推進体制加算		4 0 0 円／月
サービス提供体制強化加算 (I)		2 2 0 円／日
サービス提供体制強化加算 (II)		1 8 0 円／日
サービス提供体制強化加算 (III)		6 0 円／日
介護職員等処遇改善加算 (I) イ	基本サービス費＋加算の負担額の合計の 1 1. 1 %	
介護職員等処遇改善加算 (I) ロ	基本サービス費＋加算の負担額の合計の 1 2. 0 %	
介護職員等処遇改善加算 (II) イ	基本サービス費＋加算の負担額の合計の 1 0. 9 %	
介護職員等処遇改善加算 (II) ロ	基本サービス費＋加算の負担額の合計の 1 1. 8 %	
介護職員等処遇改善加算 (III)	基本サービス費＋加算の負担額の合計の 9. 9 %	
介護職員等処遇改善加算 (IV)	基本サービス費＋加算の負担額の合計の 8. 3 %	

【説明確認欄】

令和 年 月 日

通所介護利用契約の締結にあたり、上記により重要事項を説明しました。

事業所	所在地	北斗市清水川1番地1
	事業所名	社会福祉法人雄心会 デイサービスセンターいちほ
	説明者	阿部佳生
	職 種	生活相談員

通所介護利用契約の締結にあたり、上記のとおり重要事項の説明を受けました。

利 用 者

住 所

氏 名

身元引受人

住 所

氏 名

続 柄

食事費に係わる同意書

通所介護を利用するにあたり、下記の事項について、担当者による説明を受けました。
希望しました食事費は、施設の定める料金でお支払いいたします。

令和 年 月 日

デイサービスセンターいちほ
管理者 松村 舞 殿

<利用者>

氏 名

<身元引受人>

氏 名

記

ご希望により利用頂く場合は、必要な品目の選択欄に○印をご記入願います。

1 食費

選択欄	品 目	単 価
	昼食	5 5 0 円
	夕食	5 1 5 円

- * 施設から一律に提供しているものではありません。
- * 選択内容や金額に変更がある場合は、同意書を再度、提出させていただきます。
特に変更がなければ、施設を利用している間は上記の内容で継続させていただきます。

個人情報使用同意書（通所介護）

私（利用者及びその家族）の個人情報については、次に記載するところにより必要最小限の範囲内で使用することに同意します。

記

1 使用する目的

利用者のための居宅サービス計画に沿って円滑にサービスを提供するために実施されるサービス担当者会議、介護支援専門員と事業者との連絡調整等において必要な場合。

2 使用する事業者の範囲

サービス区分	所在地	事業者名
通所介護	北斗市清水川1番地1	社会福祉法人 雄心会 デイサービスセンターいちほ

3 使用する期間

令和 年 月 日 から 1年間

但し、期間満了日の14日前までに文書による同意終了の申し出がない場合には、本同意書は同一条件で更新されたものとし、以後も同様とします。

4 条 件

- （1）個人情報の提供は必要最小限とし、提供に当たっては関係者以外の者に漏れることのないよう細心の注意を払うこと。
- （2）個人情報を使用した会議、相手方、内容等の経過を記録しておくこと。

令和 年 月 日

社会福祉法人雄心会 デイサービスセンターいちほ

管理者 松村 舞 様

(利用者) 住 所
氏 名

(家族等) 住 所
氏 名

重要事項説明書（第1号通所事業「通所介護相当サービス」）

第1号通所事業「通所介護相当サービス」におけるサービスの提供開始にあたり、厚生省令第37号第8条に基づいて、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. 事業者の概要

事業者名称	社会福祉法人 雄心会
主たる事務所の所在地	北斗市清水川4番地1
代表者の氏名	理事長 伊藤 正明
電話番号	0138 (77) 1700

2. ご利用施設

施設の名称	社会福祉法人雄心会 デイサービスセンターいちほ
施設の所在地	北斗市清水川1番地1
都道府県知事許可番号	0171501851
管理者の氏名	松村 舞
電話番号	0138 (77) 8200

3. ご利用施設であわせて実施する事業

事業の種類	都道府県知事の指定		
	指定年月日		指定番号
介護老人保健施設	平成24年10月	1日	0151580073
短期入所療養介護	平成24年10月	1日	0151580073
通所リハビリテーション	平成24年10月	1日	0151580073
地域密着型特別養護老人ホーム	平成30年	4月 1日	0191513654
短期入所生活介護	平成30年	4月 1日	0171501851
自立訓練（機能訓練）	平成30年	4月 1日	0111501466
共生型機能訓練センター	令和 5年	4月 1日	0171502073

4. 施設の目的と運営の方針

〔目的〕 社会福祉法人雄心会が開設するデイサービスセンターいちほの適正な運営を行うために、人員及び管理・運営に関する事項を定め、事業所の職員が、要支援状態にある利用者に対し、適正な通所介護の各種サービスを提供することを目的とします。

〔方針〕 通所介護職員は、要支援者等の心身の特性及びそのおかれている環境等を踏まえて、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、必要なりハビリテーション等を行うことにより、利用者の心身の機能の維持・回復を図るものとします。

事業の実施にあたっては、関係市区町村、地域包括支援センター、その他保健医療サービス又は福祉サービスを提供する者との密接な連携を図り、総合的なサービスの提供に努めます。

5. 利用定員

定 員 50 名（通所介護の定員含む）

6. 通常の実施地域

実施地域 函館市（旧町除く）、北斗市、七飯町

7. 営業日及び営業時間

営 業 日 月～土

営業時間 通常は午前9時20分から午後4時25分まで
利用者の状況により通常時間外の利用も可能（有料）

休 日 日曜日、年末年始（12月30日～1月3日）

8. キャンセル

利用者がサービスの利用を中止する際には、すみやかにご連絡ください。

9. 職員体制（通所介護職員と兼務）

職員の職種	人 員
管理者	1名（兼務）
生活相談員	1名以上
看護職員	1名以上
介護職員	10名以上
機能訓練指導員	1名以上

10. サービスの利用料

(1) 介護保険給付によるサービス

介護保険給付のサービスに係る費用とは、基本サービス費及び加算とがあり、これらの費用については、厚生労働省より告示される介護報酬に従い、通常その額の1割額をお支払いいただきます（年間所得によっては2～3割負担の場合があります）。詳細については、別紙をご参照下さい。

(2) 介護保険給付外サービス

1) 食費

施設で提供する食事をお取りいただいた場合にお支払いいただきます。

昼食	550円
夕食	515円

2) 日用生活品費

バスタオル	} * 参 照
フェイスタオル	
シャンプー&リンス	
ボディーソープ	

*利用者様よりご希望があった場合は当施設の選定した外注業者と別途ご契約いただきます。なお、お支払いに関しては外注業者との契約内容となります。契約手続きや契約内容の変更及び苦情の受付等、当施設も責任を持ってご対応いたします。

3) 教養娯楽費

教養娯楽活動で使用する、習字、七宝焼、粘土等の材料等の費用であり、施設で用意するものをご利用いただく場合にお支払いいただきます。

材料費等の実費徴収

4) おむつ代

利用者の身体の状態により、おむつの利用が必要な場合に、施設で用意するものをご利用いただく場合にお支払いいただきます。

平おむつ1枚	50円
パンツ式1枚	100円
尿とりパット1枚	30円

5) 基本時間外施設利用料／1時間 1,000円

利用者の家族等の都合で、通所介護事業終了後も利用者が長時間施設に滞在する場合にお支払いいただきます。

6) 文書料

診断書等の文書の発行手数料としてお支払いいただきます。

525円～5,250円

(消費税込みの金額となっております)

(3) お支払い方法

- ・ 月末締め of 清算とし、費用の請求は利用月の翌月17日頃になります。
お支払方法は原則として、ご利用者様の口座より、毎月27日に口座自動振替をさせていただきます。それ以外の方法は別途話し合いのうえ、双方合意した方法により行います。
- ・ 領収書につきましては、口座自動振替をさせて頂いた日付にて、領収書に領収印（領収日入り）を押印して翌月に、当月発行の請求書と一緒に
お渡しいたします。口座自動振替以外の方法でお支払い頂いた場合にはその場で領収書を発行いたします。また、CareLoopをご利用の場合
は同サービスにて領収書をご確認いただく形となります。

11. 苦情等申立窓口

当施設のサービス等について、ご不明の点や疑問、苦情等がございましたら、当施設1階家族相談室までお気軽にご相談ください。また、1階玄関ホールにご意見箱を設置しておりますのでご利用ください。責任をもって調査、改善させていただきます。また、必要に応じて第三者委員が助言や立会いを行います。

苦情等申し立て窓口	電話番号	0138-77-8200
	FAX 番号	0138-77-8209
	担当	管理者・生活相談員
第三者委員	対応時間	午前8時45分～午後5時
		社会福祉法人 雄心会 法人監査員2名（外部）

公的機関においても、次の機関において苦情等の申し出ができます。

北斗市民生部	所在地	北斗市中央1丁目3番10号
保健福祉課	電話番号	0138-73-3111（内線155～157）
介護保険係	FAX 番号	0138-73-1401
相談窓口（窓口番号⑥）	対応時間	午前9時00分～午後5時00分
北海道保健福祉部	所在地	札幌市中央区北3条西6丁目
福祉局施設運営	電話番号	011-231-4111 内線25-218
指導課事業指導	FAX 番号	011-232-1097
グループ	対応時間	午前8時45分～午後5時30分
	所在地	札幌市中央区南2条西14丁目 国保会館
北海道国民健康	電話番号	011-231-5161
保険団体連合会	FAX 番号	011-233-2178
	対応時間	午前9時～午後5時15分

1 2. 提供するサービスの第三者評価の実施状況

サービスの第三者評価は受けておりません。

1 3. 協力医療機関

医療機関の名称	函館新都市病院
所在地	函館市石川町 3 3 1 番地 1
電話番号	0 1 3 8 - 4 6 - 1 3 2 1
診療科	脳神経外科、内科、循環器科、整形外科、麻酔科、 神経内科、小児科、歯科
入院設備	1 5 5 床

医療機関の名称	新都市砂原病院
所在地	茅部郡森町字砂原 1 丁目 3 0 - 5 9
電話番号	0 1 3 7 4 - 8 - 3 1 3 1
診療科	内科、消化器科、外科、脳神経外科、整形外科、循環器科
入院設備	一般病床 / 4 1 床・療養型病床 / 4 2 床 計 8 3 床

医療機関の名称	函館おおてまちクリニック
所在地	函館市大手町 1 - 2 1
電話番号	0 1 3 8 - 2 3 - 1 0 6 2
診療科	内科、消化器内科、外科、人工透析内科
入院設備	なし

1 4. 非常災害時の対策

災害時の対応	消防計画にのっとり対応を行います。
平常時の訓練	年 2 回、昼間及び夜間を想定した避難訓練を入所者の方も参加して実施します。
防災設備	スプリンクラー、避難階段、自動火災報知器、誘導灯
* 消防法適合施設	防火扉・シャッター、自動通報装置、漏電火災報知器、避難救助袋、非常用照明、カーテンは、防災性能のあるものを使用しております。
消防計画等	防火管理者 1 名

15. 当事業所ご利用の際にご留意いただく事項

居室・設備・ 器具の利用	施設内の居室や設備、器具は、本来の用法に従ってご利用ください。これに反したご利用により破損等が生じた場合、弁償していただくことがあります。
喫煙・飲酒	喫煙は決められた場所以外ではお断りします。飲酒は原則禁止です。

迷惑行為等	騒音等他の入所者の迷惑になる行為はご遠慮願います。また、やみくもに他の入所者の居室等に立ち入らないようにしてください。
宗教・政治活動	施設内での他の入居者に対する執拗な宗教活動及び政治活動はご遠慮ください。
動物飼育	施設内へのペットの持ち込み及び飼育はお断りします。

16. 緊急時の対応

(1) 緊急時診療等を求める医療機関（かかりつけ医）

<かかりつけ医>

病院名

郵便番号

住 所

電話番号

(2) 家族又は身元引受人等の緊急連絡先

<連絡先>

氏 名

続 柄

郵便番号

住 所

電話番号

介護予防・日常生活支援総合事業利用に係る基本サービス費及び加算

令和8年6月1日報酬改定時点

当通所事業をご利用頂くにあたり、下記の基本サービス費及び加算に基づき利用のご負担頂きますのであらかじめご了承下さい。また一部加算料金につきましては、該当となる場合にのみ加算となります。なおご不明な点がございましたら、生活相談員へご確認下さい。

1. 基本サービス費

当施設をご利用された場合、その方の要支援状態区分によって基本サービス費をご負担して頂きます。また利用契約第2条第2項により、要支援状態に変更が生じた場合には、変更後の要支援状態区分に従い基本サービス費をご負担して頂きます。

(10割額表示)

要支援状態区分	介護予防・日常生活支援総合事業
事業対象者・要支援1	17,980円/月
事業対象者・要支援2	36,210円/月

2. 加算料金

各加算の条件を満たした場合にご負担して頂きます。

(10割額表示)

加算名称		料金
生活機能向上グループ活動加算		1,000円/月
栄養アセスメント加算		500円/月
栄養改善加算		2,000円/月
口腔・栄養スクリーニング加算(Ⅰ)(6月に1回を限度)		200円/1回
口腔・栄養スクリーニング加算(Ⅱ)(6月に1回を限度)		50円/1回
口腔機能向上加算(Ⅰ)		1,500円/月
口腔機能向上加算(Ⅱ)		1,600円/月
一体的サービス提供加算		4,800円/月
生活機能向上連携加算Ⅰ(3月に1回を限度)		1,000円/月
生活機能向上連携加算Ⅱ		2000円/月
事業所と同一の建物に居住する者 又は同一建物から利用する者に通 所型サービス(独自)を行う場合	事業対象者・要支援1	－3,760円/月
	事業対象者・要支援2(週2回程度)	－7,520円/月
若年性認知症利用者受入加算		2,400円/月
事業所が送迎を行わない場合		－470円/片道につき

加 算 名 称		料 金
科学的介護推進体制加算		400円／月
サービス提供体制強化加算（Ⅰ）		（要支援１） 880円／月
		（要支援２） 1,760円／月
サービス提供体制強化加算（Ⅱ）		（要支援１） 720円／月
		（要支援２） 1,440円／月
サービス提供体制強化加算（Ⅲ）		（要支援１） 240円／月
		（要支援２） 480円／月
介護職員等処遇改善加算（Ⅰ）イ	基本サービス費＋加算の負担額の合計の11.1%	
介護職員等処遇改善加算（Ⅰ）ロ	基本サービス費＋加算の負担額の合計の12.0%	
介護職員等処遇改善加算（Ⅱ）イ	基本サービス費＋加算の負担額の合計の10.9%	
介護職員等処遇改善加算（Ⅱ）ロ	基本サービス費＋加算の負担額の合計の11.8%	
介護職員等処遇改善加算（Ⅲ）	基本サービス費＋加算の負担額の合計の9.9%	
介護職員等処遇改善加算（Ⅳ）	基本サービス費＋加算の負担額の合計の8.3%	

【説明確認欄】

令和 年 月 日

介護予防・日常支援総合事業第1号通所事業利用契約の締結にあたり、上記により重要事項を説明しました。

事業所	所在地	北斗市清水川1番地1
	事業所名	社会福祉法人雄心会 デイサービスセンターいちほ
	説明者	阿部佳生
	職 種	生活相談員

介護予防・日常生活支援総合事業第1号事業利用契約の締結にあたり、上記のとおり重要事項の説明を受けました。

利 用 者

住 所 北斗市追分4丁目11番25号

氏 名

身元引受人

住 所

氏 名

続 柄

食事費に係わる同意書

介護予防・日常生活支援総合事業第 1 号通所事業を利用するにあたり、下記の事項について、担当者による説明を受けました。希望しました食事費は、施設の定める料金でお支払いいたします。

令和 年 月 日

デイサービスセンターいちほ
管理者 松村 舞 殿

<利用者>

氏 名

<身元引受人>

氏 名

記

ご希望により利用頂く場合は、必要な品目の選択欄に○印をご記入願います。

1 食費

選択欄	品 目	単 価
	昼食	550 円
	夕食	515 円

- * 施設から一律に提供しているものではございません。
- * 選択内容や金額に変更がある場合は、同意書を再度、提出させていただきます。
特に変更がなければ、施設を利用している間は上記の内容で継続させていただきます。

個人情報使用同意書（介護予防・日常生活総合事業）

私（利用者及びその家族）の個人情報については、次に記載するところにより必要最小限の範囲内で使用することに同意します。

記

1 使用する目的

利用者のための居宅サービス計画に沿って円滑にサービスを提供するために実施されるサービス担当者会議、介護支援専門員と事業者との連絡調整等において必要な場合。

2 使用する事業者の範囲

サービス区分	所在地	事業者名
通所型独自サービス	北斗市清水川1番地1	デイサービスセンター いちほ

3 使用する期間

令和 年 月 日 から 1年間

但し、期間満了日の14日前までに文書による同意終了の申し出がない場合には、本同意書は同一条件で更新されたものとし、以後も同様とします。

4 条 件

- （1）個人情報の提供は必要最小限とし、提供に当たっては関係者以外の者に漏れることのないよう細心の注意を払うこと。
- （2）個人情報を使用した会議、相手方、内容等の経過を記録しておくこと。

令和 年 月 日

社会福祉法人雄心会 デイサービスセンターいちほ

管理者 松村 舞 様

（利用者） 住 所
氏 名

（家族等） 住 所
氏 名