

## 重要事項説明書別紙 通所介護利用料金表

サービスを利用した場合の「基本利用料」は以下のとおりであり、お支払いいただく「お客様負担金」は、原則として、各サービスに応じた基本利用料にお客様ごとに定められた負担割合を乗じた額です。ただし、介護保険給付の支給限度額を超えてサービスを利用する場合、超えた額の全額をご負担いただきます。

地域区分	4級地
事業所規模	大規模（Ⅱ）
サービス提供時間	7時間以上8時間未満

### 【基本利用料（1回あたり）】

	単位数	ご利用料金	1割負担	2割負担	3割負担
要介護1	607単位	6,397 円	640 円	1,280 円	1,920 円
要介護2	716単位	7,546 円	755 円	1,510 円	2,264 円
要介護3	830単位	8,748 円	875 円	1,750 円	2,625 円
要介護4	946単位	9,970 円	997 円	1,994 円	2,991 円
要介護5	1059単位	11,161 円	1,117 円	2,233 円	3,349 円

※感染症又は災害の発生を理由とする利用者数の減少が一定以上生じている場合 上記に3%加えた額となります。

### 【加算】 要件を満たした場合、以下の料金が加算されます。

	単位数	算定単位	ご利用料金	1割負担	2割負担	3割負担
入浴介助加算Ⅰ	40単位	／日	421 円	43 円	85 円	127 円
中重度者ケア体制加算	45単位	／日	474 円	48 円	95 円	143 円
科学的介護推進体制加算	40単位	／月	421 円	43 円	85 円	127 円
サービス提供体制強化加算Ⅱ	18単位	／回	189 円	19 円	38 円	57 円
送迎減算	-47単位	片道	-495 円	-50 円	-99 円	-149 円
			円	円	円	円
			円	円	円	円
			円	円	円	円
			円	円	円	円

### 《処遇改善加算》

2024年6月以降

介護職員の処遇改善に資する費用として、所定単位数に右記の料率を乗じた単位数を加算します。	処遇改善加算Ⅰ
	9.2%

※上記に関してはあくまで目安となります。実際の請求では端数処理の関係で多少の誤差が発生します。

### 【その他の費用】

食事の提供に要する費用

1食（昼食及び3時食） 800円

おむつ代等

尿取りパッド50円、おむつ100円

リハビリパンツ150円

通常の事業実施地域を越える送迎費用

費用負担はありません。

レクリエーション、クラブ活動

内容によっては、材料費等の実費をいただく場合があります。

お楽しみ夕食

1食 540円（内、消費税40円）

### 【利用の変更・中止】

キャンセル料

550円（内、消費税50円） ※利用予定日の前日までに申し出がなかった場合

【支払方法】

利用料、その他の費用の請求  
利用料、その他の費用のお支払い

利用月ごとの計算で請求し、請求書を翌月 15 日までにお送り致します。  
下記のいずれかの方法によりお支払いください。  
ア) 三井住友カード株式会社の銀行口座引き落とし（ゆうちょ銀行含む）  
毎月 26 日（金融機関休業日の場合は翌営業日）に口座引落としとなります。  
イ) コンビニ収納でのお支払い（※別途請求書と一緒にお渡しします）  
ウ) 事業者指定口座への振り込み（手数料はお客様負担となります）

【指定口座】

三井住友銀行 ひなぎく支店 普通預金 口座番号8801043  
口座名義 ケアパートナー（カ  
毎月 25 日までにお支払ください。（手数料はお客様負担となります。）

ケアパートナーは、サービス提供開始にあたり、本書面に基づいて利用料金の説明を行いました。  
本書 2 通を作成し、ケアパートナー及びお客様（またはその代理人様）は、署名の上、各 1 通を保管するものとします。

事業者 所在地 東京都港区港南二丁目16番1号品川イーストワンタワー21階 名称 ケアパートナー株式会社  
事業者名 代表取締役社長 ●● ●●

サービス事業所 所在地 千葉県成田市飯田町 1 2 4ー8 9 名称 ケアパートナー成田  
管理者 ●● ●●

私は重要事項説明書に基づいて、サービス内容および重要事項の説明を受け、その説明を受けた内容について同意します。

20 年 月 日

お客様ご住所 お客様お名前

□代理人・□立会人 または □署名代行人 （お客様との続柄： ）

ご住所 お名前

（注 1）  
「立会人様」欄には、ご本人とともに契約内容を確認し、緊急時などにお客様の立場に立って事業者との連絡調整等を行う方がいる場合に記載してください。  
（注 2）  
「署名代行人様」欄には、ご本人が身体上の理由等により、署名ができない場合において、ご本人に代わって署名をされる場合に記載してください。  
（注 3）  
「立会人様」および「署名代行人様」は、契約上の法的な義務等を負うものではありません。

確認者

## 重要事項説明書別紙 通所介護利用料金表

サービスを利用した場合の「基本利用料」は以下のとおりであり、お支払いいただく「お客様負担金」は、原則として、各サービスに応じた基本利用料にお客様ごとに定められた負担割合を乗じた額です。ただし、介護保険給付の支給限度額を超えてサービスを利用する場合、超えた額の全額をご負担いただきます。

地域区分	4級地
事業所規模	大規模（Ⅱ）
サービス提供時間	7時間以上8時間未満

### 【基本利用料（1回あたり）】

	単位数	ご利用料金	1割負担	2割負担	3割負担
要介護1	607単位	6,397 円	640 円	1,280 円	1,920 円
要介護2	716単位	7,546 円	755 円	1,510 円	2,264 円
要介護3	830単位	8,748 円	875 円	1,750 円	2,625 円
要介護4	946単位	9,970 円	997 円	1,994 円	2,991 円
要介護5	1059単位	11,161 円	1,117 円	2,233 円	3,349 円

※感染症又は災害の発生を理由とする利用者数の減少が一定以上生じている場合 上記に3%加えた額となります。

### 【加算】 要件を満たした場合、以下の料金が加算されます。

	単位数	算定単位	ご利用料金	1割負担	2割負担	3割負担
入浴介助加算Ⅰ	40単位	／日	421 円	43 円	85 円	127 円
中重度者ケア体制加算	45単位	／日	474 円	48 円	95 円	143 円
科学的介護推進体制加算	40単位	／月	421 円	43 円	85 円	127 円
サービス提供体制強化加算Ⅱ	18単位	／回	189 円	19 円	38 円	57 円
送迎減算	-47単位	片道	-495 円	-50 円	-99 円	-149 円
			円	円	円	円
			円	円	円	円
			円	円	円	円
			円	円	円	円

### 《処遇改善加算》

介護職員の処遇改善に資する費用として、所定単位数に右記の料率を乗じた単位数を加算します。	処遇改善加算Ⅰ
	9.2%

※上記に関してはあくまで目安となります。実際の請求では端数処理の関係で多少の誤差が発生します。

### 【その他の費用】

食事の提供に要する費用	1食（昼食及び3時食）	800円
おむつ代等	尿取りパッド50円、おむつ100円	
	リハビリパンツ150円	

通常の事業実施地域を越える送迎費用	費用負担はありません。
レクリエーション、クラブ活動	内容によっては、材料費等の実費をいただく場合があります。
お楽しみ夕食	1食 540円（内、消費税40円）

### 【利用の変更・中止】

キャンセル料	550円（内、消費税50円）	※利用予定日の前日までに申し出がなかった場合
--------	----------------	------------------------

【支払方法】

利用料、その他の費用の請求  
利用料、その他の費用のお支払い

利用月ごとの計算で請求し、請求書を翌月 15 日までにお送り致します。  
下記のいずれかの方法によりお支払いください。  
ア) 三井住友カード株式会社の銀行口座引き落とし（ゆうちょ銀行含む）  
毎月 26 日（金融機関休業日の場合は翌営業日）に口座引落しとなります。  
イ) コンビニ収納でのお支払い（※別途請求書と一緒にお渡しします）  
ウ) 事業者指定口座への振り込み（手数料はお客様負担となります）

【指定口座】

三井住友銀行 ひなぎく支店 普通預金 口座番号8801043  
口座名義 ケアパートナー（カ  
毎月 25 日までにお支払ください。（手数料はお客様負担となります。）

ケアパートナーは、サービス提供開始にあたり、本書面に基づいて利用料金の説明を行いました。  
本書 2 通を作成し、ケアパートナー及びお客様（またはその代理人様）は、署名の上、各 1 通を保管するものとします。

事業者 所在地 東京都港区港南二丁目16番1号品川イーストワンタワー21階 名称 ケアパートナー株式会社  
事業者名 代表取締役社長 ●● ●●

サービス事業所 所在地 千葉県成田市飯田町 1 2 4ー8 9 名称 ケアパートナー成田  
管理者 ●● ●●

私は重要事項説明書に基づいて、サービス内容および重要事項の説明を受け、その説明を受けた内容について同意します。

20 年 月 日

お客様ご住所 お客様お名前

□代理人・□立会人 または □署名代行人 （お客様との続柄： ）

ご住所 お名前

（注 1）  
「立会人様」欄には、ご本人とともに契約内容を確認し、緊急時などにお客様の立場に立って事業者との連絡調整等を行う方がいる場合に記載してください。

（注 2）  
「署名代行人様」欄には、ご本人が身体上の理由等により、署名ができない場合において、ご本人に代わって署名をされる場合に記載してください。

（注 3）  
「立会人様」および「署名代行人様」は、契約上の法的な義務等を負うものではありません。

(お客様控え)

地	〒108-0075 東京都港区港南二丁目16番1号品川イーストワンタワー21階
	代表取締役社長   〇〇   〇〇
	１９９９年２月１日
	電話   〇 ３ （ ６ ４ 〇 ４ ） ８ １ １ １

	ケアパートナー成田	管理者	〇〇 〇〇
定員	通所介護・第1号通所事業 1単位 定員62人		
	〒286-0041 千葉県成田市飯田町124-89		
	電話 0476-20-5020 FAX 0476-27-5820		
	(介護) 2007年8月1日 (第1号通所事業) 2007年8月1日		
	(介護) 1271600700	(第1号通所事業) 1271600700	
成	成田市、富里市、酒々井町、栄町、印西市(平賀・平賀学園台・吉高・山田)		

## 方針

慣れた環境や地域において、お客様が自立した暮らしを営めるよう援助致します。

パートナーは、お客様の心身の状況や家庭環境等を踏まえ、介護保険法その他関係法令この契約の定めに基づき、関係する市町村や事業者、地域の保健・医療・福祉サービス綿密な連携を図りながら、お客様の要介護状態の軽減や悪化の防止、もしくは要介護状なることの予防のため、適切なサービスの提供に努めます。

## 内容

等に沿った、送迎・身体介護・食事の提供・入浴、生活等に関する相談・助言、健康状態の話し及び機能訓練を実施致します。

月曜日～土曜日（祝日含む）第３日曜日   ただし、１２月３０日～１月３日は除く
午前８時３０分から午後５時３０分まで
午前９時００分から午後４時３０分まで

管理者   常勤１名

勤務の形態・人数	従業者の職種	勤務の形態・人数
常勤2人(兼務)	介護職員	常勤4人(内2名兼務)非常勤10人

事業者は、利用者等の人権の擁護・虐待の発生又はその再発を防止するために、次に掲げるとします。

- ① 虐待防止に関する責任者を設置しています。   **虐待防止に関する責任者   管理者**   〇〇
- ② 虐待防止のための対策を検討する委員会を定期的に開催し、その結果について従業者に届す。
- ③ 虐待防止のための指針の整備をしています。
- ④ 従業者に対して、虐待を防止するための定期的な研修を実施しています。
- ⑤ サービス提供中に、当該事業所従業者又は養護者による虐待を受けたと思われる利用者があるに、これを市町村に通報します。

## 9. 身体拘束防止

サービスの提供にあたっては、当該お客様又は他のお客様等の生命又は身体を保護するためを除き、身体拘束その他のお客様の行動を制限する行為を行いません。やむを得ず身体拘束を非代替性③一時性の要件を満たしていることを、カンファレンスにて確認の後、お客様及び家族説明し、同意を得た上で、その実施状況や時間等について、経過観察記録を作成し保管いたします。

①	緊急性	直ちに身体拘束を行わなければ、お客様本人または他人の生命・身体に危険が及ぶ場合に限ります。
②	非代替性	身体拘束以外に、お客様本人または他人の生命・身体に対して危険が及ぶ場合に限ります。
③	一時性	お客様本人または他人の生命・身体に対して危険が及ぶことがなくなった場合、身体拘束を解きます。

## 10. 個人情報の保護及び秘密の保持

事業所は、お客様及びその家族の個人情報について「個人情報の保護に関する法律」及び「医療・介護関係事業者における個人情報の適切な取扱いのためのガイダンス」を遵守し適します。

事業所が得たお客様及びその家族の個人情報については、介護サービスの提供以外の目的をいものとし、サービス担当者会議等において、お客様の個人情報を用いる場合はお客様の同意、個人情報を用いる場合は当該家族の同意をあらかじめ文書により得るものとします。

## 11. 緊急時対応

サービス提供中に、お客様に病状の急変が生じた場合その他必要な場合は、速やかに主治医の必要な措置を講じるとともに、お客様が予め指定する連絡先にも連絡します。

## 12. 事故発生時対応

お客様に対するサービスの提供により事故が発生した場合は、市町村、お客様の家族、お客様（地域包括支援センターより第１号通所事業の業務を受託している居宅介護支援事業者を含む）に連絡を行うとともに、必要な措置を講じます。

また、お客様に対するサービスの提供により賠償すべき事故が発生した場合は、損害賠償を  
・加入保険会社名   三井住友海上火災保険株式会社       ・保険の内容   賠償責任保険

## 13. サービス提供の記録

- ① 指定通所介護の実施ごとに、サービス提供の記録を行うこととし、その記録は、契約

ます。

所の助言、指導を求めるとともに、常に密接な連携に努めます。

染症が発生し、又はまん延しないよう次に掲げる措置を講じます。

る感染症の予防及びまん延の防止のための対策を検討する委員会をおおむね6月

催します。

る感染症の予防及びまん延防止のための指針を整備しています。

、感染症の予防及びまん延防止のための研修等を定期的 to 実施します。

目について

の発生時において、お客様に対する指定通所介護の提供を継続的に実施するため

例で早期の業務再開を図るための計画（業務継続計画）を策定し、当該業務継続計画に従って

じます。

業務継続計画について周知するとともに、必要な研修及び訓練を定期的 to 実施します。

該計画の見直しを行い、必要に応じて業務継続計画の変更を行います。

についての留意事項

際には、介護保険被保険者証を提示してください。

被保険者証に記載された内容（被保険者資格、要介護認定の有無及び要介護認定の有効期間）

主所などに変更があった場合は速やかに当事業者にお知らせください。

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、

く場合があります。

以外での喫煙はご遠慮ください。

惑になる行為はご遠慮ください。

己の責任で管理してください。

お客様に対する宗教活動及び政治活動はご遠慮ください。

事項

有無 未実施

談窓口	担当者 管理者〇〇〇 生活相談員〇〇〇 連絡先 0 4 7 6 （2 0） 5 0 2 0
	担当者 総務課長 ご連絡先 0 1 2 0 （5 2 8） 6 1 0 受付時間 9：0 0～1 7：0 0（土日祝除く）
口 （炎室）	成田市役所 介護保険課 連絡先 0 4 7 6 （2 0） 1 5 4 5
	富里市役所 高齢者福祉課 連絡先 0 4 7 6 （9 3） 1 1 1 1 （代表）
	酒々井町役場 健康福祉課
目談窓口	

明を行いました。

本書交付を証するため、本書を2通作成し、ケアパートナー、お客様（またはその代理人様）

1通を保管するものとします。

	年	月	日
事業者	所在地	東京都港区港南二丁目16番1号品川イーストワンタ	
	名称	ケアパートナー株式会社	
	事業者名	代表取締役社長	〇〇 〇〇
サービス事業所	所在地	千葉県成田市飯田町1 2 4―8 9	
	名称	ケアパートナー成田	
	説明者		

私は、重要事項説明書に基づいて、サービス内容および重要事項の説明を受け、その説明を

意します。

	年	月	日
お客様	住所		
	氏名	様	
<input type="checkbox"/> 代理人様・ <input type="checkbox"/> 立会人様 または <input type="checkbox"/> 署名代行人様（お客様との続柄： ※該当の□に○を入れてください。			
	住所		
	氏名	様	

（注1）「立会人様」欄には、ご本人とともに契約内容を確認し、緊急時などに

事業者との連絡調整等を行う方がいる場合に記載してください。

（注2）「署名代行人様」欄には、ご本人が身体上の理由等により、署名がで

ご本人に代わって署名をされる場合に記載してください。

（注3）「立会人様」および「署名代行人様」は、契約上の法的な義務等を負

地	〒108-0075 東京都港区港南二丁目16番1号品川イーストワンタワー21階
	代表取締役社長   〇〇   〇〇
	１９９９年２月１日
	電話   〇３（６４０４）８１１１

	ケアパートナー成田	管理者	〇〇 〇〇
定員	通所介護・第1号通所事業 1単位 定員62人		
	〒286-0041 千葉県成田市飯田町124-89		
	電話 0476-20-5020 FAX 0476-27-5820		
	(介護) 2007年8月1日 (第1号通所事業) 2007年8月1日		
	(介護) 1271600700	(第1号通所事業) 1271600700	
成	成田市、富里市、酒々井町、栄町、印西市(平賀・平賀学園台・吉高・山田)		

## 方針

慣れた環境や地域において、お客様が自立した暮らしを営めるよう援助致します。
パートナーは、お客様の心身の状況や家庭環境等を踏まえ、介護保険法その他関係法令この契約の定めに基づき、関係する市町村や事業者、地域の保健・医療・福祉サービス綿密な連携を図りながら、お客様の要介護状態の軽減や悪化の防止、もしくは要介護状なることの予防のため、適切なサービスの提供に努めます。

## 内容

等に沿った、送迎・身体介護・食事の提供・入浴、生活等に関する相談・助言、健康状態の話し及び機能訓練を実施致します。

月曜日～土曜日（祝日含む）第３日曜日   ただし、１２月３０日～１月３日は除く
午前８時３０分から午後５時３０分まで
午前９時００分から午後４時３０分まで

管理者   常勤１名

勤務の形態・人数	従業者の職種	勤務の形態・人数
常勤2人(兼務)	介護職員	常勤4人(内2名兼務)非常勤10人

事業者は、利用者等の人權の擁護・虐待の発生又はその再発を防止するために、次に掲げることをします。

- ⑥ 虐待防止に関する責任者を設置しています。   **虐待防止に関する責任者   管理者   〇〇**
- ⑦ 虐待防止のための対策を検討する委員会を定期的に開催し、その結果について従業者に届す。
- ⑧ 虐待防止のための指針の整備をしています。
- ⑨ 従業者に対して、虐待を防止するための定期的な研修を実施しています。
- ⑩ サービス提供中に、当該事業所従業者又は養護者による虐待を受けたと思われる利用者がある場合に、これを市町村に通報します。

### 9. 身体拘束防止

サービスの提供にあたっては、当該お客様又は他のお客様等の生命又は身体を保護するためを除き、身体拘束その他のお客様の行動を制限する行為を行いません。やむを得ず身体拘束を非代替性③一時性の要件を満たしていることを、カンファレンスにて確認の後、お客様及び家族説明し、同意を得た上で、その実施状況や時間等について、経過観察記録を作成し保管いたします。

④	緊急性	直ちに身体拘束を行わなければ、お客様本人または他人の生命・身体に危害られる場合に限ります。
⑤	非代替性	身体拘束以外に、お客様本人または他人の生命・身体に対して危険が及ぶことができない場合に限ります。
⑥	一時性	お客様本人または他人の生命・身体に対して危険が及ぶことがなくなった時点で身体拘束を解きます。

## 10. 個人情報の保護及び秘密の保持

事業所は、お客様及びその家族の個人情報について「個人情報の保護に関する法律」及び「医療・介護関係事業者における個人情報の適切な取扱いのためのガイダンス」を遵守し適用します。

事業所が得たお客様及びその家族の個人情報については、介護サービスの提供以外の目的をいものとし、サービス担当者会議等において、お客様の個人情報を用いる場合はお客様の同意、個人情報を用いる場合は当該家族の同意をあらかじめ文書により得るものとします。

### 11. 緊急時対応

サービス提供中に、お客様に病状の急変が生じた場合その他必要な場合は、速やかに主治医の必要な措置を講じるとともに、お客様が予め指定する連絡先にも連絡します。

### 12. 事故発生時対応

お客様に対するサービスの提供により事故が発生した場合は、市町村、お客様の家族、お客様（地域包括支援センターより第１号通所事業の業務を受託している居宅介護支援事業者を含む）に連絡を行うとともに、必要な措置を講じます。

また、お客様に対するサービスの提供により賠償すべき事故が発生した場合は、損害賠償を  
・加入保険会社名   三井住友海上火災保険株式会社       ・保険の内容   賠償責任保険

### 13. サービス提供の記録

- ③ 指定通所介護の実施ごとに、サービス提供の記録を行うこととし、その記録は、契約

ます。

所の助言、指導を求めるとともに、常に密接な連携に努めます。

染症が発生し、又はまん延しないよう次に掲げる措置を講じます。

る感染症の予防及びまん延の防止のための対策を検討する委員会をおおむね6月

催します。

る感染症の予防及びまん延防止のための指針を整備しています。

、感染症の予防及びまん延防止のための研修等を定期的 to 実施します。

目について

の発生時において、お客様に対する指定通所介護の提供を継続的に実施するため

例で早期の業務再開を図るための計画（業務継続計画）を策定し、当該業務継続計画に従って

じます。

業務継続計画について周知するとともに、必要な研修及び訓練を定期的 to 実施します。

該計画の見直しを行い、必要に応じて業務継続計画の変更を行います。

についての留意事項

際には、介護保険被保険者証を提示してください。

被保険者証に記載された内容（被保険者資格、要介護認定の有無及び要介護認定の有効期間）

主所などに変更があった場合は速やかに当事業者にお知らせください。

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、

く場合があります。

以外での喫煙はご遠慮ください。

惑になる行為はご遠慮ください。

己の責任で管理してください。

お客様に対する宗教活動及び政治活動はご遠慮ください。

事項

有無

未実施

談窓口	担当者 管理者〇〇〇 生活相談員〇〇〇 連絡先 0476（20）5020
	担当者 総務課長 ご連絡先 0120（528）610 受付時間 9：00～17：00（土日祝除く）
口 災室）	成田市役所 介護保険課 連絡先 0476（20）1545
	富里市役所 高齢者福祉課 連絡先 0476（93）1111（代表）
	酒々井町役場 健康福祉課
目談窓口	

明を行いました。

本書交付を証するため、本書を2通作成し、ケアパートナー、お客様（またはその代理人様）

1通を保管するものとします。

	年	月	日
事業者	所在地 東京都港区港南二丁目16番1号品川イーストワンタ		
	名称	ケアパートナー株式会社	
	事業者名	代表取締役社長	〇〇 〇〇
サービス事業所	所在地 千葉県成田市飯田町124―89		
	名称	ケアパートナー成田	
	説明者		

私は、重要事項説明書に基づいて、サービス内容および重要事項の説明を受け、その説明を

意します。

	年	月	日		
お客様	住所				
	氏名	様			
<input type="checkbox"/> 代理人様・ <input type="checkbox"/> 立会人様 または <input type="checkbox"/> 署名代行人様（お客様との続柄： ※該当の□に○を入れてください。					
	住所				
	氏名	様			

（注1）「立会人様」欄には、ご本人とともに契約内容を確認し、緊急時などに

事業者との連絡調整等を行う方がいる場合に記載してください。

（注2）「署名代行人様」欄には、ご本人が身体上の理由等により、署名がで

ご本人に代わって署名をされる場合に記載してください。

（注3）「立会人様」および「署名代行人様」は、契約上の法的な義務等を負うもので