

重要事項説明書

(施設介護サービス利用契約書)

あなたに対する居宅サービス提供開始にあたり、厚生省令第39号第4条に基づいて、当事業者があなたに説明すべき事項は次のとおりです。

1、事業所

事業所の名称	大和桜井園
法人所在地	奈良県桜井市大字阿部1073番地
法人種別	社会福祉法人
代表者氏名	理事長 東 武志
電話番号	0744-42-2090

2、ご利用施設

施設の名称	社会福祉法人 大和桜井園
施設の所在地	奈良県桜井市大字阿部1073番地
施設長名	東 武志
電話番号	0744-42-2090
ファクシミリ番号	0744-43-5670

3、ご利用施設であわせて実施する事業

事業の種類	事業所の指定番号		利用定数	桜井宇陀広域連合 基準該当サービス	
	指定年月日	指定番号			
施設	介護老人福祉施設	平成20年4月1日	2970600017	130人	当・非該当
居宅	通所介護	平成20年4月1日	2970600017	30人	
	短期入所生活介護	平成20年4月1日	2970600017	20人	
居宅介護支援事業		平成20年4月1日	2970600017		

4、事業の目的と運営の方針

事業の目的	この事業は、老人福祉法第20条の5による。
施設運営の方針	当施設にあたっては、老人福祉法第1章総則第2条基本的理念による。

5、施設の概要

特別養護老人ホーム

敷 地		4、547.16㎡
建 物	構 造	鉄筋コンクリート4階建て（耐火建築）
	延べ床面積	5、952.29㎡
	利用定数	130名

(1) 居室

居室の種類	室 数	面 積	1人当たりの面積
1 人 部 屋	6 室	78.62㎡	13.10㎡
2 人 部 屋	16 室	354.88㎡	11.09㎡
4 人 部 屋	23 室	989.45㎡	10.75㎡

(2) 主な設備

設備の種類	数	面 積	1人当たりの面積
食 堂	2 室	198.53㎡	1.53㎡
機能訓練室	1 室	161.84㎡	1.24㎡
一 般 浴 室	1 室	27.06㎡	
機 械 浴 室	特殊浴槽	3 台	
医 務 室	4 室	計635.64㎡	
デイルーム	2 箇所		

6、職員体制（主たる職員）

従業者の種類	員 数	区分				事業所の 指定基準	保有資格
		常 勤		非常勤			
		専 従	兼 務	専 従	兼 務		
施設長	1		1			1	社会福祉士・主任介護支援専門員 1名
生活相談員	2	2				2	社会福祉主事 2名
介護職員	57	32		25		50以上	介護福祉士 19名
看護職員	10	4		4	2		看護師 5名 准看護師 5名
機能訓練指導員	2				2	1以上	理学療法士 2名
介護支援専門員	3	2		1		2	介護支援専門員 3名
医師	6				6		医師 6名
栄養士	1		1			1以上	栄養士 1名

7、職員の職務内容

職	職務内容
管 理 者	1 従業者及び業務の実施状況の把握、その他の業務の管理を一元的に行います。 2 従業者に法令等において規定されている遵守すべき事項において、指揮命令を行います。
生 活 相 談 員	入所者の入退所、生活相談及び援助の計画立案、実施に関する業務を行います。
介 護 職 員	入所者に対し必要な介護及び世話、支援を行います。
看 護 職 員	医師の診療補助及び医師の指示を受けて入所者の看護、施設の保健衛生業務を行います。
機能訓練指導員	入所者の状況に適した機能訓練・手芸・貼り絵など生活リハビリを取り入れ、心理的機能・身体機能の低下を防止するよう努めます。
介護支援専門員	適切なサービスが提供されるよう、介護計画を作成します。
医 師	入所者に対して、健康管理及び療養上の指導を行います。
栄 養 士	食事の献立、栄養計算等入所者に対する栄養指導等を行います。

8、職員の勤務体制

従業者の職種	勤務体制	休暇
施 設 長	正規の勤務時間帯（10：00～19：00） 常勤で勤務	4週8休
生 活 相 談 員	正規の勤務時間帯（9：00～18：00） 常勤で勤務	4週8休
介 護 職 員	<ul style="list-style-type: none"> ・早番（7：30～16：30） ・日勤（8：30～17：30） ・夜勤（16：00～9：00） ・昼間（8：30～17：30）は、原則として職員1名あたり入所者3名のお世話をします。 ・夜間（16：00～9：00）は、原則として職員1名あたり入所者22名のお世話をします。 	原則として、 4週8休
看 護 職 員	<ul style="list-style-type: none"> ・正規の勤務時間（8：30～17：30）（9：00～18：00） 原則として6名体制で勤務します。 ・夜間については、交代で自宅待機を行い、緊急時に備えます。 	4週8休
機能訓練指導員	週2回(水曜日・土曜日) 9：00～18：00まで勤務。	
介護支援専門員	正規の勤務時間帯（9：00～18：00） 常勤で勤務	4週8休
医 師	週1回(月～金曜日)13：30～15：30まで、勤務します。	
栄 養 士	正規の勤務時間帯（9：00～18：00） 常勤で勤務	4週8休

9、施設サービスの概要

(1) 介護保険給付サービス

種 類	内 容
食 事	<ul style="list-style-type: none"> ・栄養士の立てる献立表により、栄養と利用者の身体状況に配慮したバラエティに富んだ食事を提供します。 ・食事はできるだけ離床して食堂で食べていただけるように配慮します。 (食事時間) 朝 食 8 : 0 0 ~ 9 : 0 0 昼 食 1 2 : 0 0 ~ 1 3 : 0 0 夕 食 1 7 : 3 0 ~ 1 8 : 3 0
排 泄	<ul style="list-style-type: none"> ・入所者の状況に応じて適切な排泄介助を行うとともに、排泄の自立についても適切な援助を行います。
入 浴	<ul style="list-style-type: none"> ・年間を通じて週2回の入浴又は清拭を行います。 ・寝たきり等で座位の取れない方は、機械を用いての入浴も可能です。
離床、着替え 整容等	<ul style="list-style-type: none"> ・寝たきり防止のため、できる限り離床に配慮します。 ・生活のリズムを考え、毎朝夕の着替えを行うよう配慮します。 ・個人としての尊厳に配慮し、適切な整容が行われるよう援助をします。 ・シーツ交換は、週1回、寝具の消毒は、必要に応じ実施します。
機 能 訓 練	<ul style="list-style-type: none"> ・機能訓練指導員（所有資格2名）による入所者の状況に適合した機能訓練を行い、身体機能の低下を防止するようつとめます。 ・当施設の保有するリハビリ器具 歩行器 1 2 機 平行棒 2 機 助木運動器 1 機 車椅子 6 5 機 肩関節輪転器 1 機 訓練用階段 1 機 牽引器 1 機 体幹リハビリ器 1 機 姿勢橋鏡 1 機 競捉機 1 機
健 康 管 理	<ul style="list-style-type: none"> ・嘱託医師により、週1回診察日を設けて健康管理に努めます。 ・又、緊急等必要な場合には主治医あるいは協力医療機関等に責任を持って引き継ぎます ・入所者が外部の医療機関に通院する場合は、その介添えについてできるだけ配慮します。 ・医療機関への入院、検査（CT、MRI、内視鏡等）の際には、必ずご家族様も付き添いして頂きますようお願い致します。 病院にて、医師より説明を受けて頂き、入院、検査等の手続きを行って頂きます。
相 談 及 び 援 助	<ul style="list-style-type: none"> ・当施設では、入所者及びその御家族からのいかなる相談についても誠意を持って応じ、可能な限り必要な援助を行うよう努めます。 (相談窓口) 生活相談員
社 会 生 活 上 の 便 宜	<ul style="list-style-type: none"> ・当施設では、必要な教養娯楽設備を整えるとともに、施設での生活を実りあるものとするため、適宜レクリエーション行事を企画します。 ・主な娯楽施設 クラブ活動(書道) ・主なレクリエーション行事 別添の施設行事計画のとおり。 ・行政機関に対する手続きが必要な場合には、入所者及びご家族の状況によっては、代行致します。

(2) 介護保険給付外サービス

サービスの種類	内 容
理容・美容	<ul style="list-style-type: none"> ・ 2月ごとに、理容組合の出張による理髪サービスを利用いただけます。
各種事務サービス	<ul style="list-style-type: none"> ・ 定期的に（年3回程度）利用明細書・ケアプラン表・歯科衛生指導説明書などを郵送にてお送りいたします。 ・ 年金・医療費・食事減額・障害認定・国保・転入届け等の申請または更新のうち、軽易なもので桜井市役所に対応できるものについては、お受けいたします（交通費実費ご利用者負担）。 ・ 桜井市役所に対応できないもので、軽易なものについては、郵送（郵送料ご利用者負担）で対応いたします。 ・ 記録等の複写サービスをご利用いただけます。
日常生活品の購入代行	<ul style="list-style-type: none"> ・ ご利用者及びご家族が自ら購入が困難である場合は、施設の購入代行サービスをご利用いただけます。ご利用いただく場合は、やむを得ない場合を除き、5日前までに購入代金を添えてお申し込み下さい。ただし、代行が当園より1km以上に渡る場合、交通費実費をご負担頂きます。
金 銭 管 理	<ul style="list-style-type: none"> ・ 自らの手による金銭の管理が困難な場合は、金銭管理サービスをご利用いただけます。詳細は次のとおりです。 <p>個人が管理する金銭の限度額：¥10,000ーまでとします。</p> <p>管理する金銭等の形態：指定する金融機関の預金通帳に預け入れているものを施設で管理します。</p> <p>お預かりするもの：上記預金通帳と通帳印（原則として、1つ）</p> <p>保 管 場 所：事務所にて出納職員により管理します。</p> <p>保 管 管 理 者：施設長・事務職員が責任をもって管理します。</p> <p>出 納 方 法：別添えの「入所者預り金管理規定」のとおり。</p>
送 迎	<p>施設介護サービスに係る送迎は、送迎費をご負担頂きます。ただし、平日に当園が送迎可能な時間帯で、片道20キロメートル以内に限りさせていただきます。また、医療機関や各種施設からの退院・退所時には、ご利用頂けません。尚、家族等が送迎を行われる際には、地域を問いません。</p>

10、利用料

(1) 法定給付

区 分	利 用 料
法定代理受領の場合	<p>介護報酬の告示上の額 （施設介護サービス費（食事に要する費用を除く）の一割と食事に要する標準負担額の合算額）</p>

法定代理受領でない場合	介護報酬告示上の額 (施設介護サービスの基準額に同じ)
-------------	--------------------------------

(2)法定外給付

区 分	利 用 料
理容・美容サービス	理容サービス 1回 ¥1,000－ 美容サービス実費。
日常生活品の購入代行サービス	購入依頼のあった品物を購入するのに要した金額の実費（交通費実費も含む）。
各種事務サービス	<ul style="list-style-type: none"> ・利用明細書・ケアプラン表・歯科衛生指導説明書等の発行に要する費用（年間¥400－）＋郵送料の実費 ・郵送物の送付や、返信用封筒に添付する郵送料の実費 ・交通費実費 当事業所から通常の走行距離における片道距離（1km未満切り捨て）×¥50－
記録等の複写	1枚（片面）あたり¥10－当事務所にて現金にてお支払い下さい。
電気使用料	テレビ・パソコン・携帯電話等、電化製品を持ち込み使用される場合、1品目あたり ¥1,500－/月 半月以内のご利用は半額となります。 ※電化製品の持ち込みを希望される方は事前にご相談ください。危険と思われたり、使用の仕方やスペースに問題がある場合、当園の判断でお断りさせて頂く場合もございます。管理は自己責任でお願い致します。紛失・破損・盗難されましても、当園は責任を負いません。
レクリエーションクラブ活動	書道、華道、ちぎり絵等材料代の実費。
送迎費	<ul style="list-style-type: none"> ・桜井市内：片道 ¥500－ ・桜井市外で片道10キロメートル未満：片道 ¥1,000－ ・桜井市外で片道10キロメートル以上：片道 ¥1,500－ 20キロメートル以内
エンゼルケア（死後の処置）	施設内で看取られたご利用者の死後の処置の実費。 (処置・白装束・下顎固定閉口具他)

(3)入所者の選定により提供するもの

区 分	利 用 料
特別な食事	要した費用の実費
特別な居室	<ul style="list-style-type: none"> ・個室の場合：1日あたり ¥ ー ・2人部屋の場合：1日あたり ¥ ー
日常生活に要する費用で本人に負担いただくことが適当であるもの	<ul style="list-style-type: none"> ・喫茶コーナー利用代金 ・教養講座材料費 ・日常生活品の購入代金 ・レクリエーション材料費

1 1、緊急時等における対応方法

施設において、サービス提供を行っている際に入所者の病状の急変が生じた場合は、速やかに管理医師及びあらかじめ定めている協力医療機関へ連絡及び必要な措置を講じます。

入所中、医療を必要とする場合は、入所者及びその家族の希望により下記の協力医療機関において、診察・入院・治療等を受けることができます。ただし、下記の医療機関で優先的に治療が受けられるものではありません。また、当該医療機関での治療等を義務付けるものでもありません。

12、協力医療機関（1）

医療機関の名称	済生会中和病院
院長名	中島 祥介
所在地	桜井市大字阿部323番地
電話番号	0744-43-5001
診療科	内科、外科、整形外科、産婦人科、耳鼻咽喉頭課、脳神経外科、泌尿器科、皮膚科、放射線科
救急指定の有無	有

協力医療機関（2）

医療機関の名称	さかもとクリニック
院長名	坂本 光明
所在地	橿原市木原町26番地の1
電話番号	0744-20-2222
診療科	内科、アレルギー科
救急指定の有無	無

協力医療機関（3）

医療機関の名称	医療法人飯岡会 のぞみ診療所
院長名	飯岡 弘伊
所在地	桜井市忍阪39番地の1
電話番号	0744-43-3338
診療科	内科、小児科
救急指定の有無	無

協力医療機関（4）

医療機関の名称	ノアクリニック
院長名	青野 英幸
所在地	香芝市上中2002番地の1
電話番号	0745-43-6558
診療科	内科、呼吸器内科、美容皮膚科
救急指定の有無	無

協力医療機関（5）

医療機関の名称	羽田医院
院長名	羽田 龍彦
所在地	桜井市西之宮228番地の35
電話番号	0744-43-2120
診療科	内科、小児科、老年内科、循環器内科、消化器内科、アレルギー科
救急指定の有無	無

1 3、協力眼科医療機関

名称	近藤眼科
院長名	近藤 尚明
所在地	桜井市桜井40
電話番号	0744-42-2069

1 4、非常災害時の対策

非常時の対応	別途定める「特別養護老人ホーム大和桜井園 消防計画」にのっとり対応致します。			
近隣との協力関係	阿部町内会（阿部消防団）と近隣防災協定を締結し、非常時の相互の応援を約束しています。			
平常時の訓練等 防災設備	別途定める「特別養護老人ホーム大和桜井園 消防計画」にのっとり年2回の夜間想定訓練及び昼間を想定した避難救出訓練を、入所者の方も参加して実施します。			
	設備名称	個数等	設備名称	個数等
	スプリンクラー	有り	防火扉・シャッター	2個所
	避難階段	3個所	屋内消火栓	有り
	自動火災報知機	有り	非常通報装置	有り
	誘導等	12個所	漏電火災報知機	有り
	ガス漏れ報知器	有り	非常用電源	有り
	カーテン布団等は防災性能のあるものを使用しております。			
消防計画等	消防署への届出日：平成23年3月7日 防火管理者：東 武志			

1 5、当施設ご利用の際に留意いただく事項

来訪・面会	来訪者は、面会時間を遵守し、必ずその都度面会カードに必要事項を記載し、職員にお声をおかけください。 来訪者が宿泊される場合には必ず許可を得てください。
外泊・外出	外泊、外出の際には必ず行き先と帰宅時間を職員に申し出てください。
嘱託医師以外の医療機関への受診	嘱託医以外の受診は事務所に相談ください。
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したが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、賠償していただくことがございます。
喫煙・飲酒	喫煙・飲酒は決められた場所以外ではお断りします。
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。又、むやみ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。
所持品の管理	事務職員にご相談ください。
現金等の管理	現金所持は現金¥10,000一迄とする。

園有備品の施設外への持ち出し・利用	数に余裕があり、施設外へ持ち出し・利用が可能な場合は、ご相談に応じます。ただし、それに要する費用をご負担して頂く事がございます。
宗教活動・政治活動	施設内で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、事業継続計画の策定等について

- (1)感染症や非常災害の発生時において、入所者に対する指定介護福祉施設サービスの提供を継続的に実施するための、及び非常時の体制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必要な措置を講じます。
- (2)従業者に対し、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に行います。
- (3)定期的に業務継続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。

17、虐待の防止について

事業者は、入所者等の人権の擁護・虐待の発生又はその再発を防止するために、次に掲げるとおり必要な措置を講じます。

- (1)虐待防止に関する担当者を選定しています。
虐待防止に関する担当者（職名 理 事 長 氏名 東 武 志 ）
- (2)成年後見制度の利用を支援します。
- (3)従業者が支援にあたっての悩みや苦悩を相談できる体制を整えるほか、従業者が入所者等の権利擁護に取り組める環境の整備に努めます。
- (4)虐待防止のための対策を検討する委員会を定期的開催し、その結果について従業者に周知徹底を図っています。
- (5)虐待防止のための指針の整備をしています。
- (6)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。
- (7)サービス提供中に、当該施設従業者又は養護者（現に養護している家族・親族・同居人等）による虐待を受けたと思われる入所者を発見した場合は、速やかに、これを市町村に通報します。

18、身体的拘束について

事業者は、原則として入所者に対して身体拘束を行いません。ただし、自傷他害等のおそれがある場合など、入所者本人または他人の生命・身体に対して危険が及ぶことが考えられるときは、入所者に対して説明し同意を得た上で、次に掲げることにより留意して、必要最小限の範囲内で行うことがあります。その場合は、身体拘束の内容、目的、拘束の時間、経過観察や検討内容を記録し、5年間保存します。

また事業者として、身体拘束をなくしていくための取り組みを積極的に行います。

- (1)緊急性……直ちに身体拘束を行わなければ、入所者本人または他人の生命・身体に危険が及ぶことが考えられる場合に限りします。
- (2)非代替性…身体拘束以外に、入所者本人または他人の生命・身体に対して危険が及ぶことを防止することができない場合に限りします。

(3)一時性……入所者本人または他人の生命・身体に対して危険が及ぶ事がなくなった場合は、直ちに身体拘束を解きます。

19、サービス提供の記録

- (1)指定介護老人福祉施設サービスを提供した際には、提供した具体的なサービス内容等の記録を行うこととし、その記録はサービス提供の日から5年間保存します。
- (2)入所者は、事業者に対して保存されるサービス提供記録の閲覧および複写物の交付を請求することができます。(複写物の請求を行う場合は、有料です。)
- (3)入居に際して入居年月日及び事業所名称を、退居に際して退居年月日を介護保険被保険者証に記載いたします。

20 サービスの第三者評価の実施状況について

当事業所で提供しているサービスの内容や課題等について、第三者の観点から評価を行っていません

21、緊急連絡先

緊急連絡先の家族等	(続柄：)
住所	
電話番号	

22、苦情申立窓口

【事業所の窓口】 大和桜井園 担当者 生活相談員	所在地 奈良県桜井市大字阿部 1073 番地 電話番号 0744-42-2090 0744-46-2996 ファックス番号 0744-43-5670 受付時間 午前9:00～午後6:00
【市町村の窓口】 桜井市役所 高齢福祉課 介護保険係 桜井宇陀広域連合 介護保険課	所在地 奈良県桜井市大字粟殿 432 番地の 1 電話番号 0744-42-9111 (代) ファックス番号 0744-44-2172 受付時間 午前8:30～午後5:15 所在地 奈良県桜井市初瀬 1626-1 電話番号 0744-47-7077 ファックス番号 0744-47-7078 受付時間 午前8:30～午後5:15

【公的団体の窓口】 奈良県国民健康保険団体連合会	電 話 番 号	0 7 4 4—2 1—6 8 1 1
	フ リ ー ダ イ ヤ ル	0 1 2 0—2 1—6 8 9 9
	フ ァ ッ ク ス 番 号	0 7 4 4—2 1—6 8 2 2
	受 付 時 間	午 前 9：00～12：00 午 後 1：00～ 5：00

私は、本書面に基づいて乙の職員（職名_____氏名_____）
から上記重要事項の説明を受けたことを確認します。

令和_____年_____月_____日

利用者 住所_____

氏名 _____ 印

利用者の家族等 住所_____

氏名 _____ 印

続柄_____

注 施設利用契約における、施設利用の際の留意事項を含む。

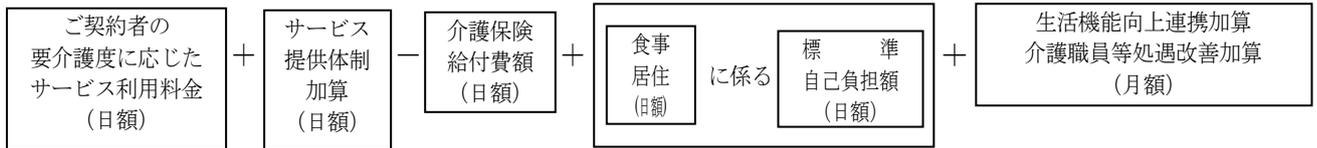
重要事項説明書

(施設介護サービス利用契約書用)

今回の法改正により、当施設があなたに契約上、ご注意いただきたい事項を次のとおりご説明します。

1 追加契約事項

- (1) 介護保険給付サービスとして、既存のサービス事項(契約書第6条第3項参照)の他に
 ①サービス提供体制 ②生活機能向上連携 ③介護職員等処遇改善
 の3点が新設され、契約者負担していただくことになりました。(契約書第2条参照)
- (2) 介護保険給付外サービスとして、既存のサービス事項(契約書第6条第4項参照)の他に
 ①居室の提供 ②食事の提供
 の2点が新設され、契約者負担していただくことになりました。(契約書第2条参照)
- (3) サービス利用料金の算定---- (契約書第4条参照)



をお支払い下さい。

※ サービスの利用料金は、ご契約者の要介護度に応じて異なります。

利用料金表は次のとおりです(地域区分 7級地 1単位は10,14円)。

☆介護保険からの給付額に変更があった場合、変更された額に合わせて、ご契約者の負担額を変更します。

①ご契約者の要介護度	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
②基本サービス単位数(1日につき)	589単位	659単位	732単位	802単位	871単位
③サービス利用に係る自己負担額(月額)	598円	669円	743円	814円	884円
④滞在に係る自己負担額(月額)	910円 (個室 1,230円)				
⑤食事に係る自己負担額(月額)	1,440円				
⑥サービス提供体制加算単位数(1日につき)	6単位				
⑦サービス提供体制加算に係る自己負担額(月額)	6円				
⑧自己負担額合計(③+④+⑤+⑦、月額)	2,954円	3,025円	3,099円	3,170円	3,240円
⑨生活機能向上連携加算単位数(1カ月につき)	200単位				
⑩生活機能向上連携加算に係る自己負担額(月額)	203円				
⑪介護職員等処遇改善加算単位数(1カ月につき)	基本サービス単位数(②)と各種加算単位数(⑥⑨)の合算に、13.6%を乗じた単位数				
⑫介護職員処遇改善加算自己負担額(1カ月につき)	⑪介護職員処遇改善加算単位数×10,14円の1割				
※1ヵ月の合計で計算した場合、小数点以下の端数処理の関係で、差異が生じる場合があります					

☆居室と食事に係る費用について、負担限度額認定を受けている場合には、認定証に記載している負担限度額とします。

☆介護保険負担割合証で、利用者負担の割合が2割又は3割と記載されている方は、自己負担が2割又は3割になります。

(4) 居住費並びに食費の負担が軽減される方の条件と負担額は次の通りです。

- ・世帯全員(世帯分離している配偶者含む)が市町村民税非課税の方(市町村民税世帯非課税者)
- ・預貯金等が、単身で500~650万円、夫婦で1,500~1,650万円以下の方
- ・生活保護を受けておられる方

利用者負担段階	対象者		居住費(滞在費)		食費
			多床室	従来型個室	
第1段階	生活保護受給者		0円	380円	300円
	高齢福祉年金受給者				
第2段階	世帯の全員が 市民税非課税 (世帯分離し ている配偶者 を含む)	本人の年金収入額+その他合計所得が年額 80万円以下で、預貯金等の合計が650万円 (夫婦は1,650万円)以下	430円	480円	390円
第3段階①		本人の年金収入額+その他合計所得が年額 80万円超120万円以下で、預貯金等の合計が 550万円(夫婦は1,550万円)以下	430円	880円	650円
第3段階②		本人の年金収入額+その他合計所得が年額 120万円超で、預貯金等の合計が500万円(夫 婦は1,500万円)以下	430円	880円	1,360円
第4段階	上記以外の方		前記1-(3)料金表の通り		

※年金収入額には高齢年金などの課税年金だけではなく、非課税年金(遺族年金、障害年金)も含む。

※65歳未満の人は、利用者負担段階に関わらず、預貯金等の合計は1,000万円(夫婦は2,000万円)以下。

2 負担割合が2割になられる方の条件は、次の①、②のどちらかにより該当される方、3割になられる方の条件は、次の③に該当される方です。

- ①本人の合計所得金額が、160万円以上220万円未満の方で、同一世帯の65歳以上の方(第1号被保険者)の「年金収入とその他の合計所得金額」が、単身世帯で280万円以上、2人以上世帯では346万円以上の方
- ②本人の合計所得金額が、220万円以上の方で、同一世帯の65歳以上の方(第1号被保険者)の「年金収入とその他の合計所得金額」が、単身世帯で280万円以上340万円未満、2人以上世帯では346万円以上463万円未満の方
- ③本人の合計所得金額が、220万円以上の方で、同一世帯の65歳以上の方(第1号被保険者)の「年金収入とその他の合計所得金額」が、単身世帯で340万円以上、2人以上世帯では463万円以上の方

私は、本書面に基づいて事業者の職員(職名 事務員 氏名 長屋 一伸)から前記重要事項の説明を受け、指定介護福祉施設サービスの提供に同意しました。

令和_____年_____月_____日

利用者 氏名 _____ (印)

住所 _____

契約者(身元引受人) 氏名 _____ (印)

住所 _____

続柄 _____

連帯保証人 氏名 _____ (印)

住所 _____

続柄 _____

※この重要事項説明書は、厚生省令第39条号(平成11年3月31日)第4条の規定に基づき、契約者等への重要事項説明のために作成したものです。