

【契約書別紙】

令和 8年 6月 現在

(1)料金 ※利用者負担割合により負担額が変わります。

6時間以上7時間未満	単位数	利用料金	介護保険適応時の自己負担額		
			1割	2割	3割
要支援1(月額)	1798単位	19598円	1,960円	3,920円	5,880円
要支援2(月額)	3621単位	39468円	3,947円	7,894円	11,841円
要介護1(1回)	678単位	7390円	739円	1,478円	2,217円
要介護2(1回)	801単位	8730円	873円	1,746円	2,619円
要介護3(1回)	925単位	10082円	1,009円	2,017円	3,025円
要介護4(1回)	1049単位	11434円	1,144円	2,287円	3,431円
要介護5(1回)	1172単位	12774円	1,278円	2,555円	3,833円

加算

種 類	単位数	利用料金	介護保険適応時の自己負担額		
			1割	2割	3割
入浴介助加算 I	40単位/回	436円	44円	88円	131円
個別機能訓練加算 (I) 1	56単位/回	610円	61円	122円	183円
種 類		単位数単位	利用料金		
介護職員等処遇改善加算 (II) イ	11.5%(1ヶ月の利用合計単位数に乗じる)		左記の単位数×地域単価		

②別途料金

NO	内 容	期間・単位	1日あたりの利用料金	利用者様負担額・1割
1	昼食代	1日	適用外	750円
2	レクリエーション代・教育娯楽費	1日	適用外	100円
3	おやつ・お茶代	1日	適用外	100円

③キャンセル料

キャンセル料金はいただいておりません。

上記内容の説明を受け、了承しました。

令和 年 月 日

(2)お支払い方法

- ① 毎月、15日前後に前月分を請求いたします。
- ② お支払方法は、原則として口座引き落としをお願い致します。
・引き落とし時期は、翌月の27日です。27日が土日祝の場合は、次の営業日になります。
・利用者様の都合で口座引き落としが困難な場合は、ご希望の支払方法をお申し付け下さい。
- ③ 自動引き落としが、不可能な場合は現金で翌月末までにお支払いをお願い致します。
- ④ 領収書の発行
・お振込みの場合には、振込用紙の控えを代用させていただきますので保管願います。
・現金でのお支払いについては、領収証を発行します。

(3)健康上の理由による中止

- ① 風邪、病気の際はサービスの提供をお断りすることがあります。
- ② 当日の健康チェックの結果体調が悪い場合、サービス内容の変更または中止することがあります。その場合、ご家族に連絡の上、適切に対応します。
- ③ ご利用中に体調が悪くなった場合、サービスを中止することがあります。その場合、ご家族に連絡の上、適切に対応します。また、必要に応じて速やかに主治の医師または歯科医師に連絡を取る等必要な措置を講じます。

(4)緊急対応の方法

サービスの提供中に容体の変化等があった場合は、事前のうちあわせにより、主治医、救急隊、親族、居宅介護支援事業者等へ連絡をいたします。

緊急連絡先
氏名
住所
電話番号
続柄
主治医
病院または診療所名
医師名
住所
電話番号
搬送先
病院名

(5)相談、要望、苦情等の窓口

通所介護に関する相談、要望、苦情等はサービス提供責任者か下記窓口までお申し出下さい。

☆サービス相談・苦情窓口☆ 代表及び相談窓口 苦情窓口 電話番号 03-6659-9631 電話番号 03-6659-9631 (受付時間 月～土曜日 9:00～17:30) 担当部署:デイサービスマリーナ
☆墨田区の相談・苦情窓口☆ 電話番号 03-5608-6924 (受付時間 平日 9:00～17:00) 担当部署:介護保険課

事業者
<事業者名> 合同会社加藤部屋 デイサービスマリーナ
<住所> 東京都 墨田区 立川3-9-6 ブライトンハウス1階
<管理者> 山城 隆幸 印
上記内容の説明を受け、了承しました。
令和 年 月 日 <利用者氏名> 印
(<代理人氏名> 印)