

利用内容説明書

利用内容説明書は、本事業をご利用になる際の具体的な金額、及び取り扱い等を示して説明するものです。

事業者： 障害者支援施設ゆうとぴあ恵愛〔生活介護・施設入所支援〕
管理者： 施設長 大原好夫
所在地： 愛知県津島市元寺町3丁目97番地1
連絡先： Tell (0567) 32-5000 Fax (0567) 32-5002
サービス管理責任者： 主任指導員 中元葉留子／指導員 山森千鶴
虐待防止責任者： 施設長 大原好夫

施設を利用するために必要な受給者証

障害福祉サービス受給者証		介護給付費の支給決定内容	
障害者等	番号	01234567890	
	居住地	愛知県 津島市 元寺町	
	フリガナ	ツシマ タロウ	
	氏名	津島 太郎	
	生年月日	昭和 00 年 00 月 00 日	
障害児	住所		
	氏名		
交付年月日	令和元年 5 月 01 日		
支給市町村名及び印	〒000-0000 愛知県 ○○市 △△町 ○○市役所 印 自立支援課 TEL(0000)00-0000 FAX(0000)00-0000		
障害支援区分		区分	
認定有効期間	令和元年5月1日から令和3年9月30日まで		
サービス種別	生活介護		
支給量等	当該月の日数－8日		
支給決定期間	令和元年5月1日から令和3年9月30日まで		
サービス種別	施設入所支援		
支給量等	当該月の日数		
支給決定期間	令和元年5月1日から令和3年9月30日まで		
サービス種別			
支給量等			
支給決定期間			
(予備欄)			

サービス利用計画作成費の支給内容		利用者負担に関する事項			
支給期間		利用者負担割合(原則)	1割	負担の上限月額	円
指定相談支援事業所名		適用期間	令和元年5月1日から令和3年9月30日まで		
指定相談支援事業所名		食事提供体制加算対象者			
予備欄		適用期間			
予備欄		利用者負担上限管理対象者該当の有無			
予備欄		利用者負担上限管理事業所名			
特定障害者特別給付費の支給内容					
支給額	円/日				
適用期間					
予備欄					
特記事項欄					
予備欄					

〔受給者証の留意事項〕

- ① 受給者欄の名前等が間違っていないか必ずご確認下さい。
- ② 利用できるサービス(事業)の種別をご確認下さい。
- ③ 支給決定期間は上記②のサービス(事業)がご利用になれる有効期限です。有効期限が切れますと本契約も終了しますので、契約継続を希望の方はご注意下さい。
- ④ 障害支援区分とは、利用者の障害・疾病の程度や生活上の支障等を加味して6段階に分別した指標であり、身体障害者手帳等に示されている障害等級とは必ずしも一致しません。
- ⑤ 利用者負担割合とは、ご利用になるサービス(事業)毎に定められた介護給付費(加算を含む)の内で自己負担する割合(1割/定率負担)です。この他に、食事関係費・光熱水費・材料費・日用品費・委任管理費等の施設利用料が併せて必要です。
- ⑥ 心身状態の変化で障害支援区分の変更が必要な場合は、市町村へ再判定申請を行って下さい。
- ⑦ 各種の減免措置を受けるには、利用者が市町村に対して減免申請を行わなければなりません。その際市町村による所属世帯の収入状況等について調査が行われます。

※受給者証は、事業者より提示を求められた場合には速やかにご提示下さい。また、受給者証の記載事項に変更があった場合、紛失・失効した場合も、至急事業者へご連絡願います。なお施設入所支援の場合は原則的に受給者証をお預かりいたします。

1ヶ月あたりの利用者自己負担(定率)額・食費等施設利用料金表

負担金等の種類					
①	利用者の障害支援区分とサービス(事業)利用料金 【報酬単価+加算(該当者のみ)】	区分6	円	区分3	円
		区分5	円	区分2	円
		区分4	円	区分1	円
		1ヶ月(30日)		円	
②	利用者に係る自己負担の額 【①×0.1(定率)】	※個別減免措置あり(要申請)		円	
③	食費等実費負担の額(給食費)			円	
④	光熱水費に係る負担の額			円	
⑤	委任管理費			円	
⑥	日用品費			円	
⑦				円	
⑧				円	
⑨				円	
⑩				円	
合計【②+③+・・・】				円	

〔1ヶ月あたりの負担金等表の留意事項〕

1. 利用内容の変更や一部取消・追加等があった場合には負担額も変わります。
2. 創作的活動、生産活動、及び余暇活動等に要する材料費、その他特定個人に係る特別な費用が発生する場合は、その都度事前にご説明の上で利用の有無をご確認します。
3. 医療費、その他関連費(治療材料・診断書料等)、又は健康保険税等各種税金に係る費用の算定根拠は、各々当該医療機関、又は当該法令に拠るものであり、総合支援法に関連する負担金等(自己負担金・施設利用料)とは別に納付する必要があります。

施設利用料一覧表

施設利用料内訳		金額
③給食費(食費等実費負担/取消は各食単位で実施)	朝食 345円	1,455円/日
	昼食 555円	
	夕食 555円	
④光熱水費(外泊・入院算定期間は非徴収)		370円/日
⑤委任管理(1ヶ月単位で徴収)		500円/月
⑥日用品費(外泊・入院算定期間は非徴収)		10円/日
⑦文書発行(在籍証明書・生計同一証明書等/発行毎に徴収)		(1通) 100円/毎
⑧特別な食品の提供		実費
⑨特定個人に係る創作的活動・生産活動・余暇活動等の材料費		実費
⑩特定個人の電化製品に係る電気代(電動車椅子の充電を除く)		—
⑪医療協力病院以外への送迎に係る燃料費(安藤病院・津島市民病院を除く)		—
⑫記録・証明書等の文書複写(通常コピー用紙)		(1枚) 10円/毎
⑬その他支援サービスに含まれないもので且つ特定個人に供する費用		実費
※ 行事・外出支援等で施設が余暇提供・訓練指導計画に係る基本的な費用は、原則的に徴収の対象外です。但し、選択制による実施工事への参加費用や、外出先での個人物品等の購入・個人の希望による入館等に係る費用(付添者分含む)は、各々自己負担を願うこととなります。		

取消の取扱い・減免について

③利用予定日の前日5時30分までに変更・中止の申出があった場合	無料
③ // 変更・中止の申出がなかった場合	当該給食費の100%
④④・⑤・⑥は設定単位毎に利用実績に基づき徴収されるもので、個人の要・不要で取消を受けけるものではないことをご了承願います。	
⑤⑦から⑬は利用の意思を確認し受付た時点をもって取消は不可となります。	
⑥急な疾病、事故、その他やむを得ない事由の場合は、取消料を減免することがありますので、その旨生活支援員にお申し出下さい。	

介護給付費(厚生労働大臣が定める基準額)料金一覧表

生活介護

	種 別	基 準 単 価
	障害支援区分 (7時間以上8時間未満)	(1単位:10.37円)
<input type="checkbox"/>	区分6	1,054単位/1日につき
<input type="checkbox"/>	区分5	786単位/1日につき
<input type="checkbox"/>	区分4	544単位/1日につき
<input type="checkbox"/>	区分3	484単位/1日につき
	各種加算	
<input type="checkbox"/>	人員配置体制加算(I) (1.5:1)	245単位/1日につき
<input type="checkbox"/>	福祉専門職員配置等加算(I) (社会福祉士等35%以上)	15単位/1日につき
<input type="checkbox"/>	福祉専門職員配置等加算(III)	6単位/1日につき
<input type="checkbox"/>	常勤看護職員等配置加算	30単位/1日につき
<input type="checkbox"/>	初期加算 【利用開始から30日まで】	30単位/1日につき
<input type="checkbox"/>	リハビリテーション加算(I)	48単位/1日につき
<input type="checkbox"/>	リハビリテーション加算(II)	20単位/1日につき
<input type="checkbox"/>	入浴支援加算	80単位/1日につき
<input type="checkbox"/>	喀痰吸引等実施加算	30単位/1日につき
<input type="checkbox"/>	福祉・介護職員等処遇改善加算(I)イ	+所定単位×113/1000単位/1月につき

施設入所支援

	種 別	基 準 単 価
	障害支援区分	(1単位:10.40円)
<input type="checkbox"/>	区分6	301単位/1日につき
<input type="checkbox"/>	区分5	252単位/1日につき
<input type="checkbox"/>	区分4	202単位/1日につき
<input type="checkbox"/>	区分3	166単位/1日につき
	各種加算	
<input type="checkbox"/>	重度障害者支援加算(I)	50単位/1日につき
<input type="checkbox"/>	入所時特別支援加算 【入所日から30日まで】	30単位/1日につき
<input type="checkbox"/>	入院・外泊時加算(I) 【入院日から8日まで】	272単位/1日につき
<input type="checkbox"/>	入院・外泊時加算(II) 【8日を超えた日から82日まで】	162単位/1日につき
<input type="checkbox"/>	入院時支援特別加算 【8日を超える入院期間が4日未満】	561単位/1回につき
<input type="checkbox"/>	” 【8日を超える入院期間が4日以上】	1,122単位/1回につき
<input type="checkbox"/>	口腔衛生管理体制加算	30単位/1月につき
<input type="checkbox"/>	通院支援加算	17単位/1日につき
<input type="checkbox"/>	障害者支援施設等感染対策向上加算(I)	10単位/1月につき
<input type="checkbox"/>	障害者支援施設等感染対策向上加算(II)	5単位/1月につき
<input type="checkbox"/>	福祉・介護職員等処遇改善加算(I)イ	+所定単位×186/1000単位/1月につき

ご請求は、1ヶ月毎にご利用月の翌月15日までに請求書を送致しますので、ご確認の上、24日までに事業所窓口へ直接納めるか、又は委任管理通帳へのご入金をお済ませください。

- ※1 負担金等の金額は、利用「前年」中の利用者世帯収入により変わってきます。世帯員の変化や住所地の移動があった場合には、速やかに援護主体(市町村)と当施設までお申出ください。
- ※2 毎年6月に負担金額の再認定が行われます。その際に年金支払通知(ハガキ)や収入が振込まれる預金通帳のコピー等「前年中の収入が解るもの」をご提出いただく必要がありますので、通知等が届きましたら大切に保管しておいてください。
- ※3 前記の※1と※2について、課税証明書のご提出が必要な場合がございます。
- ※4 施設の利用期間中に、高額、且つ収入として認定される一時金を得た場合、翌年度の負担金等が急激に高くなる場合がございます。ご心配のある方は援護主体にご相談ください。

補装具等の申請代行・業者の紹介等について

【申請代行】

当施設では、補装具や車椅子の作成、又は修理等の申請代行を行っています。ただし、援護主体の判断によっては介護保険法でのレンタルを指示される場合がありますので予めご了承願います。

申請にともない、損傷の調査が必要になりますので援護主体(又は代行施設)の了解を得るまで現物の処分を行わないようにしてください。また、障害の診断書が必要な場合がありますので、その際の診断書料は本人持ちとなります。

利用者の所得、又は電動車椅子等の高額な物品については、一部自己負担が発生することがありますので事前に見積書等を十分ご確認ください。

【業者の紹介等】

お申出により補装具等、その他生活用品の一部について、当施設出入業者の紹介を行うことができますが、紹介した業者＝地域の最安価格業者ではありませんのでご注意願います。当施設では納入後のアフターケアや修理体制等を勘案の上で業者の指名にあたっております。

紹介する業者については当施設と何ら特別な関係にはございません。物品等の購入につきましては利用者対当該業者との一般契約行為ですので、これに係る問題の発生について当施設は責を負いませんので予めご承知の程お願いいたします。