

利用内容説明書

〔短期入所事業〕

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： ゆうとびあ恵愛短期入所事業所〔障害者支援施設ゆうとびあ恵愛に併設〕
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

在宅の福祉サービス(事業)を利用するための受給者証

障害福祉サービス受給者証			支給決定の内容		
障害者等	番 号	01234567890	居宅介護等	支給決定期間	令和元年5月1日～令和3年9月30日
	居住地	愛知県 津島市 元寺町		支給量等	外出介護中心 10時間/月 (身体介護を伴う)
	フリガナ	ツシマ ハコ			
	氏 名	津島 花子			
	生年月日	昭和00年00月00日	短期入所	支給決定期間	令和元年5月1日～令和3年9月30日
フリガナ		支給量等		14日/月	
氏 名					
生年月日					
交付年月日	令和元年 5月 1日				
支給市町村名 及び印	〒000-0000 愛知県 ○○市 △△町 ○○市役所 ④ 自立支援課 TEL(0000)00-0000 FAX(0000)00-0000				

支給決定の内容			
共 高 生 活 援 助	支給決定期間	令和元年5月1日～令和3年9月30日	
	支給量等		
適 用 期 間		令和元年5月1日～令和3年9月30日	
障害支援区分		区分 4	
利用者 負担割合	1割	利用者負担 上限月額	37,200 円
特記事項			
(予備欄)			

- ① 受給者欄の名前等が間違っていないか必ずご確認ください。
- 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ください
- ④ 支給量等は上記②を1ヶ月あたりどれだけ利用できるかを示したものです。
- ⑤ 上記④に記載がある「区分～」は、利用者の障害支援区分です。
- ⑥ 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。その他、食費・光熱水費・材料費等の施設利用料が併せて必要です。
- ⑦ 利用者の1ヶ月に支払う負担金の額は、上限月額に記載の金額です。一般1や低所得や生活保護の方は減免されます。

※ 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。

1ヶ月あたりの利用者負担(定率負担)額・食費等施設利用料

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1	円	区分4	円	
		区分2	円	区分5	円	
		区分3	円	区分6	円	
②	利用に係る自己負担(定率負担)額 【① × 0.1】					円
③	給食費(食費等実費負担額)					円
④	光熱水費					円
⑤						円
⑥						円
合計【②+③+④+・・・】						円

[留意事項]

1. 上表①の加算には「料金一覧表」に記載の加算があり、基本になる報酬単価に加えた上で、その1割(10%)を支払うことになります。なお加算については加算対象支援サービスを受けた方に行われます。
2. 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。
3. 創作活動等に係る材料費が発生する場合は、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。

施設利用料〔給食費・その他〕		金額
③給食費	朝食：食材料費相当 235円/人件費相当 110円	(一般) 1,455円/日 (低所得・生保) 905円/日
	昼食：食材料費相当 335円/人件費相当 220円	
	夕食：食材料費相当 335円/人件費相当 220円	
④光熱水費		370円/日
⑤創作活動に係る材料費		実費
⑥		

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
〃 変更・中止の申出がなかった場合	施設利用料の50%
利用(提供中)の途中で変更・中止の申出があった場合	〃 100%
㊦ 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。	

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、15日から月末までの間に事業所窓口で納めるか、現金書留による郵送、又は指定口座への振込(手数料は振込人負担)にてお支払い下さい。

介護給付費(厚生労働大臣が定める基準額)料金一覧表

短期入所

	種 別	基 準 単 価
	福祉型短期入所サービス費(I)	(1単位:10.36円)
<input type="checkbox"/>	区分6	923単位/1日につき
<input type="checkbox"/>	区分5	784単位/1日につき
<input type="checkbox"/>	区分4	648単位/1日につき
<input type="checkbox"/>	区分3	583単位/1日につき
<input type="checkbox"/>	区分2・1	509単位/1日につき
	福祉型短期入所サービス費(II)	
<input type="checkbox"/>	区分6	602単位/1日につき
<input type="checkbox"/>	区分5	527単位/1日につき
<input type="checkbox"/>	区分4	318単位/1日につき
<input type="checkbox"/>	区分3	240単位/1日につき
<input type="checkbox"/>	区分2・1	173単位/1日につき
	福祉型強化短期入所サービス費(I)	
<input type="checkbox"/>	区分6	1,164単位/1日につき
<input type="checkbox"/>	区分5	1,026単位/1日につき
<input type="checkbox"/>	区分4	889単位/1日につき
<input type="checkbox"/>	区分3	824単位/1日につき
<input type="checkbox"/>	区分2・1	751単位/1日につき
	福祉型強化短期入所サービス費(II)	
<input type="checkbox"/>	区分6	844単位/1日につき
<input type="checkbox"/>	区分5	770単位/1日につき
<input type="checkbox"/>	区分4	559単位/1日につき
<input type="checkbox"/>	区分3	483単位/1日につき
<input type="checkbox"/>	区分2・1	413単位/1日につき
	各種加算	
<input type="checkbox"/>	短期利用加算	30単位/1日につき
<input type="checkbox"/>	常勤看護職員等配置加算	10単位/1日につき
<input type="checkbox"/>	医療的ケア対応支援加算	120単位/1日につき
<input type="checkbox"/>	重度児者対応支援加算	30単位/1日につき
<input type="checkbox"/>	重度障害者支援加算(I)	50単位/1日につき
<input type="checkbox"/>	重度障害者支援加算(II)	30単位/1日につき
<input type="checkbox"/>	栄養士配置加算(I)	22単位/1日につき
<input type="checkbox"/>	食事提供体制加算	48単位/1日につき
<input type="checkbox"/>	福祉・介護職員等処遇改善加算(I)	+所定単位×186/1000単位/1月につき

◎事業所窓口でのお支払い◎

事業所1Fの事務所受付（毎日9時00分から17時30分までの間）でお支払い下さい。

◎現金書留でのお支払い◎

〒496-0034 愛知県津島市元寺町3丁目97番地1

障害者支援施設ゆうとぴあ恵愛 短期入所担当 宛て

《ご注意》 宅配便や普通郵便は使わず、必ず「現金書留専用封筒」をお使い下さい。

◎振込でのお支払い◎

銀行名称 あいち銀行 大治中央支店

口座番号 5031602

口座名義 シャカイフクシホウジン カシヨウフクシカイ ユウトピアケイアイタンキニューシヨジギョウシヨ リジチョウ カワニシア ツ コ
社会福祉法人 嘉祥福祉会 ゆうとぴあ恵愛短期入所事業所 理事長 河西あつ子

《ご注意》 振込手数料は振込人様のご負担でお願いします。