

- 料金変更届について
- 重要事項変更の覚書について
- 通所介護重要事項説明について
- 実績記録について

※料金変更の有無についてご選択ください。

(□をクリックすると、レ点表示されます)

☐ 平成27年3月5日時点での料金から変更しない

☐ アクロス提案料金から変更する(下記へ金額をご記入下さい)

料金変更 行わない場合

☒ 平成27年3月5日時点での料金から変更しない

※変更なしの場合も下記にメール若しくはFAXお願いいたします。

FAX(06-6901-0561)

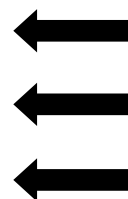
メール(dentatsu@kiraku-ac.com)

料金変更 行う場合

㊦ アクロス提案料金から変更する(下記へ金額をご記入下さい)

【保険適用外料金案(円)】	改定後料金
昼食材料費	円
おむつ代	円
パット代	円

ベース料金
550 円
150 円
100 円



§



改定後料金欄(黄色塗りつぶし部分)に**変更後の料金**入力致します。
御入力後下記にメール若しくはFAXお願い致します。

FAX(06-6901-0561)

メール(dentatsu@kiraku-ac.com)

※平成27年3月20日必着

- ・平成27年4月より地域区分・地域単価の変更が御座います。各施設様の地域区分の資料をご使用下さい。
- ・加算の取得状況により、下記のいずれかをご使用ください。

重要事項変更の覚書(案)【〇級地】

重要事項変更の覚書(案)【〇級地】中重度ケア体制加算ver

■小規模型通所介護費(7時間以上9時間未満の場合)H27年4月1日以降 介護度別料金表

機能訓練加算Ⅱを取得されない事業所様は削除し、基本利用合計金額※利用者様負担合計金額【1割】の料金を変更して下さい。

- ・介護保険外サービスの料金変更される事業所様は、
■介護保険外サービス H27年4月1日以降の欄に変更後の金額を入力。

料金改定を行わない場合、削除若しくは変更なし、同料金を入力

料金改定を行う場合

表の平成27年4月以降に改定料金入力

覚書の、2. 料金改定の実施時期 平成27年4月1日より

料金改定実施時期、4月1日の場合はそのまま、実施時期変更の場合は変更の実施日を御入力下さい。 **例) 平成27年5月1日**

※「重要事項変更の覚書」は2通用意

利用者、家族様に変更箇所の説明をし、同意を頂き、住所・氏名・捺印後、1通は利用者様、1通は、事業所様で保管致します。

・平成27年4月より地域区分・地域単価の変更
が御座います。各施設様の地域区分の資料をご使用下さい!!

「指定通所介護・介護予防通所介護」重要事項説明書

※下記は各事業所様で入力お願い致します。

施設名、事業所番号

1.事業者 (1)～(5)

2.事業所の概要(2)～(6)

3.事業実施地域及び営業時間

(1)通常の実施地域

(2)営業日、週5・週6で申請されている事業所様は変更必要

4.職員の配置状況(人数入力)

5.当事業所が提供するサービスと利用料金

■小規模型通所介護費(7時間以上9時間未満の場合)

※機能訓練加算取得しない場合

表の個別機能訓練加算Ⅱ利用者様負担合計金額【1割】を削除し
基本利用料合計金額※利用者様負担合計金額【1割】の料金変更
お願い致します。

- (1) ※昼食代、提示料金と異なる場合は変更
※要支援の利用回数
- (2) 介護保険の給付対象とならないサービス
※各提示料金と異なる場合は変更
- (4) サービス利用の中止 【連絡先】電話番号

6. 苦情の受付について

(1) ①苦情受付窓口 氏名 ②電話番号

(3) 行政機関その他苦情受付機関

行政受付窓口名	所在地 電話番号 受付時間
〇〇市役所 〇〇課	所在地 〇〇〇 電話番号 △△△ 受付電話 □□□

(現在お使いの重要事項説明書参照し入力)

住所・氏名・捺印のページの下部

※この重要事項説明書は、「大阪府指定居宅サービス事業者の指定並びに指定居宅サービス等の事業の人員、設備及び運営に・・・

枠内の文言は、大阪府の事業所様用となっております。
各事業所様の重要事項説明書参照し変更お願い致します。

※その他、指定申請時の役所ローカルルールで追加文言等御座いましたら追加変更お願い致します。

※平成27年4月1日以降の契約は、改定後の重要事項説明書を御使用下さい。

加算算定状況により、下記どちらかの実績記録を御使用下さい。

- ・実績記録【原本】
- ・実績記録【原本】機能訓練加算無し

※シートの料金表①②④機能訓練Ⅱ料金項目の有・無が違います。

下記は、各事業所様で変更お願い致します。

1. 料金、単価一覧シート

- ・地域単価を事業所の地域単価に変更
- ・保険適用外料金(円)、各事業所様の料金に変更

※変更すると各料金表シート、記入シート(実績)に反映されます

2. 料金表①シート

・また、デイご利用時に樹楽にあるオムツ類を使用された場合は、おむつ150円、リハパン100円、パット50円をいただきます。

※おむつ、リハパン、パット代、料金変更されておられる事業所様は変更。

・施設名2か所

＊ケアマネージャー様各位

加算、各事業所で算定している加算に変更

3. 料金表②③④シート

・施設名

4. 料金表②③

・夜間帯利用(お泊り)をした場合の「料金概算見積」一覧表
パット(50円/枚)、リハパン(100円/枚)、おむつ代(150円/枚)

