

重要事項説明書

短期入所療養介護(介護予防短期入所療養介護)
老人保健施設ハイム・ゾンネのご案内
(令和6年4月1日現在)

1. 事業者の概要

- ・事業者名 社会福祉法人 平成福社会
- ・設立年月日 平成元年7月4日
- ・所在地 兵庫県佐用郡佐用町林崎662番3
- ・電話番号 0790-78-0001 ・ファックス番号
- ・代表者氏名 大田 研治

2. 施設の概要

- ・施設名 老人保健施設 ハイム・ゾンネ
- ・開設年月日 平成元年11月1日
- ・所在地 兵庫県佐用郡佐用町林崎662番3
- ・電話番号 0790-78-0001 ・ファックス番号
- ・管理者名 林 弥生
- ・介護保険指定番号 介護老人保健施設(2853780019号)

3. 事業の目的と運営方針

介護老人保健施設は、看護、医学的管理の下での介護やリハビリテーション、その他必要な医療と日常生活上のお世話などの介護保健施設サービスを提供することで、入所者の能力に応じた日常生活を営むことができるようにし、1日でも早く家庭での生活に戻ることができるように支援すること、また、利用者の方が居宅での生活を1日でも長く継続できるように、短期入所療養介護(介護予防短期入所療養介護)や通所リハビリテーション(介護予防通所リハビリテーション)といったサービスを提供し、在宅ケアを支援することを目的とした施設です。

[老人保健施設 ハイム・ゾンネの運営方針]

「介護保険法及び関係法令の理念に基づき、要介護者の自立を支援し、家庭復帰のための精神的意欲と身体機能を向上させることを目的とする」

4. 施設の職員体制(令和6年4月1日現在)

	職員体制	業務内容
・管理者	1人以上	施設に携わる従業員の総括管理、指導を行う
・管理医師	1人以上	入所者の診察、療養その他の健康管理
・看護職員	7人以上	医師の行う医療の補助
・薬剤師	0.3人以上	医師の指示に基づき調剤・薬剤管理・服薬指導を行う
・介護職員	20人以上	入所者の介護に関わる全般
・支援相談員	1人以上	入所者及び家族の処遇上の相談
・理学療法士	1人以上	リハビリテーションによる療養指導
・作業療法士		
・管理栄養士	1人以上	給食サービスに関わる全般業務及び管理
・栄養士	1人以上	
・介護支援専門員	1人以上	サービス計画作成及び関係機関との連絡調整
・事務職員	2人以上	施設管理、統計、経理に関する全般
・調理員	5人以上	給食の調理に関する一切の業務
・用務員	2人以上	施設の清掃と諸作業に関する事項

5. 入所定員等 ・定員 84名
 ・療養室 個室：2室、 2人室：1室、 4人室：20室

6. 通所定員 8名

7. サービス内容（介護保険適用部分）

① 短期入所療養介護（介護予防短期入所療養介護）計画の立案

施設でのサービスは、どのような介護サービスを提供すれば家庭に帰っていただける状態になるかという施設サービス計画に基づいて提供されます。この計画は、御本人又は身元引受人の希望を十分に取り入れ、あらゆる職種の職員の協議の基で作成されます。又、計画の内容については、必ず御本人若しくは身元引受人に同意をいただくこととなります。

② 食事

朝食	8時00分～ 8時40分
昼食	12時00分～12時40分
夕食	18時00分～18時40分

③ 入浴

一般浴槽のほか入浴に介助を要する利用者には特別浴槽で対応します。入所利用者は、週に最低2回ご利用いただきます。ただし、利用者の身体の状態に応じて清拭となる場合があります。

④ 医学的管理・看護

介護老人保健施設は症状が安定し、入院の必要性のない程度の要介護者を対象としていますが、医師・看護職員が常勤していますので、ご利用者の病態に応じて適切な医療・看護を行います。

⑤ 介護（日常の生活支援及び退所時の支援も行います）

⑥ リハビリテーション、リハビリテーションマネジメントの管理

心身の状態の維持・改善を目指しリハビリテーションマネジメントに基づくリハビリテーションを提供します。

⑦ 相談援助サービス

⑧ 栄養管理、栄養ケア・マネジメント等の栄養状態の管理

心身の状態の維持・改善の基礎となる栄養管理サービスを提供します。

⑨ 行政手続代行サービス

⑩ その他

*これらのサービスのなかには、利用者の方から基本料金とは別に利用料金をいただくものもありますので、具体的にご相談ください。

8. サービス内容（介護保険適用外）

① 理美容サービス

サービスをご希望の方は、職員にお申し出ください。料金は実費相当額となります。理美容サービス日は、施設内行事や祝祭日等の関係で変更する場合がございます。

② 洗濯サービス

利用者の衣類の洗濯は、原則有料で施設内にて行いますが、特殊な衣類等は施設での洗濯はできません。

また、他の利用者の衣服との混同を防ぐため、入所時には必ず衣類に入所者の氏名を油性マジック等で明記願います。

③ 外注クリーニングサービス

特殊な衣類等は施設での洗濯は不可能なため、外注クリーニングの代行を有料行っています。ご希望の方は、ご相談ください。

※保険適用外部分について料金を改定する際には1ヶ月以上前に文書でご連絡いたします。

9. 協力医療機関等

当施設では、下記の医療機関に協力をいただき、利用者の病態が急変した場合等には、速やかに対応をお願いするようにしています。

- ・ 名 称 尾崎病院
- ・ 住 所 兵庫県佐用郡佐用町上三河141-1
- ・ 診療科目 外科・内科・歯科

10. 施設利用に当たっての留意事項

・ 食事

施設利用中の食事は、特段の事情がない限り施設の提供する食事をお召し上がりいただきます。食費は保険給付外の利用料と位置づけられていますが、同時に、施設は利用者の心身の状態に影響を与える栄養状態の管理をサービス内容としているため、その実施には食事内容の管理が不可欠のため、外部からの食事の持ち込みはご相談下さい。

・ 来訪・面会

来訪者は面会時間を遵守し(面会時間AM10時よりPM6時)、必ずその都度職員に届け出てください。来訪者が宿泊される場合には必ず事前に許可を得てください。

飲食を希望される場合は、職員にご相談下さい。その際、残った飲食物はお持ち帰り下さい。

・ 外出

外出の際には必ず行き先と帰所時間を職員に申し出て所定の用紙にご記入ください。

外出の場合には、施設による送迎はできません。

医師の判断によって、ご遠慮いただくことがあります。

外出時等に受診の必要が生じた場合、利用者様の一部負担金等に関係いたしますので、必ず施設に御一報ください。

・ 飲酒・喫煙

喫煙は、お断りします。アルコール類の摂取は、厳禁となっています。

・ 設備・備品の利用

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下さい。万が一、これに反したご利用により破損等が生じた場合、施設と協議を行い、弁償していただく場合がございます。

・ 所持品・備品等の持ち込み

「入所時必要品表」をご参照ください。

・ 日常生活消耗品費について

一般的な日常生活において必要となる日用消耗品等について、施設で準備し、利用ご希望の場合は、個々にご負担いただきます。

11. 非常災害対策

- ・ 防災設備 スプリンクラー、消火器、消火栓、防火扉、自動火災報知器、非常通報装置、漏電火災報知器、非常用電源、ガス漏れ探知機、カーテン・ジュータンは防災性能のあるものを使用しております。
- ・ 防災訓練 年2回(火災訓練：昼間、夜間想定)、年1回(地震・風水害想定)
- ・ 防火管理者 浅田 良太

12. 禁止事項

当施設では、多くの方に安心して療養生活を送っていただくために、利用者の「営利行為、宗教の勧誘、特定の政治活動」は禁止します。

13. 要望及び苦情等の相談

当施設には支援相談の専門員として支援相談員が勤務しています。電話・面談・文書等どんな形でも構いませんので、お気軽にご相談ください。下記相談窓口も開設してます。

相談窓口 林 弥生 電話0790-78-0001

日時:月から金曜日(祝日および12/29～1/3を除く) 9:00～17:00

土曜日(祝日および12/29～1/3を除く) 9:00～12:00

1Fロビーに備えつけられた「ご意見箱」をご利用いただき、利用者の声として、管理者に直接お申し出いただくこともできます。

また、兵庫県、各市町村、兵庫県国民健康保険団体連合会にも相談窓口があります。

兵庫県龍野健康福祉事務所 電話0791-63-5132 たつの市龍野町富永1311-3

日時:月から金曜日(祝祭日除く) 9:00～17:30

佐用町高年介護課 電話0790-82-2079 佐用郡佐用町佐用2611-1

日時:月から金曜日(祝日・年末年始を除く) 8:30～17:15

兵庫県国民健康保険団体連合会 電話078-332-5682 神戸市中央区三宮町1-9-1-1801

日時:月から金曜日(祝日および12/29～1/3を除く) 8:45～17:15

苦情処理第三者委員 新田 妙子 電話0790-86-0063 佐月佐用郡佐用町仁位461-5

日時:月から金曜日(祝日および12/29～1/3を除く) 9:00～17:00

14. 主治医について

当施設利用中は、当施設の医師が主治医となります。投薬に関しては、施設医師の判断により追加・中止をさせていただく場合があります。また施設医師の指示により、他の医療機関を受診させていただく場合もあります、その際には自己負担金が発生する場合があります。

受診時の送迎・付添については、当施設が行いますが、家族の方に付添を依頼する場合があります。本人もしくは家族の方が医療機関を受診希望される場合は、当施設に御相談ください。

15. その他

当施設についての詳細は、パンフレットを用意してありますので、ご請求ください。

<別紙1>

短期入所療養介護（介護予防短期入所療養介護）について
（令和6年4月1日現在）

1. 保険証の確認

ご利用のお申込みに当たり、ご利用希望者の介護保険証を確認させていただきます。

2. 短期入所療養介護（介護予防短期入所療養介護）の概要

短期入所療養介護（介護予防短期入所療養介護）は、要介護者（介護予防短期入所療養介護にあっては要支援者）の家庭等での生活を継続させるために立案された居宅サービス計画に基づき、当施設を一定期間ご利用いただき、看護、医学的管理の下における介護及び機能訓練その他必要な医療並びに日常生活上のお世話を行い、利用者の療養生活の質の向上および利用者のご家族の身体的及び精神的負担の軽減を図るため提供されます。このサービスを 提供するにあたっては、利用者に関わるあらゆる職種の職員の協議によって、短期入所療養介護（介護予防短期入所療養介護）計画が作成されますが、その際、利用者・利用者の後見人、利用者の家族、身元引受人等の希望を十分に取り入れ、また、計画の内容については同意をいただくようになります。

3. 利用料金

（1）基本料金【基本型】

①短期入所療養介護の基本料金

施設利用料（介護保険制度では、要介護認定による要介護の程度によって利用料が異なります。以下は1日あたりの自己負担分です）

・要介護1	753円（従来型個室）	830円（多床室）
・要介護2	801円（従来型個室）	880円（多床室）
・要介護3	864円（従来型個室）	944円（多床室）
・要介護4	918円（従来型個室）	997円（多床室）
・要介護5	971円（従来型個室）	1,052円（多床室）
・特定介護老人保健施設短期入所療養介護費（1日）		
	3時間以上4時間未満	664円
	4時間以上6時間未満	927円
	6時間以上8時間未満	1,296円

*一定の所得がある場合、介護保険負担割合証の通り2割または3割ご負担いただきます。

②介護予防短期入所療養介護の基本料金

施設利用料（介護保険制度では、要介護認定による要介護の程度によって利用料が異なります。以下は1日あたりの自己負担分です）

・要支援1	579円（従来型個室）	613円（多床室）
・要支援2	726円（従来型個室）	774円（多床室）

*一定の所得がある場合、介護保険負担割合証の通り2割または3割ご負担いただきます。

（2）加算料金

①短期入所療養介護の加算料金

*入所中に下記の料金が加算される場合があります。

・夜勤職員配置加算（20名に1名以上、かつ利用者41以上は2、利用者40以下は1を超えること）	24円
・個別リハビリテーション実施加算	240円
・認知症ケア加算	76円
・認知症行動・心理症状緊急対応加算（7日を限度）（*1）	200円
・緊急短期入所受入対応加算（7日（やむを得ない事情がある場合は14日）を限度）	90円
・若年性認知症利用者受入加算	120円

・若年性認知症利用者受入加算（特定介護老人保健施設短期入所療養介護の場合）	60円
・重度療養管理加算	120円
・重度療養管理加算（特定介護老人保健施設短期入所療養介護の場合）	60円
・在宅復帰・在宅療養支援機能加算（Ⅰ）	51円
・在宅復帰・在宅療養支援機能加算（Ⅱ）	51円
・送迎加算（片道あたり）	184円
・総合医学管理加算（利用中10日を限度）	275円
・口腔連携強化加算（1回につき50円（1月に5回を限度））	50円
・療養食加算（1回につき）	8円
・認知症専門ケア加算（Ⅰ）	3円
・認知症専門ケア加算（Ⅱ）	4円
・緊急時施設療養費	緊急時治療管理 特定治療
・生産性向上推進体制加算（Ⅰ）	100円
・生産性向上推進体制加算（Ⅱ）	10円
・サービス提供体制強化加算	サービス提供体制強化加算（Ⅰ） 介護福祉士80%以上。 勤続10年以上介護福祉士35%以上。
	サービス提供体制強化加算（Ⅱ） 介護福祉士60%以上。
	サービス提供体制強化加算（Ⅲ） 介護福祉士50%以上。 常勤職員75%以上。 勤続7年以上30%以上。
* サービス提供体制強化加算はいずれか一つのみ加算	
・介護職員処遇改善加算	（令和6年5月31日まで） 介護職員処遇改善加算（Ⅰ） ※所定単位×39/1000 厚生労働大臣の基準(1)から(10)までにより算定 介護職員処遇改善加算（Ⅱ） ※所定単位×29/1000 厚生労働大臣の基準(1)から(10)までにより算定 介護職員処遇改善加算（Ⅱ） ※所定単位×16/1000 厚生労働大臣の基準(1)から(10)までにより算定
* 介護職員処遇改善加算はいずれか一つのみ加算	
・介護職員等特定処遇改善加算	（令和6年5月31日まで） 介護職員等特定処遇改善加算（Ⅰ） ※所定単位×21/1000 厚生労働大臣の基準(1)から(10)までにより算定 介護職員等特定処遇改善加算（Ⅱ） ※所定単位×17/1000 厚生労働大臣の基準(1)から(10)までにより算定
* 介護職員等特定処遇改善加算はいずれか一つのみ加算	
・介護職員等ベースアップ等支援加算	（令和6年5月31日まで） ※所定単位×8/1000 厚生労働大臣の基準(1)から(10)までにより算定
・介護職員等処遇改善加算	（令和6年6月1日から） 介護職員処遇改善加算（Ⅰ） ※所定単位×75/1000 厚生労働大臣の基準(1)から(10)までにより算定 介護職員処遇改善加算（Ⅱ） ※所定単位×71/1000 厚生労働大臣の基準(1)から(10)までにより算定 介護職員処遇改善加算（Ⅲ） ※所定単位×54/1000 厚生労働大臣の基準(1)から(10)までにより算定 介護職員処遇改善加算（Ⅳ） ※所定単位×44/1000

厚生労働大臣の基準(1)から(10)までにより算定
*介護職員等処遇改善加算はいずれか一つのみ加算

*一定の所得がある場合、介護保険負担割合証の通り2割または3割ご負担いただきます。

②介護予防短期入所療養介護の加算料金

*入所中に下記の料金が加算される場合があります。

- ・夜勤職員配置加算(20名に1名以上、かつ利用者41以上は2、利用者40以下は1を超えること)
24円
- ・個別リハビリテーション実施加算
240円
- ・認知症行動・心理症状緊急対応加算(7日を上限)
200円
- ・若年性認知症利用者受入加算
120円
- ・在宅復帰・在宅療養支援機能加算(Ⅰ)(基本型)
51円
- ・在宅復帰・在宅療養支援機能加算(Ⅱ)(在宅強化型)
51円
- ・送迎加算(片道あたり)
184円
- ・総合医学管理加算(利用中10日を限度)
275円
- ・口腔連携強化加算(1回につき50円(1月に5回を限度))
50円
- ・療養食加算(1回につき)
8円
- ・認知症専門ケア加算(Ⅰ)
3円
- ・認知症専門ケア加算(Ⅱ)
4円
- ・緊急時施設療養費
緊急時治療管理
特定治療
518円
- ・生産性向上推進体制加算(Ⅰ)
100円
- ・生産性向上推進体制加算(Ⅱ)
10円
- ・サービス提供体制強化加算
サービス提供体制強化加算(Ⅰ)
介護福祉士80%以上。
勤続10年以上介護福祉士35%以上。
22円
- サービス提供体制強化加算(Ⅱ)
介護福祉士60%以上。
18円
- サービス提供体制強化加算(Ⅲ)
介護福祉士50%以上。
常勤職員75%以上。
勤続7年以上30%以上。
6円

*サービス提供体制強化加算はいずれか一つのみ加算

- ・介護職員処遇改善加算(令和6年5月31日まで)
介護職員処遇改善加算(Ⅰ)
厚生労働大臣の基(1)から(9)までにより算定 ※所定単位×39/1000
介護職員処遇改善加算(Ⅱ)
厚生労働大臣の基(1)から(9)までにより算定 ※所定単位×29/1000
介護職員処遇改善加算(Ⅲ)
厚生労働大臣の基(1)から(9)までにより算定 ※所定単位×16/1000

*介護職員処遇改善加算はいずれか一つのみ加算

- ・介護職員等特定処遇改善加算(令和6年5月31日まで)
介護職員等特定処遇改善加算(Ⅰ)
厚生労働大臣の基(1)から(9)までにより算定 ※所定単位×21/1000
介護職員等特定処遇改善加算(Ⅱ)
厚生労働大臣の基(1)から(9)までにより算定 ※所定単位×17/1000

*介護職員等特定処遇改善加算はいずれか一つのみ加算

- ・介護職員等ベースアップ等支援加算(令和6年5月31日まで)

- 厚生労働大臣の基 (1) から (9) までにより算定 ※所定単位×8/1000
(令和6年6月1日から)
- ・介護職員等処遇改善加算
 - 介護職員処遇改善加算 (Ⅰ)
厚生労働大臣の基 (1) から (9) までにより算定 ※所定単位×75/1000
 - 介護職員処遇改善加算 (Ⅱ)
厚生労働大臣の基 (1) から (9) までにより算定 ※所定単位×71/1000
 - 介護職員処遇改善加算 (Ⅲ)
厚生労働大臣の基 (1) から (9) までにより算定 ※所定単位×54/1000
 - 介護職員処遇改善加算 (Ⅳ)
厚生労働大臣の基 (1) から (9) までにより算定 ※所定単位×44/1000
- * 介護職員等処遇改善加算はいずれか一つのみ加算

* 一定の所得がある場合、介護保険負担割合証の通り 2 割または 3 割ご負担いただきます。

(3) その他の料金

- | | |
|---------------------------------|-------------|
| ① 食費 (1 日当たり) | 1, 890 円 |
| 内訳 (朝食 340 円、昼食 790 円、夕食 760 円) | |
| ② 滞在費 (療養室の利用費) (1 日当たり) | |
| ・従来型個室 (令和6年7月31日まで) | 1, 668 円 |
| ・多床室 (令和6年7月31日まで) | 377 円 |
| ・従来型個室 (令和6年8月1日から) | 1, 728 円 |
| ・多床室 (令和6年8月1日から) | 437 円 |
| ③ 日常生活消耗品費 (個人が希望する場合) | 実費相当額 |
| ④ 教養娯楽費 | 実費相当額 |
| ⑤ 健康管理費 | 実費相当額 |
| ⑥ 理美容代 | 実費相当額 |
| ⑦ 私物洗濯代 (1 回あたり) | 200 円～500 円 |
| ⑧ 外注クリーニング | 実費相当額 |
| ⑨ 特別な食費 | 実費相当額 |
| ⑩ 個人が選定する電気機器使用の電気代 (1 日当たり) | 60 円 |
| ⑪ テレビリース料 (1 日当たり) | 80 円 |

その他 (利用者の選定する費用等) は、別に定める「その他の利用料金表」をご覧ください

食事・滞在費の負担軽減措置について

食費、滞在費について、所得の低い方には国の定める負担限度額認定制度がございますので詳しくは別紙 3-1・3-2 をご参照ください。

- (4) 利用者が法定代理受領サービスを利用できないことにより、償還払いとなる場合には、一旦、利用料を全額自己負担願います。

(5) 支払い方法

- ・毎月 10 日までに、前月分の請求書を発行致しますので、請求書発行月の 20 日までにお支払いください。お支払いいただきますと領収書を発行いたします。
- ・お支払い方法は、窓口支払、振込支払の 2 方法があります。
振込の場合の金融機関、口座番号、名義は請求書に記載しております。ご確認ください。
- ・基本的に領収書の再発行は行っておりませんが、万が一、必要な場合には、事務担当者までご相談ください。(証明書発行は有料)

個人情報の利用目的

(令和6年4月1日現在)

老人保健施設ハイム・ゾンネは、利用者の尊厳を守り安全に配慮する施設理念の下、お預かりしている個人情報については、個人情報保護法に基づき、利用目的を以下のとおり定めています。

【利用者への介護サービスの提供に必要な利用目的】

〔老人保健施設内部での利用目的〕

- ・当施設が利用者等に提供する介護サービス
- ・介護保険事務
- ・介護サービスの利用者に係る当施設の管理運営業務のうち
 - －入退所等の管理
 - －会計・経理
 - －事故等の報告
 - －当該利用者の介護・医療サービスの向上

〔他の事業者等への情報提供を伴う利用目的〕

- ・当施設が利用者等に提供する介護サービスのうち
 - －利用者に居宅サービスを提供する他の居宅サービス事業者や居宅介護支援事業所等との連携（サービス担当者会議等）、照会への回答
 - －利用者の診療等に当たり、外部の医師等の意見・助言を求める場合
 - －検体検査業務の委託その他の業務委託
 - －家族等への心身の状況説明
- ・介護保険事務のうち
 - －保険事務の委託
 - －審査支払機関へのレセプトの提出
 - －審査支払機関又は保険者からの照会への回答
- ・損害賠償保険などに係る保険会社等への相談又は届出等

【上記以外の利用目的】

〔当施設の内部での利用に係る利用目的〕

- ・当施設の管理運営業務のうち
 - －医療・介護サービスや業務の維持・改善のための基礎資料
 - －当施設において行われる学生の実習への協力
 - －当施設において行われる事例研究

〔他の事業者等への情報提供に係る利用目的〕

- ・当施設の管理運営業務のうち
 - －外部監査機関への情報提供

<別紙 3-1>

**「国が定める利用者負担限度額段階（第1～3段階②）」
に該当する利用者等の負担額**
(令和6年4月1日現在)

- 利用者負担は、所得などの状況から第1～第4段階に分けられ、国が定める第1～第3段階②の利用者には負担軽減策が設けられています。
- 利用者が「利用者負担」のどの段階に該当するかは市町村が決定します。第1～第3段階②の認定を受けるには、利用者ご本人（あるいは代理人の方）が、ご本人の住所地の市町村に申請し、市町村より「介護保険負担限度額認定証」を受ける必要があります。この利用者負担段階について介護老人保健施設が判断・決定することはできません。また、「認定証」の提示がないと、いったん「第4段階」の利用料をお支払いいただくことになります。（「認定証」発行後、過払い分が「償還払い」される場合があります）
- 利用者負担第1・第2・第3段階①・第3段階②、該当する利用者とは、次のような方です。
 - 【利用者負担第1段階】
生活保護を受けておられる方 要件なし
所属する世帯（世帯分離の配偶者含む）全員が市町村民税非課税で老齢福祉年金を受けておられる方
資産額が単身1,000万円、夫婦2,000万円以内の方
 - 【利用者負担第2段階】
所属する世帯全員が市町村民税非課税の方
資産額が単身650万円、夫婦1,650万円以内の方
公的年金等収入額+その他合計所得金額が年間80万円以下の方
 - 【利用者負担第3段階①】
所属する世帯全員が市町村民税非課税の方
資産額が単身550万円、夫婦1,550万円以内の方
公的年金等収入額+その他合計所得金額が80万円超120万円以下の方
 - 【利用者負担第3段階②】
所属する世帯全員が市町村民税非課税の方
資産額が単身500万円、夫婦1,500万円以内の方
公的年金等収入額+その他合計所得金額が120万円超の方
- その他詳細については、市町村窓口でおたずね下さい。

負担額一覧表（1日当たりの利用料） (令和6年7月31日まで)

	食 費	居住費	
		従来型個室	多床室
利用者負担第1段階	300	490	0
利用者負担第2段階	600	490	370
利用者負担第3段階①	1,000	1,310	370
利用者負担第3段階②	1,300	1,310	370
利用者負担第4段階	1,890	1,668	377

<別紙 3-2>

**「国が定める利用者負担限度額段階（第1～3段階②）」
に該当する利用者等の負担額**
(令和6年8月1日から)

- 利用者負担は、所得などの状況から第1～第4段階に分けられ、国が定める第1～第3段階②の利用者には負担軽減策が設けられています。
- 利用者が「利用者負担」のどの段階に該当するかは市町村が決定します。第1～第3段階②の認定を受けるには、利用者ご本人（あるいは代理人の方）が、ご本人の住所地の市町村に申請し、市町村より「介護保険負担限度額認定証」を受ける必要があります。この利用者負担段階について介護老人保健施設が判断・決定することはできません。また、「認定証」の提示がないと、いったん「第4段階」の利用料をお支払いいただくことになります。（「認定証」発行後、過払い分が「償還払い」される場合があります）
- 利用者負担第1・第2・第3段階①・第3段階②、該当する利用者とは、次のような方です。
 - 【利用者負担第1段階】**
生活保護を受けておられる方 要件なし
所属する世帯（世帯分離の配偶者含む）全員が市町村民税非課税で老齢福祉年金を受けておられる方
資産額が単身1,000万円、夫婦2,000万円以内の方
 - 【利用者負担第2段階】**
所属する世帯全員が市町村民税非課税の方
資産額が単身650万円、夫婦1,650万円以内の方
公的年金等収入額+その他合計所得金額が年間80万円以下の方
 - 【利用者負担第3段階①】**
所属する世帯全員が市町村民税非課税の方
資産額が単身550万円、夫婦1,550万円以内の方
公的年金等収入額+その他合計所得金額が80万円超120万円以下の方
 - 【利用者負担第3段階②】**
所属する世帯全員が市町村民税非課税の方
資産額が単身500万円、夫婦1,500万円以内の方
公的年金等収入額+その他合計所得金額が120万円超の方
- その他詳細については、市町村窓口でおたずね下さい。

負担額一覧表（1日当たりの利用料） (令和6年8月1日から)

	食 費	居住費	
		従来型個室	多床室
利用者負担第1段階	300	550	0
利用者負担第2段階	600	550	430
利用者負担第3段階①	1,000	1,370	430
利用者負担第3段階②	1,300	1,370	430
利用者負担第4段階	1,890	1,728	437

介護老人保健施設短期入所療養介護
(介護予防短期入所療養介護) 利用同意書

老人保健施設ハイム・ゾンネを入所利用するにあたり、介護老人保健施設短期入所療養介護（介護予防短期入所療養介護）約款及び重要事項説明書、別紙１、別紙２、別紙３-１及び３-２を受領し、これらの内容に関して、担当者による説明を受け、これらを十分理解した上で同意します。

令和 年 月 日

老人保健施設 ハイム・ゾンネ
管理者 林 弥生 殿

<利用者>

住所

氏 名

印

＜身元引受人＞

住所

氏名

印

当施設は上記利用者に対し、介護保険法の趣旨に従って、介護保険サービスを提供することと致します。

老人保健施設 ハイム・ゾンネ
管理者 林 弥生 (印)

【本約款第6条の請求書・明細書及び領収書の送付先】

・ 氏 名	(続柄)
・ 住 所	〒
・ 電話番号 (携帯番号)	(

【本約款第10条3項緊急時及び第11条3項事故発生時の連絡先】

・ 氏 名	(続柄)
・ 住 所	〒
・ 電話番号 (携帯番号)	()

・ 氏 名	(続柄)
・ 住 所	〒
・ 電話番号 (携帯番号)	(

説明・交付日（令和 年 月 日）場所（ ）説明者（ ）