

申込み日 年 月 日

ご依頼者

事業者名		担当者	
電話番号		FAX	

ご利用様 情報

ふりかな		性別		生年月日	
ご利用者		男・女	T・S	年 月 日 (歳)	
住所			TEL: () -		
世帯構成	独居 ・ 日中独居 ・ 高齢者世帯 ・ 同居 ・ その他 ()				
要介護度	申請中 ・ 変更申請中 ・ 要支援 () ・ 要介護 ()				
自立度	(障害)		(認知症)		
緊急連絡先	氏名		続柄		
	住所	TEL: () -			
送迎場所の住環境	戸建て・マンション等 (EV有・無) 玄関から階段無・有 (段)				
送迎時の困りごと	駐車スペースがない・他 ()				
現在加療中の病名			既往歴		
			年 月 日		年 月 日
			年 月 日		年 月 日
			年 月 日		年 月 日
かかりつけ病院			主治医		
アレルギー	無 ・ 有 ()				
感染症	無 ・ 有 ()				
その他	胃ろう・インシュリン・在宅酸素 (キャリアー有・無) ・他 ()				
麻痺	無 ・ () 上肢 ・ () 下肢 ・ その他 ()				
視力	普通・見えにくい・見えない 眼鏡 (有・無)		聴力	普通・聞こえにくい・聞こえない	
歩行	(杖・歩行器・シルバーカー) ・自立・見守り・一部介助 車いす (自走・介助)				
移乗	自立・見守り・一部介助・全介助				
食事	自立・一部介助・見守り・全介助 (箸・スプーン類)				
形態	普通食・キザミ食・ミキサー食・経管・療養食 ()				
入浴	個浴 (一般浴) ・座浴・臥床浴		自立・一部介助・見守り・全介助		
着脱	自立・一部介助・見守り・全介助				
排泄	自立・一部介助・見守り・全介助・時間誘導・				
	紙おむつ・紙パンツ・導尿・バルーン				
意思疎通	できる・やや困難・困難		認知症	無・有 ()	
喫煙	無 ・ 有				
その他					

デイ	希望曜日	月 ・ 火 ・ 水 ・ 木 ・ 金 ・ 土
	入浴	有 ・ 無
	車椅子・歩行器等	個人 ・ 施設
	その他	

料金表・単位表 通所介護

三芳苑デイサービスセンター 利用料金表
(通常型通所介護費)

◎所要時間 7 時間以上 9 時間未満						
要介護度		要介護 1	要介護 2	要介護 3	要介護 4	要介護 5
	単価	656 単位	775 単位	898 単位	1021 単位	1144 単位
サービス利用に係る自己負担額 (日額)	1 割負担 (円)	692円	817円	947円	1,077円	1,206円
	2 割負担 (円)	1,383円	1,634円	1,893円	2,153円	2,412円
食費 (1 回)		750円				
合計 (日額)	1 割負担 (円)	1,442円	1,567円	1,697円	1,827円	1,956円
	2 割負担 (円)	2,133円	2,384円	2,643円	2,903円	3,162円

三芳苑デイサービスセンター サービス加算料金表 (1 割負担)

	単位	単価	
入浴介助加算	50	53円 /日	入浴介助を行った場合に加算されます。
個別機能訓練加算 (I)	46	49円 /日	機能訓練指導員を 1 名以上配置し機能訓練を行っていることに対する加算です。
個別機能訓練加算 (II)	56	59円 /日	
認知症加算	60	64円 /日	
中重度ケア体制加算	45	48円 /日	介護 3 以上の利用者を 30% 以上であること
サービス体制強化加算 (I) イ	18	19円 /日	職員数の配置より加算されます。
サービス体制強化加算 (I) ロ	12	13円 /日	
サービス提供体制強化加算 (II)	6	7円 /日	
介護職員処遇改善加算			単位数の総数の%に相当する。

料金表・単位表 介護予防通所介護

デイサービスセンター三芳苑 サービス利用料金表（1割負担）

（指定介護予防通所介護）

介護保険による給付サービスを利用する場合は、原則として利用料金の1割が自己負担となります。
 但し、介護保険給付の限度額を超えたサービス利用については全額が自己負担となります。
 また、保険給付対象外のサービスを利用された場合は、別途利用料がかかります。

要介護度	要支援 1	要支援 2
サービス利用に係る自己負担額（月額）	単価 1647 1割負担 （円） 1,736円	単価 3377 単位 3,560円
食費（1回）	750円	
合計（月額）	1割負担 （円） 2,486円	4,310円

加算料金

	単位	単価	
生活機能向上グループ加算	100	106円	
運動機能向上加算	225	238円	
栄養改善加算	150	159円	
口腔機能向上加算	150	159円	
選択的サービス複数実施加算	480	506円 運動機能向上及び栄養改善	
	480	506円 運動機能向上及び口腔機能向上	
	480	506円 栄養改善及び口腔機能向上	
サービス提供体制強化加算	700	738円 運動機能向上、栄養及び口腔機能	
	(イ)	72	76円 要支援 1
		144	152円 要支援 2
	(ロ)	48	51円 要支援 1
		96	102円 要支援 2
		24	26円 要支援 1
	48	51円 要支援 2	
介護職員改善処遇加算	所定単位		
事業所評価加算	120	127円 一定の規定を満たした場合に加算されます。	