

軽米町
保健・介護・医療・福祉サービス
ガイドブック 別冊

資料編

軽米町健康福祉課

令和3年3月

目 次

1. 介護保険サービス料金表	1
①施設の利用要件等一覧	2
②介護老人保健施設花の里かるまい (施設入所、短期入所療養介護、介護予防短期入所療養介護、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)	3
③グループホーム花の里かるまい	12
④小規模多機能ホーム花の里かるまい	13
⑤特別養護老人ホームいちい荘 (短期入所、施設入所)	16
⑥在宅複合型施設くつろぎの家 (短期入所、施設入所、通所介護、訪問介護)	18
⑦特定非営利活動法人 清流 (通所介護、訪問介護)	20
⑧軽米町健康ふれあいセンター (訪問介護)	22
2. 申請書等様式	25
①地域支援事業利用申請書	26
②利用者基本情報	27
③週間サービス計画表	29
④基本チェックリスト	30
⑤通所型介護予防事業 同意書	31
⑥通所型介護予防事業利用中止届	32
⑦生活管理指導員派遣事業 同意書	33
⑧生活管理指導員派遣事業利用中止届	34
⑨家族介護用品支給事業 同意書	35
⑩家族介護用品支給事業資格喪失届	36
⑪「食」の自立支援事業アセスメント票	37
⑫「食」の自立支援事業 同意書	38
⑬「食」の自立支援事業利用申請事項変更届	39
⑭「食」の自立支援事業中止届	40
⑮ひとり暮らし高齢者見守り事業利用変更 (中止) 届出書	41
⑯福祉タクシー助成券交付申請書	42
⑰災害時要援護者台帳申込 (同意) 書 (個別計画)	44
⑱災害時要援護者台帳登録変更 (取消) 届出書	46

1. 介護保険サービス料金表

①施設の利用要件等一覧

種別		老人保健施設	特別養護老人ホーム		グループホーム	小規模多機能型居宅介護		生活支援ハウス せせらぎ
施設名		花の里かるまい	いちい荘	くつろぎの家	花の里かるまい	花の里かるまい		
定員	入所	100	54 (うち個室 2)	30 (うち個室 4)	9	25名登録制		16
	短期	入院等の空き ベッドで対応	8	6 (うち個室 2)		(通い・訪問・泊まり)		入院等の空きベッド で対応
要介護度	入所	要介護 1 ～ 要介護 5	要介護 3 ～ 要介護 5	要介護 3 ～ 要介護 5	要支援 2 ～ 要介護 5			原則、要介護 1 又は 2
	短期	要支援 1 ～ 要介護 5	要支援 1 ～ 要介護 5	要支援 1 ～ 要介護 5		要支援 1 ～ 要介護 5		
医療対応等	認知症	○	○	○	○	○		見守りで対応可 能であれば○
	経管栄養	○	○	○		応相談		
	在宅酸素			○	応相談	○		本人・家族管理 ができる又は訪 問看護等で対応 できる場合は可
	気管切開							
	人工透析				応相談	○		
通帳管理		無	無	無	小遣い管理のみ	無		応相談
通院・入院 対応		入院は家族	入院は家族	入院は家族	入院は家族 通院は要相談	入院は家族		家族対応
住所変更の 有無		無	無（応相談）	無（応相談）	無	無		無（応相談）
相談先 ケアマネ等	入所	花の里かるまい	いちい荘	くつろぎの家	グループホーム 花の里かるまい	小規模多機能ホーム 花の里かるまい		居宅・包括
	短期	居宅・包括	居宅・包括	居宅・包括				
料金例 (30日多床室利用／食費・部屋代等込／その他諸経費は別途)	要支援 1					5,650	[実費] 宿泊費 800円 食事 朝食 260円 昼食 420円 夕食 320円 光熱水費 通所 250円 宿泊 200円 ※1泊合計 2,250円 家賃 25,000円 光熱水費 11,300円 食費(1食) 300円 ＋ 介護保険サービス利 用料、その他実費	
	要支援 2				92,765	9,548		
	要介護 1	第1段階	38,610	27,450	28,830	94,238		15,307
		第2段階	52,410	41,250	42,630			
		第3段階	60,210	49,050	50,430			
		第4段階	82,680	85,860	87,240			
	要介護 2	第1段階	40,050	29,490	30,780	95,471		20,745
		第2段階	53,850	43,290	44,580			
		第3段階	61,650	51,090	52,380			
		第4段階	84,120	87,900	89,190			
	要介護 3	第1段階	41,880	31,590	32,910	96,259		28,480
		第2段階	55,680	47,430	46,710			
		第3段階	63,480	53,190	54,510			
		第4段階	85,950	90,000	91,320			
	要介護 4	第1段階	43,410	33,630	34,860	96,841		31,046
		第2段階	57,210	47,430	48,660			
		第3段階	65,010	55,230	56,460			
第4段階		87,480	92,040	93,270				
要介護 5	第1段階	45,030	35,640	36,780	97,424	33,850		
	第2段階	58,830	49,440	50,580				
	第3段階	66,630	57,240	58,380				
	第4段階	89,100	94,050	95,190				

※内容が変更になっている場合があります。詳細については各施設へお問い合わせください。

介護老人保健施設花の里かるまい 料金表

多 床 室(4人部屋)

(単位:円/日)

	所得段階 区分	1日の利用料金								30
		1割負担額			実 費				1日合計額	※30日 合計金額
		介護報酬 一割 負担額	サービス 提供体制 強化加算	夜勤 体制 強化加算	食費	居住費	日用品費	洗濯代		
要 介 護 1	第1段階	775	18	24	300	0	60	110	1,287	38,610
	第2段階	775	18	24	390	370	60	110	1,747	52,410
	第3段階	775	18	24	650	370	60	110	2,007	60,210
	第4段階	775	18	24	1,392	377	60	110	2,756	82,680
要 介 護 2	第1段階	823	18	24	300	0	60	110	1,335	40,050
	第2段階	823	18	24	390	370	60	110	1,795	53,850
	第3段階	823	18	24	650	370	60	110	2,055	61,650
	第4段階	823	18	24	1,392	377	60	110	2,804	84,120
要 介 護 3	第1段階	884	18	24	300	0	60	110	1,396	41,880
	第2段階	884	18	24	390	370	60	110	1,856	55,680
	第3段階	884	18	24	650	370	60	110	2,116	63,480
	第4段階	884	18	24	1,392	377	60	110	2,865	85,950
要 介 護 4	第1段階	935	18	24	300	0	60	110	1,447	43,410
	第2段階	935	18	24	390	370	60	110	1,907	57,210
	第3段階	935	18	24	650	370	60	110	2,167	65,010
	第4段階	935	18	24	1,392	377	60	110	2,916	87,480
要 介 護 5	第1段階	989	18	24	300	0	60	110	1,501	45,030
	第2段階	989	18	24	390	370	60	110	1,961	58,830
	第3段階	989	18	24	650	370	60	110	2,221	66,630
	第4段階	989	18	24	1,392	377	60	110	2,970	89,100

※合計金額は30日で計算されています。

※介護保険負担割合が2割の方は2倍、3割の方は3倍の金額になります。(負担額分)

介護老人保健施設花の里かるまい 料金表

個 室

(単位:円/日)

	所得段階 区 分	1日の利用料金								30
		1割負担額			実 費				1日合計額	※30日合計額
		介護報酬 一割 負担額	サービス 提供体制 強化加算	夜勤 体制 強化加算	食費	居住費	日用品費	洗濯代		
要 介 護 1	第1段階	701	18	24	300	490	60	110	1,703	51,090
	第2段階	701	18	24	390	490	60	110	1,793	53,790
	第3段階	701	18	24	650	1,310	60	110	2,873	86,190
	第4段階	701	18	24	1,392	1,668	60	110	3,973	119,190
要 介 護 2	第1段階	746	18	24	300	490	60	110	1,748	52,440
	第2段階	746	18	24	390	490	60	110	1,838	55,140
	第3段階	746	18	24	650	1,310	60	110	2,918	87,540
	第4段階	746	18	24	1,392	1,668	60	110	4,018	120,540
要 介 護 3	第1段階	808	18	24	300	490	60	110	1,810	54,300
	第2段階	808	18	24	390	490	60	110	1,900	57,000
	第3段階	808	18	24	650	1,310	60	110	2,980	89,400
	第4段階	808	18	24	1,392	1,668	60	110	4,080	122,400
要 介 護 4	第1段階	860	18	24	300	490	60	110	1,862	55,860
	第2段階	860	18	24	390	490	60	110	1,952	58,560
	第3段階	860	18	24	650	1,310	60	110	3,032	90,960
	第4段階	860	18	24	1,392	1,668	60	110	4,132	123,960
要 介 護 5	第1段階	911	18	24	300	490	60	110	1,913	57,390
	第2段階	911	18	24	390	490	60	110	2,003	60,090
	第3段階	911	18	24	650	1,310	60	110	3,083	92,490
	第4段階	911	18	24	1,392	1,668	60	110	4,183	125,490

※合計金額は30日で計算されています。

※介護保険負担割合が2割の方は2倍、3割の方は3倍の金額になります。(負担額分)

その他の加算（介護負担割合が2割の方は2倍、3割の方は3倍の金額となります）

短期集中リハビリテーション 実施加算		240円/日	入所後3月以内の期間に集中的にリハビリを行った場合に加算されます。
認知症ケア加算		76円/	日常生活に支障をきたす症状又は行動が認められ、医師より認知症に対応した介護が必要と判断された場合に加算されます。
在宅復帰・在宅療養支援機能 加算（Ⅰ）		34円/日	在宅復帰要件・ベッド回転率要件を満たした場合に加算されます。
在宅復帰・在宅療養支援機能 加算（Ⅱ）		46円/日	
外泊時費用		362円/日	外泊初日と最終日以外、上記介護報酬負担額に代えて加算されます。
外泊時費用（在宅サービスを利用する場合）		800円/日	外泊時に介護老人保健施設により提供される在宅サービスを利用した場合に加算されます（一月に6日を限度とする）
ターミナルケア加算	ターミナルケア加算 （死亡日）	1650円	医師より回復の見込みがないと診断された利用者に対し、家族等の同意を得て、ターミナルケアに係る計画を作成し、本人または家族への説明を行い、同意を得てターミナルケアを行った場合に加算されます。
	ターミナルケア加算 （2～3日）	820円/日	
	ターミナルケア加算 （4～30日）	160円/日	
初期加算		30円/日	入所後30日間加算されます。
再入所時栄養連携加算 （1人につき1回程度）		400円/回	医療機関に入院し、経管栄養又は嚥下調整食の新規導入など、入所時とは大きく異なる栄養管理が必要となった場合、医療機関の管理栄養士と連携して、再入所後の栄養管理に関する調整を行った場合に加算されます。
入所前後訪問指導加算（Ⅰ）		450円/回	入所前に居宅を訪問し、退所を目的とした施設サービス計画の策定及び診療方針の決定。また、生活機能の具体的な改善目標や退所後の生活に係る支援計画を策定した場合に加算されます。
入所前後訪問指導加算（Ⅱ）		480円/回	
試行的退所時指導加算		400円/回	退所後の在宅生活を行う上で療養上の指導を行った場合に加算されます。
退所時情報提供加算		500円/回	退所後にかかる主治医に対して情報提供を行った場合に加算されます。
退所前連携加算		500円/回	退所後の在宅生活を安心して行うことが出来るよう、本人の希望する居宅介護支援事業者への情報提供を行った場合に加算されます。
栄養マネジメント加算		14円/日	入所者ごとに栄養ケア計画を作成し、計画に従って継続的な栄養管理を行った場合に加算されます。
低栄養リスク改善加算		300円/月	多職種が協働して低栄養状態を改善するための計画を作成し、計画に基づき、定期的に食事の観察を行い、当該利用者ごとの栄養状態、嗜好等を踏まえた栄養・食事調整等を行うなど、低栄養リスクの改善を行った場合に加算されます。
経口移行加算		28円/日	経口摂取移行を試みる場合に加算されます。
経口維持加算 Ⅰ		400円/月	誤嚥が認められた利用者に対して、医師指示に基づき、多職種が共同して、栄養管理をするための食事の観察及び会議等を行い、経口による食事の摂取を進めるため計画を作成し、医師の指示を受けた栄養士が栄養管理を行った場合に加算されます。
経口維持加算 Ⅱ		100円/月	食事の摂取を支援するための食事の観察及び会議等に、医師、歯科医師、歯科衛生士又は言語聴覚士が加わった場合に加算されます。
口腔衛生管理体制加算		30円/月	歯科医師又は歯科医師の指示を受けた歯科衛生士が、介護職員に対する口腔ケアに係る技術的助言及び指導を月1回以上行っている場合に加算されます。
口腔衛生管理加算		90円/月	歯科医師の指示を受けた歯科衛生士が、入所者に対し、口腔ケアを月2回以上行った場合。歯科衛生士が、介護職員に対する口腔ケアに係る技術的助言及び指導を行った場合に加算されます。
療養食加算		6円/食	医師の食事箋に基づく療養食を提供した場合に加算されます。

かかりつけ医連携薬剤調整加算	125円/回	入所者に処方する内服薬の減少について退所時又は退所後1月以内に入所者の主治の医師に報告し、その内容を診療録に記載した場合は、入所者1人につき1回を限度として、入所者の退所時に加算されます。
緊急時施設療養費 (緊急時治療管理)	518円/日 ※月に3日を限度	入所者の状態が重篤となり救命救急医療が必要となる場合において緊急的な治療管理(投薬・検査・注射・処置等)を行った場合に加算されます。
所定疾患施設療養費(Ⅰ)	239円/日	肺炎、尿路感染症又は带状疱疹について、投薬、検査、注射、処置等を行った場合に加算されます。
所定疾患施設療養費(Ⅱ)	480円/日	上記と医師が感染症対策に関する研修を受講している場合に加算されます。
認知症専門ケア加算(Ⅰ)	3円/日	認知症ケアに関する留意事項の伝達又は技術的指導に係る会議を定期的に行なった場合に加算されます。
認知症行動・心理症状緊急対応加算	200円/日	医師が認知症の行動・心理症状を認められるため、在宅での生活が困難であり、緊急に入所することが適当であると判断した利用者に対し、サービスを行った場合に加算されます。
地域連携診療計画情報提供加算	300円/回	地域連携診療計画管理料を算定する病院に診療情報を文書により提供した場合に加算されます。
褥瘡マネジメント加算	10円/月	褥瘡の発生と関連の強い項目について、定期的な評価を実施し、その結果に基づき計画的に管理することに対し加算されます。
排せつ支援加算	100円/月	排泄障害等のため、排泄に介護を要する入所者に対し、多職種が協働して支援計画を作成し、計画に基づき支援した場合に加算されます。
介護職員処遇改善加算	加算率3.9%	介護報酬の1割または2割、3割負担額の総額に所定の加算率を乗じます。
介護職員等特定処遇改善加算	加算率2.1%	介護報酬の1割または2割、3割負担額の総額に所定の加算率を乗じます。

その他の費用

家電製品利用料	30円/日	私物の家電製品をお使いになる場合にかかる費用。
理容代(実費)	男性2,500円 女性2,000円	契約業者による理容を行った場合にかかる費用。

介護老人保健施設花の里かるまい
短期入所療養介護 料金表

多 床 室(4人部屋)

(単位:円/日)

	所得段階 区 分	1日の利用料金							1日合計額
		1割負担額			実費				
		介護報酬 一割 負担額	サービス 提供体制 強化加算	夜勤 体制 強化加算	食費	居住費	日用品費	洗濯代	
要 介 護 1	第1段階	829	18	24	300	0	60	110	1,341
	第2段階	829	18	24	390	370	60	110	1,801
	第3段階	829	18	24	650	370	60	110	2,061
	第4段階	829	18	24	1,380	370	60	110	2,791
要 介 護 2	第1段階	877	18	24	300	0	60	110	1,389
	第2段階	877	18	24	390	370	60	110	1,849
	第3段階	877	18	24	650	370	60	110	2,109
	第4段階	877	18	24	1,380	370	60	110	2,839
要 介 護 3	第1段階	938	18	24	300	0	60	110	1,450
	第2段階	938	18	24	390	370	60	110	1,910
	第3段階	938	18	24	650	370	60	110	2,170
	第4段階	938	18	24	1,380	370	60	110	2,900
要 介 護 4	第1段階	989	18	24	300	0	60	110	1,501
	第2段階	989	18	24	390	370	60	110	1,961
	第3段階	989	18	24	650	370	60	110	2,221
	第4段階	989	18	24	1,380	370	60	110	2,951
要 介 護 5	第1段階	1,042	18	24	300	0	60	110	1,554
	第2段階	1,042	18	24	390	370	60	110	2,014
	第3段階	1,042	18	24	650	370	60	110	2,274
	第4段階	1,042	18	24	1,380	370	60	110	3,004

その他の加算

個別リハビリテーション実施加算	240円/回	個別リハビリテーションを行った場合に加算されます。
緊急短期入所受入対応加算	90円/日	居宅サービス計画に位置付けられていない緊急利用者の受入れについて加算。
重度療養管理加算	120円/日	要介護4又は5であって、手厚い医療が必要な場合に加算されます。
送迎加算	184円/回	入退所時に施設で送迎を行った場合に加算されます。
《通常の事業の実施地域を越えて送迎を行った場合》 片道10km未満 600円/回 ※通常の事業実施地域とは 片道10km以上 900円/回 二戸市・軽米町・一戸町・九戸村です。		
療養食加算	8円/食	医師の食事箋に基づく療養食を提供した場合に加算されます。
緊急時施設療養費 (緊急時治療管理)	518円/日 ※月に3日を限度	入所者の状態が重篤となり救命救急医療が必要となる場合において緊急的な治療管理(投薬・検査・注射・処置等)を行った場合。
介護職員処遇改善加算	加算率3.9%	介護報酬の一割負担額の総額に所定の加算率を乗じます。
介護職員等特定処遇改善加算	加算率2.1%	介護報酬の一割負担額の総額に所定の加算率を乗じます。
理容代(実費)	男性 2,500円 女性 2,000円	契約業者による理容を行った場合にかかる費用。

介護老人保健施設花の里かるまい
短期入所療養介護 料金表

個 室

(単位:円/日)

	所得段階 区 分	1日の利用料金							1日合計額
		1割負担額			実費				
		介護報酬 一割 負担額	サービス 提供体制 強化加算	夜勤 体制 強化加算	食費	居住費	日用品費	洗濯代	
要 介 護 1	第1段階	755	18	24	300	490	60	110	1,757
	第2段階	755	18	24	390	490	60	110	1,847
	第3段階	755	18	24	650	1,310	60	110	2,927
	第4段階	755	18	24	1,380	1,640	60	110	3,987
要 介 護 2	第1段階	801	18	24	300	490	60	110	1,803
	第2段階	801	18	24	390	490	60	110	1,893
	第3段階	801	18	24	650	1,310	60	110	2,973
	第4段階	801	18	24	1,380	1,640	60	110	4,033
要 介 護 3	第1段階	862	18	24	300	490	60	110	1,864
	第2段階	862	18	24	390	490	60	110	1,954
	第3段階	862	18	24	650	1,310	60	110	3,034
	第4段階	862	18	24	1,380	1,640	60	110	4,094
要 介 護 4	第1段階	914	18	24	300	490	60	110	1,916
	第2段階	914	18	24	390	490	60	110	2,006
	第3段階	914	18	24	650	1,310	60	110	3,086
	第4段階	914	18	24	1,380	1,640	60	110	4,146
要 介 護 5	第1段階	965	18	24	300	490	60	110	1,967
	第2段階	965	18	24	390	490	60	110	2,057
	第3段階	965	18	24	650	1,310	60	110	3,137
	第4段階	965	18	24	1,380	1,640	60	110	4,197

その他の加算

個別リハビリテーション実施加算	240円/回	個別リハビリテーションを行った場合に加算されます。
緊急短期入所受入加算	90円/日	居宅サービス計画に位置付けられていない緊急利用者の受入れについて加算。
重度療養管理加算	120円/日	要介護4又は5であって、手厚い医療が必要な場合に加算されます。
送迎加算	184円/回	入退所時に施設で送迎を行った場合に加算されます。
《通常の事業の実施地域を越えて送迎を行った場合》		
片道10km未満	600円/回	※通常の事業実施地域とは 二戸市・軽米町・一戸町・九戸村です。
片道10km以上	900円/回	
療養食加算	8円/食	医師の食事箋に基づく療養食を提供した場合に加算されます。
緊急時施設療養費 (緊急時治療管理)	518円/日 ※月に3日を限度	入所者の状態が重篤となり救命救急医療が必要となる場合において緊急的な治療管理(投薬・検査・注射・処置等)を行った場合。
介護職員処遇改善加算	加算率3.9%	介護報酬の一割または二割、三割負担額の総額に所定の加算率を乗じます。
介護職員等特定処遇改善加算	加算率2.1%	介護報酬の一割または二割、三割負担額の総額に所定の加算率を乗じます。
理容代(実費)	男性 2,500円 女性 2,000円	契約業者による理容を行った場合にかかる費用。

介護老人保健施設花の里かるまい 介護予防短期入所療養介護 料金表

多 床 室(4人部屋)

(単位:円/日)

	所得段階 区 分	1日の利用料金							
		1割負担額			実費				1日合計額
		介護報酬 一割 負担額	サービス 提供体制 強化加算	夜勤 体制 強化加算	食費	居住費	日用品費	洗濯代	
要 支 援 1	第1段階	613	18	24	300	0	60	110	1,125
	第2段階	613	18	24	390	370	60	110	1,585
	第3段階	613	18	24	650	370	60	110	1,845
	第4段階	613	18	24	1,380	370	60	110	2,575
要 支 援 2	第1段階	768	18	24	300	0	60	110	1,280
	第2段階	768	18	24	390	370	60	110	1,740
	第3段階	768	18	24	650	370	60	110	2,000
	第4段階	768	18	24	1,380	370	60	110	2,730

個 室

(単位:円/日)

要 支 援 1	所得段階 区 分	1日の利用料金							
		1割負担額			実費				1日合計額
		介護報酬 一割 負担額	サービス 提供体制 強化加算	夜勤 体制 強化加算	食費	居住費	日用品費	洗濯代	
要 支 援 1	第1段階	580	18	24	300	490	60	110	1,582
	第2段階	580	18	24	390	490	60	110	1,672
	第3段階	580	18	24	650	1,310	60	110	2,752
	第4段階	580	18	24	1,380	1,640	60	110	3,812
要 支 援 2	第1段階	721	18	24	300	490	60	110	1,723
	第2段階	721	18	24	390	490	60	110	1,813
	第3段階	721	18	24	650	1,310	60	110	2,893
	第4段階	721	18	24	1,380	1,640	60	110	3,953

その他の加算

送迎加算	184円/回	入退所時に施設で送迎を行った場合に加算されます。
《通常の事業の実施地域を越えて送迎を行った場合》		
片道10km未満	600円/回	※通常の事業実施地域とは
片道10km以上	900円/回	二戸市・軽米町・一戸町・九戸村です。
個別リハビリテーション実施加算	240円/回	個別リハビリテーションを行った場合に加算されます。
療養食加算	8円/食	医師の食事箋に基づく療養食を提供した場合に加算されます
緊急時施設療養費 (緊急時治療管理)	518円/日 ※月に3日を限度	入所者の状態が重篤となり救命救急医療が必要となる場合 において緊急的な治療管理(投薬・検査・注射・処置等)を行 った場合。
介護職員処遇改善加算	加算率3.9%	介護報酬の一割または二割、三割負担額の総額に所定の加算率を乗じます。
介護職員等特定処遇改善加算	加算率2.1%	介護報酬の一割または二割、三割負担額の総額に所定の加算率を乗じます。
理容代(実費)	男性 2,500円 女性 2,000円	契約業者による理容を行った場合にかかる費用。

※合計金額は30日で計算されています。

※介護保険負担割合が2割の方は2倍、3割の方は3倍の金額になります。(負担額分、加算分)

通所リハビリテーション料金表

(単位:円/日)

	区 分		1日の利用料金				
			1割負担額			実費	1日合計額
			介護報酬 負担額	サービス 提供体制 強化加算	リハビリテーショ ン提供体制加 算	食費	
要介護度別 利用料金	6時間以上7時間未満	要介護1	670	18	24	600	1,312
		要介護2	801	18	24	600	1,443
		要介護3	929	18	24	600	1,571
		要介護4	1,081	18	24	600	1,723
		要介護5	1,231	18	24	600	1,873
要介護度別 利用料金	7時間以上8時間未満	要介護1	716	18	28	600	1,362
		要介護2	853	18	28	600	1,499
		要介護3	993	18	28	600	1,639
		要介護4	1,157	18	28	600	1,803
		要介護5	1,317	18	28	600	1,963

その他の加算

リハビリテーション マネジメント加算(Ⅰ)	330円/月	リハビリテーションを行っている場合に加算されます
短期集中個別 リハビリテーション実施加算	110円/日	退院(所)日又は認定日から3月以内に 個別リハビリテーションを実施した場合に加算されます
介護職員処遇改善加算	加算率4.7%	介護報酬の1割または2割負担額の総額に所定の加算率を乗じます。
介護職員等特定処遇改善加算	加算率2.0%	介護報酬の1割または2割負担額の総額に所定の加算率を乗じます。
入浴介助加算	50円/回	入浴を行った場合に加算されます。

※介護保険負担割合が2割の方は2倍、3割の方は3倍の金額になります。(負担額分、加算分)

※上記利用料金以外の利用料については、別途ご案内致します。

利用料金については、介護保険法の改正により変更となります。

また法定代理受領以外の場合は、介護報酬告知上の額となります。

介護予防通所リハビリテーション料金表

	区 分	1月の利用料金			
		1割負担額			※1ヶ月 合計金額
		介護報酬 負担額	サービス 提供体制 強化加算	運動器機能向 上加算	
要介護度 別料金	要支援1	1,721	72	225	2,018
	要支援2	3,634	144	225	4,003

その他の加算（介護保険負担割合が2割の方は2倍、3割の方は3倍の金額となります）

リハビリテーションマネジメント加算	330円/月	リハビリテーションを行っている場合に加算されます。
事業所評価加算	120円/月	厚生労働大臣が定める基準に適合している場合加算されます
食事費用	600円/1回	食事提供回数分、加算されます
介護職員処遇改善加算	加算率4.7%	介護報酬の一割または二割負担額の総額に所定の加算率を乗じます。
介護職員等特定処遇改善加算	加算率2.0%	介護報酬の一割または二割負担額の総額に所定の加算率を乗じます。

※介護保険負担割合が2割の方は2倍、3割の方は3倍の金額になります。（負担額分、加算分）

※上記利用料金以外の利用料については、別途ご案内致します。

利用料金については、介護保険法の改正により変更となります。

また法定代理受領以外の場合は、介護報酬告知上の額となります。

グループホーム 花の里かるまい利用料金表

(認知症対応型共同生活介護費)

令和1年10月1日

		1割負担額							実費			1日		
区 分		介護報酬 一割 負担額	医療 連携 加算	サービス提供 体制強化 加算(Ⅰ)	夜間 支援 体制加算	認知症 ケア 加算(Ⅰ)	若年性 認知症 受入加算	介護職員 処遇改善 加算(Ⅰ)	特定処遇 改善加算 (Ⅰ)	食材 料費	家賃	光熱 水費 ※	a+b+c+ d+g+h+ i+j+k	30日 計算額
		a	b	c	d	e	f	g	h	i	j	k		
基 本 料 金	支援2	757		18	50	3	120	92	26	1,000	700	450	3,092	92,765
	介護1	761	39	18	50	3	120	96	27	1,000	700	450	3,141	94,238
	介護2	797	39	18	50	3	120	100	28	1,000	700	450	3,182	95,471
	介護3	820	39	18	50	3	120	103	29	1,000	700	450	3,209	96,259
	介護4	837	39	18	50	3	120	105	29	1,000	700	450	3,228	96,841
	介護5	854	39	18	50	3	120	107	30	1,000	700	450	3,247	97,424

※光熱水費は、冬期間(10月～3月)上記料金に100円加算されます

※医療連携体制加算の算定条件:職員として又は病院等との連携により、看護師1名以上確保している。

※サービス提供体制強化加算(Ⅰ)の算定条件:介護職員の60%以上が介護福祉士の資格を有している。

※夜間支援体制加算:夜間帯に宿直を配置している。

※認知症ケア加算(Ⅰ)の算定条件:認知症高齢者の日常生活自立度(Ⅲ)以上の利用者が半数以上利用されており認知症ケアに関する専門研修を終了した者が介護サービスを提供している場合、対象利用者に対して算定できる。

※若年性認知症利用者 受入加算:65歳未満で認知症を有する。

※介護職員処遇改善加算(Ⅰ):所定単位数(基本単位数+加算単位数)にサービス別加算率を乗じた単位数(グループホームは 11.1%)

特定処遇改善加算(Ⅰ):所定単位数(基本単位数+加算単位数)にサービス別加算率を乗じた単位数(グループホームは 3.1%)

補足:1日の合計額は加算対象有無により、若干変動します。

その他の加算及び費用

初期加算	30円	入所から30日間加算されます。
オムツ代	実費となります	
理美容代	男 性 女 性	2,500円 2,000円
日常生活費	実費となります	

(小規模多機能型居宅介護)

		1割負担額(月額)										1割負担額(月額) 対象利用者		1割負担額 (月額合計)	1割負担額 (月額合計) 2割負担の方は 下記金の倍 となります	1割負担額 (月額合計) 利用者負担額 軽減対象 (1/4軽減)
区	分	介護報酬 負担額	看護職員 配置加算 (Ⅱ)の場合	総合マネジメント 体制強化	サービス提供体制強化加算		訪問体制 強化加算	若年性認知症 受入加算	介護職員処遇 改善加算 (Ⅰ)10.2%	特定処遇 改善加算 (Ⅰ)1.5%	認知症加算					
					(Ⅰ)イの場合	(Ⅰ)ロの場合					(Ⅰ)の対象	(Ⅱ)の対象				
一割負担額(月額)	要支援1	3,418		1,000	640	500		450	516	76				5,650	4,237	
	要支援2	6,908		1,000	640	500		450	872	128			9,548	7,161		
	要介護1	10,364	700	1,000	640	500	1,000	800	1,398	206	800		15,307	11,481		
	要介護2	15,232	700	1,000	640	500	1,000	800	1,894	279	800	500	20,745	15,559		
	要介護3	22,157	700	1,000	640	500	1,000	800	2,601	382	800		28,480	21,360		
	要介護4	24,454	700	1,000	640	500	1,000	800	2,835	417	800		31,046	23,284		
	要介護5	26,964	700	1,000	640	500	1,000	800	3,091	455	800		33,850	25,387		

その他の加算	初期加算	1日 30円 利用から30日(30日超えの入院後の利用時も加算)
	認知症加算時の処遇改善加算	認知症加算の(I)の場合 94円 (II)の場合は 59円 月額合計にプラスになります。

実 （費負担 回数） 額	実 （費負担 回数） 額	食事			光熱水費		一泊 合計	実 費 準 備 に て	身の回りで使用する日用品 オムツ類 宿泊時の準備物品は別紙参照 (光熱水費冬季間10月～3月50円増)
		朝食	昼食	夕食	通所	宿泊			
	宿泊費								
	一泊								
	800	260	420	320	250	200	3食 2,250		
	600	195	315	240	188	150	1,688		
	軽減対象								

※看護職員配置加算(Ⅱ):常勤かつ専従の准看護師を1人以上配置している。

※総合マネジメント体制強化加算：個別サービス計画について、多職種協働により、随時適切に見直しを行っている。地域における活動への参加の機会がある。

※認知症加算(Ⅰ):認知症日常生活自立度がⅢ以上である。
※認知症加算(Ⅱ):要介護2で認知症日常生活自立度がⅡである。

※介護職員処遇改善加算(Ⅰ):所定単位数(基本単位数+加算単位数)にサード別加算率を乗じた単位数(小規模は10.2%)

※サービス提供体制強化加算（Ⅰ）イ：介護従業者の総数のうち、介護福祉士の占める割合が50%以上である。

※サービス提供体制強化加算(Ⅰ)ロ:介護従業者の総数のうち、介護福祉士の占める割合が40%以上である。

※訪問体制強化加算：訪問サービスマンを常勤で2名以上配置している。訪問回数が延べ月当たり200回以上行われている。

補足：当加算は体制に対する加算であり、要介護者全員が対象となります。上記加算要件が満たされなかった月は加算請求しません。

※若年性認知症利用者受入加算：65歳未満で認知症を有する。

※社会福祉法人等利用者負担軽減対象確認証(以下「確認証」)提示者:確認証に記載された軽減率に基づき、利用者負担額の軽減を行う。

(経減額:概ね、利用者負担総額(1割負担額、食事、宿泊費、光熱水費)の1/4の額)
(経減を受けようとする方裏面参照)

利用者負担の軽減を受けようとする利用者様へ

小規模多機能ホーム花の里かるまい

1. 軽減対象者

- (1) 市町村民税非課税世帯
- (2) 年間収入が単身世帯で150万円、世帯員が1人増えるごとに50万円を加算した額以下
- (3) 預貯金等の額が単身世帯で350万円、世帯員が1人増えるごとに100万円を加算した額以下
- (4) 日常生活に供する資産以外に活用できる資産がないこと
- (5) 負担能力ある親族に扶養されていない事
- (6) 介護保険料を滞納していない事

2. 市町村に下記書類を提出し、確認証の交付を受ける

- (1) 申請書(社会福祉法人等利用者負担軽減対象確認申請書)
- (2) 被保険者証(介護保険証の写し)
- (3) 収入状況等申告書兼収入状況等調査同意書
- (4) 申請者を含む世帯全員の預貯金の通帳の写し

短期利用型 小規模多機能型ホーム 花の里かるまい利用料金表

(小規模多機能型居宅介護)

令和1年10月1日

	区 分	1割負担額(日額)						(日額)合計	1割負担額 (14日で計算)
		介護報酬 1割負担額	サービス提供体制強化加算		介護職員処遇改善加算(Ⅰ)	特定処遇改善加算(Ⅰ)			
			(Ⅰ)イの場合	(Ⅰ)ロの場合					
							(Ⅰ)10.2%		
一 割 負 担 額	要支援1	421	21	16	45	7	494	6,912	
	要支援2	526	21	16	56	8	611	8,554	
	要介護1	567	21	16	60	9	657	9,195	
	要介護2	634	21	16	67	10	732	10,243	
	要介護3	703	21	16	74	11	809	11,322	
	要介護4	770	21	16	81	12	884	12,370	
	要介護5	835	21	16	87	13	956	13,386	

実費(回数負担額)	宿泊費	食事			光熱水費 (冬期間10月～3月50円増)		一泊 合計	実費 準備に て	身の回りで使用する日用品 オムツ類 宿泊時の準備物品は別紙参照 (光熱水費冬期間10月～3月50円増)
		朝食	昼食	夕食	通所	宿泊			
		一食	一食	一食	一回	一泊			
	一泊	800	260	420	320	250	200	3食	2,250

※介護職員処遇改善加算(Ⅰ):所定単位数(基本単位数+加算単位数)にサービス別加算率を乗じた単位数(小規模は10.2%)

※特定処遇改善加算(Ⅰ):所定単位数(基本単位数+加算単位数)にサービス別加算率を乗じた単位数(小規模は1.5%)

※サービス提供体制強化加算(Ⅰ)イ:介護従業者の総数のうち、介護福祉士の占める割合が50%以上である。

※サービス提供体制強化加算(Ⅰ)ロ:介護従業者の総数のうち、介護福祉士の占める割合が40%以上である。

※短期入所の算定要件

1. 登録者数が登録定員未満であること。
2. 利用者の状態や家族等の事情により、指定居宅介護支援事業所の介護支援専門員が、緊急に利用する事が必要と認めた場合であって、指定小規模多機能型居宅介護事業所の介護支援専門員が、当該指定小規模多機能型居宅介護事業所の登録者に対する指定小規模多機能型居宅介護の提供に支障がないと認めた場合であること。
3. 利用者の開始に当たっては、あらかじめ7日以内(利用者の日常生活上の世話をを行う家族の疾病等やむを得ない事情がある場合は14日以内)の利用期間を定めること。
4. 指定小規模多機能型居宅介護等が提供するサービス提供が過少である場合の減算を受けていないこと。
5. 指定基準に定める従業者の員数を置いていること。

特別養護老人ホームいちい荘のご案内

R2年7月15日以降

☆短期入所生活介護(ショートステイ)定員8名

- ・要支援1～要介護5の方がご利用できます。
- ・ご利用希望の方は、担当ケアマネージャーを通して、ご相談ください。

(1日あたり1割負担利用料:円)

要介護度	サービス自己負担分	サービス提供体制強化加算	夜勤職員配置加算Ⅲ	食 費			滞在費	合 計
				朝	昼	夕		
要支援1	438	18		400	532	460	855	2,703
要支援2	545	18		400	532	460	855	2,810
1	586	18	15	400	532	460	855	2,866
2	654	18	15	400	532	460	855	2,934
3	724	18	15	400	532	460	855	3,004
4	792	18	15	400	532	460	855	3,072
5	859	18	15	400	532	460	855	3,139

(1日あたり2割負担利用料:円)

要介護度	サービス自己負担分	サービス提供体制強化加算	夜勤職員配置加算Ⅲ	食 費			滞在費	合 計
				朝	昼	夕		
要支援1	876	36		400	532	460	855	3,159
要支援2	1,090	36		400	532	460	855	3,373
1	1,172	36	30	400	532	460	855	3,485
2	1,308	36	30	400	532	460	855	3,621
3	1,448	36	30	400	532	460	855	3,761
4	1,584	36	30	400	532	460	855	3,897
5	1,718	36	30	400	532	460	855	4,031

※ その他の加算

- ・送迎加算 片道184円(軽米町、二戸市、一戸町、九戸村の地域にお住まいの方・平日のみ対応します。)
(2割負担の方は、368円になります)

- ・処遇改善加算 食費、居住費を除く利用料×8.3%

※食費、滞在費について、所得に応じた負担軽減があります。

※介護度により、1ヶ月あたりの保険適用日数が決まっています。詳しくは、担当のケアマネージャーにお尋ねください。

※ 利用時に準備していただく物

- ・介護保険証 ・健康保険証 ・医療受給者証 ・着替え ・洗面用具 ・薬 ・タオル類

特別養護老人ホームいちい荘のご案内

R2年7月15日以降

☆施設入所(本入所)定員54名

・要介護3～要介護5の方が利用できます。

(1日あたり1割自己負担利用料:円)

要介護度	サービス自己負担分	日常生活継続 体制加算	看護体制 加算Ⅰ	夜勤職員 配置加算 Ⅲ	食費	居住費	合 計
1	559	36	4	16	1,392	855	2,862
2	627	36	4	16	1,392	855	2,930
3	697	36	4	16	1,392	855	3,000
4	765	36	4	16	1,392	855	3,068
5	832	36	4	16	1,392	855	3,135

※居住費:従来型個室利用の場合は、1,171円/日となります。

(1日あたり2割自己負担利用料:円)

要介護度	サービス自己負担分	日常生活継続 体制加算	看護体制 加算Ⅰ	夜勤職員 配置加算 Ⅲ	食費	居住費	合 計
1	1,118	72	8	32	1,392	855	3,477
2	1,254	72	8	32	1,392	855	3,613
3	1,394	72	8	32	1,392	855	3,753
4	1,530	72	8	32	1,392	855	3,889
5	1,664	72	8	32	1,392	855	4,023

※居住費:従来型個室利用の場合は、1,171円/日となります。

- ・初期加算 1日あたり30円(該当者の方で2割負担の方は60円)
- ・外泊時加算 1日あたり246円(該当者の方で2割負担の方は492円)
- ・療養食加算 1食あたり6円(該当者の方で2割負担の方は12円)
- ・処遇改善加算 食費、居住費を除く利用料×8.3%

※ 食費、居住費について、所得に応じた負担軽減があります。

○ 施設での生活について

- ・入浴(お一人週2回) ・回診(週1回) ・誕生会(月1回) ・リハビリ体操等(毎日) ・体重測定
- ・理髪 ・健康チェック ・レクリエーション ・リネン交換 ・その他(通院の援助等)

○ いちい荘では、入所の申し込みを随時受け付けています。申し込みの際は、介護保険証をお持ち下さい。
施設見学にも随時対応しますのでお気軽においでください。

○ 交通手段 いわて銀河鉄道二戸駅乗り換えJRバス軽米病院行き乗車 軽米病院下車徒歩5分
東北自動車道 軽米I・Cより5分

連絡先 いちい荘 電話 0195-46-3130 FAX 0195-46-3929

特別養護老人ホーム 小規模型施設

くつろぎの家 ご案内

R2.4.1

【短期入所生活介護事業所】

【介護予防短期入所生活介護事業所】 定員6名(うち個室2床)

- ・ 要支援1～要介護5の方が利用できます。
- ・ ご利用希望の方は、担当ケアマネージャーを通してご相談下さい。

1日当たりの利用料(円)

要介護度	部屋種別	サービス費 自己負担分	食費	居住費	合計
要支援1	多床室	438	1,392	855	2,685
	個室	438	1,392	1,171	3,001
要支援2	多床室	545	1,392	855	2,792
	個室	545	1,392	1,171	3,108
要介護1	多床室	586	1,392	855	2,833
	個室	586	1,392	1,171	3,149
要介護2	多床室	654	1,392	855	2,901
	個室	654	1,392	1,171	3,217
要介護3	多床室	724	1,392	855	2,971
	個室	724	1,392	1,171	3,287
要介護4	多床室	792	1,392	855	3,039
	個室	792	1,392	1,171	3,355
要介護5	多床室	859	1,392	855	3,106
	個室	859	1,392	1,171	3,422

* その他の加算

- ・ サービス提供強化加算(Ⅰ)イ 18円/日
- ・ 送迎加算 184円/回
- ・ 介護職員処遇改善加算(Ⅰ)・・・基本単価 + 上記加算 × 8.3%
- ・ 介護職員等特定処遇改善加算(Ⅱ)・・・基本単価 + 上記加算 × 2.3%

* 食費・居住費について、所得に応じた負担軽減があります。

～ 利用時に準備していただく物 ～

- ・ 着替え(下着、衣類等) ・ 洗面用具(コップ・歯ブラシ) ・ 内履き ・ 現在服用中の薬

【施設入所】 定員30名

- ・ 要介護3～5の方が対象となります。

1日当たりの利用料(円)

要介護度	部屋種別	サービス費 自己負担分	食費	居住費	合計
要介護1	多床室	661	1,392	855	2,908
	個室	661	1,392	1,171	3,224
要介護2	多床室	726	1,392	855	2,973
	個室	726	1,392	1,171	3,289
要介護3	多床室	797	1,392	855	3,044
	個室	797	1,392	1,171	3,360
要介護4	多床室	862	1,392	855	3,109
	個室	862	1,392	1,171	3,425
要介護5	多床室	926	1,392	855	3,173
	個室	926	1,392	1,171	3,489

* その他の加算

- ・ サービス提供強化加算(Ⅰ)イ 18円/日 看護体制加算(Ⅰ)ロ 4円/日
- ・ 介護職員処遇改善加算(Ⅰ)・・・基本単価 + 上記加算 × 8.3%
- ・ 介護職員等特定処遇改善加算(Ⅱ)・・・基本単価 + 上記加算 × 2.3%

* 食費・居住費について、所得に応じた負担軽減があります。

～ サービス内容について ～

- 入浴(週2回) ●理容(月1回) ●リネン交換(週1回) ●回診 ●健康チェック
- レクリエーション、趣味活動

- * くつろぎの家では、入所の申し込みを随時受け付けております。施設見学にも随時対応いたしますので、お気軽においでください。(来園の際には、介護保険証をご持参ください)

連絡先 くつろぎの家 電話 0195-47-2351 FAX 0195-47-2362

令和2年4月～

<通所介護>

円/日

	介護保険対象分				保険外	
	通常規模 (6～7時間)	加 算			昼食料金	総合計
介護度	基本料金	入浴加算	サービス提供 体制加算Ⅰ	個別機能訓練加算 (Ⅰ)土・祝日除く	合 計	
要介護1	575	50	18	46	689	464
要介護2	679	50	18	46	793	464
要介護3	784	50	18	46	898	464
要介護4	888	50	18	46	1,002	464
要介護5	993	50	18	46	1,107	464

<第1号通所事業>

						保険外
		加算		合計		昼食料金
	基本料金	サービス提供 体制加算Ⅰ	運動器機能 向上加算	運動器機能 向上加算あり	運動器機能 向上加算なし	
通所型 サービスⅠ	1655	72	225	1,727	1,952	464
通所型 サービスⅡ	3393	144	225	3,537	3,762	464

- * 介護職員処遇改善加算(Ⅰ)利用料×5.9%の追加あり。
- * 介護職員等特定処遇改善加算(Ⅱ)利用料×1.0%の追加あり。

<訪問介護> 1回の利用につき

所要時間	20分未満 (巡回型)	20分以上 30分未満	30分以上 1時間未満	1時間以上 1時間30分未満	1時間30分以上 (30分増すごとに)
身体介護	166	249	395	577	+83

所要時間	20分以上 45分未満	45分以上
生活援助	182	224

<第1号訪問事業> 1ヶ月につき

	週1回程度	週2回程度	週3回程度
訪問型サービス	1,172	2,342	3,715

- * 介護職員処遇改善加算(Ⅰ)利用料×13.7%の追加あり。
- * 介護職員等特定処遇改善加算(Ⅱ)利用料×4.2%の追加あり。

デイサービスセンター せせらぎ

第1号通所事業（通所サービス）【料 金 表】

		1ヶ月の単位数（料金）	単 位（支給限度額）
一 ヶ 月	要支援 1	1、655円	5、032
	事業対象（週1）		（50,320円）
	要支援 2	3、393円	1、0531
	事業対象（週2）		（105,310円）
備 考	〔他に必要な費用〕 ・ 食費370円（1食）×食事回数		
	・ サービス提供体制加算	要支援1・事1（週1回利用） 72円	要支援2・事2（週2回利用）114円
	・ 介護職員処遇改善加算	所定単位数にサービス別加算率（5、9％）を乗じた単位数を算定	

通常規模型通所介護の単位数【料 金 表】

		3時間以上 4時間未満	4時間以上 5時間未満	5時間以上 6時間未満	6時間以上 7時間未満	7時間以上 8時間未満	8時間以上 9時間未満	単 位（支給限度額）
一 日	要介護1	364円	382円	561円	* 575円	648円	659円	16、765 (167,650円)
	要介護2	417円	438円	663円	* 679円	765円	779円	19、705 (197,050円)
	要介護3	472円	495円	765円	* 784円	887円	902円	27、048 (270,480円)
	要介護4	525円	551円	867円	* 888円	1,008円	1,026円	30、938 (309,380円)
	要介護5	579円	608円	969円	* 993円	1,130円	1,150円	36、217 (36,2170円)
備 考	〔他に必要な費用〕 ・ 食費370円(1食)×食事回数 ・入浴 50円(1回)×入浴実施回数							
	・ サービス提供体制加算(11)18円 ×利用回数							
	・ 介護職員処遇改善加算 所定単位数にサービス別加算率(5、9%)を乗じた単位数を算定							

料金表

ヘルパーステーションせせらぎ

R1 . 10～

事業対象者	区分	利用回数	1月あたりの料金
訪問型サービス費(独自) (Ⅰ)	事業対象者・要支援 1・2	週1回程度の利用	1172円
訪問型サービス費(独自) (Ⅱ)	事業対象者・要支援 1・2	週2回程度の利用	2342円

介護度	区分	時間	1回につき
要介護	身体介護	20分未満	
		20分以上1時間未満	249円
		30分以上1時間未満	395円
		1時間以上1時間30分未満	577円
	生活援助	生活援助の30分未満はありません。	
		20分以上45分未満	182円
		45分以上	224円

加算	早 朝	(午前6時～8時)	所定の25%増
	夜 間	(午後6時～10時)	
	初 回	(初回月のみ)	200円
	処遇改善加算	所定単位数にサービス別加算率の【13.7%】を乗じた単位数を算定。	
	特別地域加算	所定単位数に加算率の【15%】を乗じた単位数を算定。	

担当 萬谷

電話、FAX 0195-45-3007

健康ふれあいセンター料金表

令和元年 10 月から

【訪問介護：要介護1～要介護5】

基本料金

身体介護が中心の場合	1 割負担の方	2 割負担の方	3 割負担の方
20 分以上 30 分未満	249 円	498 円	747 円
30 分以上 1 時間未満	395 円	790 円	1,185 円
1 時間以上 1 時間 30 分未満	577 円	1,154 円	1,731 円
* 30 分増すごとに 83 円加算されます。			
生活援助が中心の場合	1 割負担の方	2 割負担の方	3 割負担の方
20 分以上 45 分未満	182 円	364 円	546 円
45 分以上	224 円	448 円	672 円

加算

加算の種類	加算の要件	1 割負担の方	2 割負担の方	3 割負担の方
初回加算	新規の利用者へサービスを提供した場合	200 円	400 円	600 円
特別地域訪問 介護加算	離島・山間・へき地などの 地域に所在する事業所 (限度額管理対象外)	基本料金に 15 % をかけた金額を算定させていただきます		

【訪問型サービス：事業対象者、要支援 1、要支援 2】

基本料金

サービス名称	サービスの内容	利用者負担 (1割)	利用者負担 (2割)	利用者負担 (3割)
訪問型サービスⅠ (1月につき)	1週間の提供回数が1回程度の場合 (事業対象者・要支援1・2)	1,172円	2,344円	3,516円
訪問型サービスⅡ (1月につき)	1週間の提供回数が2回程度の場合 (事業対象者・要支援1・2)	2,342円	4,684円	7,026円
訪問型サービスⅢ (1月につき)	1週間の提供回数が2回を超える場合 (事業対象者・要支援2)	3,715円	7,430円	11,145円

加算

加算の種類	加算の要件	加 算 額		
		利用者負担 (1割)	利用者負担 (2割)	利用者負担 (3割)
初回加算	新規の利用者へサービス提供した場合	200円	400円	600円
特別地域訪問 介護加算	離島・山間・へき地などの地域に所在する事業所（限度額管理対象外）	基本料金に15%をかけた金額を算定させていただきます		

2. 申請書等様式

軽米町地域支援事業利用申請書

年 月 日

軽米町長

様

申請者住所：

申請者氏名：

印

電話番号：

対象者住所：

対象者氏名：

※1. おむつの支給及び2. のおむつの配達の申請者は、介護者となります。

下記のとおり、軽米町地域支援事業を利用したいので申請します。

申請理由：

次の申請を希望する事業の番号に○印をご記入下さい。

※注意：申請には、記載されている書類の添付が必要です。

1. 家族介護用品支給事業(おむつ支給)

※添付書類：介護保険被保険者証の写し及び要介護者利用者基本情報、同意書

介護認定要介護度	1. 要介護4 2. 要介護5 有効期限 年 月 日～ 年 月 日
	※注意！ 支給期間は、介護保険被保険者証有効期間となります。
介護用品の種類	1. 紙おむつ 2. 尿取りパット 3. リハビリパンツ

2. 生活管理指導員派遣事業(あったかヘルパー)

※添付書類：利用者基本情報、基本チェックリスト、週間サービス計画表、同意書

希望サービス内容	調理・洗濯・掃除・買い物・おむつの配達・その他必要な介護（ ）
希望回数	週 1 回（ ）曜日 週 2 回（ ）曜日

3. 通所型介護予防事業(はつらつデイサービス)※添付書類：利用者基本情報、基本チェックリスト、同意書

希望施設	1. 軽米町社会福祉協議会 2. 在宅複合型施設くつろぎの家
------	--------------------------------

4. 軽米町「食」の自立支援事業(よりそい弁当)

※添付書類：利用者基本情報、「食」の自立支援事業アセスメント票、住宅地図の写し、週間サービス計画表、同意書

世帯状況	1. 単身 2. 高齢者のみ 3. その他（		
------	--	--	--

5. ひとり暮らし高齢者見守り事業 ※添付書類：利用者基本情報

希望内容	1. 家庭訪問 2. 電話
------	---------------

(承諾事項)

- 軽米町地域支援事業の利用及び申請に伴い、私の世帯全員の町民税の課税状況及び年金受給状況について調査することを承諾します。
- 訪問した際に声掛けしても応答がなく、安否が確認できない場合は、利用者基本情報に記載した緊急連絡者・親類等へ連絡し安否確認を依頼することを認めます。
- 地域包括支援センターが行う事業の実施に当たり、利用者の状況を把握する必要があるときは、要介護認定・要支援認定に係る調査内容、介護認定審査会による判定結果・意見、及び主治医の意見書と同様に、利用者基本情報、アセスメントシートを、居宅介護支援事業者、居宅サービス事業者、介護保険施設、主治医その他本事業の実施に必要な範囲で関係する者に提示することに同意します。

年 月 日 氏名

印

利用者基本情報

計画作成者氏名：_____

《基本情報》

相談日	年 月 日 ()	来所 ・ 電話 その他 ()	初回 再来 (前 /)	
把握経路	1. 本人からの相談 2. 家族からの相談 3. 非該当 4. 新予防からの移行 5. 関係者 6. その他 ()			
本人の状況	在宅・入院又は入所中 ()			
フリガナ 本人氏名		男・女	M・T・S 年 月 日生 () 歳	
住所	TEL ()		()	
	FAX ()		()	
日常生活 自立度	障害高齢者の日常生活自立度	自立・J1・J2・A1・A2・B1・B2・C1・C2		
	認知症高齢者の日常生活自立度	自立・I・IIa・IIb・IIIa・IIIb・IV・M		
認定情報	非該当・要支援1・要支援2・要介護1・要介護2・要介護3・要介護4・要介護5 認定期限： 年 月 日 ~ 年 月 日 (前回の介護度)			
障害等認定	身障 ()・療養 ()・精神 ()・難病 ()・その他 ()			
本人の 住居環境	自宅・借家・一戸建て・集合住宅・自室 (有 階・無)・住居改修 (有・無) 浴室 (有・無) 便所 (洋式・和式) 段差の問題 (有・無) 床材、じゅうたんの状況 () 照明の状況 () 履物の状況 ()			
経済状況	国民年金・厚生年金・障害年金・生活保護・その他 ()			
来所者(相談者)		続柄	家族構成 ◎=本人、○=女性、□=男性 ●■=死亡、☆=キーパーソン 主介護者に「主」 副介護者に「副」 (同居家族等○で囲む) 本人◎ ※必須事項 同居家族状況を正確に記載すること。 日中独居 (有・無) 家族関係等の状況 []	
住所				
※必須 緊急 連絡先	氏名	続柄		住所・連絡先

利用者基本情報

《介護予防に関する事項》

今までの生活				
現在の生活状況 (どんな暮らしを送っているか)	1日の生活・過ごし方			趣味・楽しみ・特技
	時間	本人	介護者・家族	友人・地域との関係

《現病歴・既往歴と経過》(新しいものから書く・現在の状況に関連するものは必ず書く)

年月日	病名	医療機関・医師名(主治医・意見作成者に☆)		経過	治療中の場合は内容
			TEL	治療中 経観中 その他	
			TEL	治療中 経観中 その他	
			TEL	治療中 経観中 その他	
			TEL	治療中 経観中 その他	

《現在利用しているサービス》

公的サービス ※利用している事項の番号に○印記入	非公的サービス
1. おむつ支給事業	
2. 生活管理指導員派遣事業(あったかヘルパー)(回/週 曜日)	
3. 通所型介護予防事業(はつらつデイサービス)	
1) 軽米町社会福祉協議会 (回/月 曜日)	
2) 在宅複合型くつろぎの家 (回/月 曜日)	
4. 「食」の自立支援事業(よりそい弁当)(回/週 曜日)	
5. ひとり暮らし高齢者見守り事業	
6. 緊急通報装置	
7. 福祉タクシー助成券	
8. 住宅改修助成事業	
9. その他:	

様式第2号-3

(第5条関係)

利用者名：

殿

週間サービス計画表

作成年月日

年 月 日

		月	火	水	木	金	土	日	主な日常生活上の活動
深夜	0 : 00								
	2 : 00								
早 朝	4 : 00								
	6 : 00								
午 前	8 : 00								
	10 : 00								
午 後	12 : 00								
	14 : 00								
夜 間	16 : 00								
	18 : 00								
深夜	20 : 00								
	22 : 00								
	24 : 00								
週単位以外のサービスのサービス									

基本チェックリスト

記入日 年 月 日
氏 名 _____

No.	質 問 項 目	回 答	
		(いずれかに○をお付け下さい)	
1	バスや電車で1人で外出していますか	0. はい	1. いいえ
2	日用品の買物をしていますか	0. はい	1. いいえ
3	預貯金の出し入れをしていますか	0. はい	1. いいえ
4	友人の家を訪ねていますか	0. はい	1. いいえ
5	家族や友人の相談にのっていますか	0. はい	1. いいえ
6	階段を手すりや壁をつたわずに昇っていますか	0. はい	1. いいえ
7	椅子に座った状態から何もつかまらずに立ち上がっていますか	0. はい	1. いいえ
8	15分位続けて歩いていますか	0. はい	1. いいえ
9	この1年間に転んだことはありますか	1. はい	0. いいえ
10	転倒に対する不安は大きいですか	1. はい	0. いいえ
11	6カ月間で2～3kg以上の体重減少がありましたか	1. はい	0. いいえ
12	身長 _____ cm 体重 _____ kg (BMI = _____) (注)		
13	半年前に比べて固いものが食べにくくなりましたか	1. はい	0. いいえ
14	お茶や汁物等でむせることがありますか	1. はい	0. いいえ
15	口の渇きが気になりますか	1. はい	0. いいえ
16	週に1回以上は外出していますか	0. はい	1. いいえ
17	昨年と比べて外出の回数が減っていますか	1. はい	0. いいえ
18	周りの人から「いつも同じことを聞く」などの物忘れがあると言われますか	1. はい	0. いいえ
19	自分で電話番号を調べて、電話をかけることをしていますか	0. はい	1. いいえ
20	今日が何月何日かわからない時がありますか	1. はい	0. いいえ
21	(ここ2週間)毎日の生活に充実感がない	1. はい	0. いいえ
22	(ここ2週間)これまで楽しんでやれていたことが楽しめなくなった	1. はい	0. いいえ
23	(ここ2週間)以前は楽にできていたことが今ではおっくうに感じられる	1. はい	0. いいえ
24	(ここ2週間)自分が役に立つ人間だと思えない	1. はい	0. いいえ
25	わけもなく疲れたような感じがする	1. はい	0. いいえ

(注) BMI = 体重 (kg) ÷ 身長 (m) ÷ 身長 (m) が 18.5未満の場合に該当とする

年 月 日

軽米町長

様

同意書

軽米町通所型介護予防事業の申請に係る受給資格を確認するため、私の介護保険料納付状況を調査することに同意します。

氏名	印
生年月日	年 月 日（ 歳）
住所	軽米町大字
電話番号	

様式第 7 号(第 6 条関係)

軽米町通所型介護予防事業利用中止届

年 月 日

軽米町長 様

申請者
住 所
氏 名 ⑩
(続柄)
電話番号

現在利用している軽米町通所型介護予防事業について、下記のとおり中止したいので届け出ます。

記

中止 内 容	利 用 者 名			
	利 用 施 設 名			
	中 止 年 月 日 (予 定)			
	中 止 の 理 由			
(経 由 し た 場 合) 経 由 機 関 名			電 話	
	担当者			
備 考				

年 月 日

軽米町長

様

同意書

軽米町生活管理指導員派遣事業の申請に係る受給資格を確認するため、私の介護保険料納付状況を調査することに同意します。

氏名	印
生年月日	年 月 日（ 歳）
住所	軽米町大字
電話番号	

様式第7号(第7条関係)

軽米町生活管理指導員派遣事業利用中止届

年 月 日

軽米町長 様

申請者
住 所
氏 名 ㊟
(続柄)
電話番号

現在利用している軽米町生活管理指導員派遣事業について、下記のとおり中止したいので届け出ます。

記

中止 内 容	利 用 者 名			
	利 用 内 容	洗濯・買い物・調理・掃除・おむつ配達・ その他 ()		
	中 止 年 月 日 (予 定)			
	中 止 の 理 由			
(経 由 し た 場 合) 経 由 機 関 名			電 話	
	担当者			
備 考				

年 月 日

軽米町長

様

同意書

軽米町家族介護用品支給事業の申請に係る受給資格を確認するため、町が世帯状況、所得状況及び介護保険料納付状況を調査することに同意します。

同意者

住所	氏名	生年月日	続柄	備考
軽米町大字	印	年 月 日生	本人	要介護者
軽米町大字	印	年 月 日生		
軽米町大字	印	年 月 日生		
軽米町大字	印	年 月 日生		
軽米町大字	印	年 月 日生		

〔 同一世帯の方、全員の同意をお願いします。 〕
 欄が足りない場合は余白にご記入ください。 〕

軽米町家族介護用品支給事業資格喪失届

年 月 日

軽米町長 様

被給付者
住 所
氏 名

印

介護用品を受ける資格が、次のとおりなくなりましたので届け出ます。

要 介 護 者 氏 名	
資 格 喪 失 理 由	要介護者が次のとおりとなった。 1 医療機関に入院した。 (医療機関名) 2 介護保険施設等へ入所した。 (施設名) 3 町外に転出した。 (転出先) 4 死亡した。 5 要介護 4、5 のいずれにも該当しなくなった。 6 世帯の町民税課税状況が変更した。 7 その他 ()
上 記 理 由 が 発 生 し た 年 月 日	年 月 日
備 考	

軽米町「食」の自立支援事業アセスメント票

氏名				記載日	年 月 日			
食事の支援		1あり (a 通い支援 b 食事差入れ c 買物援助)				2 なし		
健康状態	主な傷病等	1 なし	2 あり ()					
	四肢機能(麻痺等)	1問題なし	2右上肢 3右下肢 4左上肢 5左下肢 6その他()					
	認知症	1問題ない	2 少しあり 3 問題あり					
	食物アレルギー	1 なし	2 あり (アレルゲン:)					
	治療食・配慮食を要する食事の必要	1 なし	2 あり (指示内容: (疾 病 名 :))					
食生活	外食利用	1あり (回 / 週・月)				2 なし		
	配食サービス利用	1あり 提供機関 公 ・ 私 () 以前利用していた				2 なし (回 / 週)		
	通常の食事回数	朝 1 食べる 昼 1 食べる 夕 1 食べる	2 食べない () 食 / 日 ◇食べない理由 ()					
食事に関する状況	副食の調理・片づけ	1問題ない	2 いづらか困難 3 非常に困難					
	買い物	1問題ない	2 いづらか困難 3 非常に困難					
	食材・食品入手先	1自分でできる	(a スーパー b コンビニ c 生協 d その他 ()) 2 自分でできない					
	食事の形態	1 普通食	2 糖尿食 カロリー制限 (kcal/日) 3 減塩食					
口腔機能	歯の状態	1よい	2 悪い(理由:a歯が痛い b歯茎が痛い c口臭が気になる dその他:)					
	(義歯・自分の歯)	(a 自分の歯 () 本、 b 部分入れ歯 c 総入れ歯 dその他:)						
	嚥む・飲み込む	1問題ない	2 気になる (a 嚥むことが大変 b むせる c その他:)					
！！注意 アセスメント項目の 印へ該当される方は、「食」の自立が図られているものと見なします。 いずれか1項目該当の際は、軽米町包括ケア会議後、決定及び利用開始となります。								
配食の必要性		1 高齢・心身の障害・傷病等で日常の調理が困難 2 栄養面等で適切な食事管理ができず、栄養状態が悪い 3 その他 ()						
		必須事項 ※調理等の困難な状況を具体的に記入して下さい。						
		※食関連サービスの利用調整については、既存の計画に反映させてください。						
特記事項 ※配食で注意すべき点								
申請書類の必須事項		添付資料 ※週間サービス計画表を提出してください。 各種サービス利用の状況により、利用回数を決定いたします。						
利用者の希望	夕	1週間あたり 弁当 おかず (食)					受付印	
		月	火	水	木	金		土

※町記入欄

配食調整後	夕	1週間あたり 弁当 おかず (食)					受付印	
		月	火	水	木	金		土
総合判断	1 承認 2 継続承認 3 調整後承認 4 他のサービスへ 5 不承認／辞退							

年 月 日

軽米町長 様

同意書

軽米町食の自立支援事業の申請に係る受給資格を確認するため、町が介護保険料納付状況の調査することに同意します。

同意者

住所	氏名	生年月日	続柄	備考
軽米町大字	印	年 月 日生	本人	
軽米町大字	印	年 月 日生		
軽米町大字	印	年 月 日生		
軽米町大字	印	年 月 日生		
軽米町大字	印	年 月 日生		

〔 事業を申請される方、全員の同意をお願いします。 〕

様式第6号(第13条関係)

軽米町「食」の自立支援事業利用申請事項変更届

年 月 日

軽米町長

様

住 所
申 請 者 氏 名

印

電話番号

現在利用している軽米町「食」の自立支援事業について、下記のとおり変更したいので届け出ます。

記

区 分		変 更 前						変 更 後					
変 更 内 容	住 所							異動日： 年 月 日					
	配食の種類	お弁当 ・ おかず						お弁当 ・ おかず					
	利用曜日	月	火	水	木	金	土	月	火	水	木	金	土
		夕											
	利 用 回 数	週 回						週 回					
	休 止	休止期間 年 月 日 ～ 年 月 日											
利 用 回 数 変 更 の 事 由													
経 由 機 関 名						担当者				電 話			
備 考													

※利用回数増の変更申請については、下記の添付書類が必要となります。

- ① 利用者基本情報
- ② 「食」の自立支援事業アセスメント票
- ③ 週間サービス計画表

様式第 7 号(第14条関係)

軽米町「食」の自立支援事業利用中止届

年 月 日

軽米町長 様

申請者
住 所
氏 名 ㊟
電話番号

現在利用している「食」の自立支援事業について、下記のとおり中止したいので届け出ます。

記

中止内容	中止年月日 (予 定)				
	中止の事由				
経 由 機 関 名		担 当 者		電話	
備 考					

印

(障害者手帳又は療育手帳の交付者用)

平成 年 月 日

軽米町長 山 本 賢 一 殿

申請者 住 所 軽米町大字
氏 名
電話番号

⑩

軽米町福祉タクシー助成券交付申請書

軽米町福祉タクシー助成券の交付を受けたいので申請します。

手帳の種類	障害・療育	手帳番号等		等級等	級
障 害 名					
施設入所等の有無			在宅・施設入所		
自動車税・軽自動車税の減免の有無			有・無		

次の欄は記入しないでください。

課 長	課長補佐	グループ長	グループ員	発 議

次のとおり交付してよろしいか。

交 付 番 号	交 付 枚 数	備 考

※ 「障害者手帳」及び「療育手帳」の交付を受けている者が交付を申請するときには、その手帳を提示願います。

※ 自動車税・軽自動車税の減免を受けている方は軽米町福祉タクシー助成券の交付を受けることができません

(一人暮らし用)

平成 年 月 日

軽米町長 山 本 賢 一 殿

申請者 住 所 軽米町大字

氏 名 ⑩

生年月日 M. T. S . . (満 歳)

電話番号

軽米町福祉タクシー助成券交付申請書

軽米町福祉タクシー助成券の交付を受けたいので申請します。

手帳の種類等	一 人 暮 ら し
担 当 地 区 民 生 委 員 の 意 見	申請者は 80 歳以上の一人暮らし老人であり、かつ、同一家屋内又は同一敷地内若しくは隣接敷地内に子、孫等は居住していません。 担当地区民生委員 ⑩
住民基本台帳 の 確 認	申請者は住民基本台帳上で一人暮らし老人である。 確認者印 ⑩

次の欄は記入しないでください。

課 長	課長補佐	グループ長	グループ員	発 議

次のとおり交付してよろしいか。

交 付 番 号	交 付 枚 数	備 考

※ 一人暮らし老人が交付を申請するときには、担当地区民生委員の意見が必要です。

軽米町災害時要援護者台帳申込(同意)書(個別計画)

軽米町長 様

私は、軽米町災害時要援護者台帳に登録することを希望するとともに、届け出た下記個人情報を町が個別計画、要援護者台帳及び要援護者マップ作成に使用し、行政区、民生・児童委員協議会、社会福祉協議会、軽米病院、二戸警察署軽米駐在所、二戸消防署軽米分署、郵便事業株式会社に提出することを承諾します。また、命に関わるような緊急事態のときは、緊急連絡先に連絡することについて了承します。

年 月 日

本人氏名 ⑩ (代筆者氏名 ⑩)

対象区分	☐ 要介護3以上(介護度: ケアマネジャー:)
	☐ 身体障害者1・2級(種 級)
	☐ 65歳以上のひとり暮らし
	☐ 災害時援護を必要とする者(知的障害者、精神障害者、難病患者、乳幼児、妊産婦、外国人、その他)

本人	ふりがな		生年月日	明・大・昭 年	
	氏 名			月 日生 (歳)	
	住 所	軽米町大字		行政区	
	電話番号 FAX			血液型	
	主な病気				
	かかりつけ の病院				
緊急通報装置		無・有			
居住建物	建築時期		見取り図(普段いる部屋、寝室の位置等)		
	構造	木造・その他			
	耐震診断	実施・未実施			
	家具の固定	無・有			

(裏)

緊急時の連絡先				家族構成・同居状況等			
一 番 目	ふりがな		続柄				
	氏名						
	電話番号						
	住所						
二 番 目	ふりがな		続柄				
	氏名						
	電話番号						
	住所						

避難支援者					
氏名		住所		電話	
氏名		住所		電話	
氏名		住所		電話	
情報伝達の流れ					
情報伝達での留意事項					
避難時に携行する医薬品等					
避難誘導時の留意事項					
避難先での留意事項					
避難場所					
備考					

(様式第4号)

年 月 日

軽米町災害時要援護者台帳登録変更（取消）届出書

軽米町長 様

私は、災害時要援護者台帳に登録した内容について、下記のとおり変更・取消を申請します。

届出者 住所

氏名 印

要援護者との関係

記

要援護者	住所	軽米町大字	第	地割	番地	
	氏名					
	生年月日	年	月	日		
対象区分	☐ 要介護3以上（介護度： ケアマネジャー： ） ☐ 身体障害者1・2級（ 種 級） ☐ 65歳以上のひとり暮らし ☐ 災害時援護を必要とする者（知的障害者、精神障害者、難病患者、乳幼児、妊産婦、外国人、その他）					
変更・取消理由及びその内容						
☐ 取消 理由 ☐ 転出のため ☐ 死亡のため ☐ その他（ ）						
☐ 変更（本人に関すること、緊急時の連絡先、避難支援者等）						