

平成 12 年 3 月 29 日
福祉サービスの契約及び情報提供のあり方に関する検討会

特別養護老人ホーム○○園

サービス利用書

初回・紹介・継続

認定済・申請中

本サービス利用者は、契約書第 1 条第 2 項に基づき、ご契約者に対して実施する具体的なサービス内容（施設サービス計画を含む）やお支払いいただく利用料金等について定めたものです。

サービス利用者名 殿 生年月日 年 月 日 住所
施設サービス計画作成者氏名 (職種) (連絡先)
施設サービス計画作成施設名 (所在地)
施設サービス計画作成(変更)日 年 月 日 初回施設サービス計画作成日 年 月 日
要介護認定日 年 月 日 認定の有効期間 年 月 日 ~ 年 月 日

ト

要介護状態区分	要 介 護 度 1 ・ 要 介 護 度 2 ・ 要 介 護 度 3 ・ 要 介 護 度 4 ・ 要 介 護 度 5
利用者及び家族の 介護に対する意向	
介護認定審査会の 意見及びサービスの 種類の指定	
総合的な援助の 方針（長期目標）	

利用する居室： ____ 階 ____ 室（○人部屋 1人あたり床面積 ____ m²）

個々の事業者の定める「施設サービス計画（ケアプラン）」を添付して下さい。

[illegible]

< 指定介護福祉施設サービスの実施内容（日課表） >

（例）サービス利用者名

殿

	共通サービス	主な担当者	個別サービス	主な担当者	主な日常生活上の活動	共通サービスの例
4:00						食事介助 朝食 昼食 夕食 入浴介助（月・水曜日） 清拭介助 洗面介助 口腔清潔介助 整容介助 更衣介助 排泄介助 水分補給介助 体位交換
6:00	洗面、更衣、整容介助	○○				
8:00	食事介助(朝食)	○○	服薬介助	○○		
10:00	レクリエーション	●●、○○				
12:00	入浴介助（月・水曜日）	□□、				
	食事介助(昼食)	○○	服薬介助	○○		
14:00	レクリエーション	●●、○○				
16:00			機能訓練（火、木曜日）			
18:00	食事介助(夕食)	▲▲	服薬介助	▲▲		
20:00	更衣介助	▲▲				
22:00						
24:00	巡視	▲▲				
2:00	巡視	▲▲				
随時実施するサービス	○排泄介助 ○生活環境の整備					

その他のサービス

- 理容・美容（月1回：利用日は掲示板に掲示します。）
- 貴重品の管理
- 通院介助

< サービス担当者会議の要点 >

サービス利用者名 _____ 殿

施設サービス計画作成者（担当者）氏名 _____

開催日 _____ 年 _____ 月 _____ 日 開催場所 _____ 開催時間 _____ 開催回数 _____

会議出席者	所属（職種）	氏 名	所属（職種）	氏 名	所属（職種）	氏 名
検討した項目						
検討内容						
結論						
残された課題						
（次回の開催時期）						

< サービス担当者に対する照会（依頼）内容 >

サービス利用者名

殿

施設サービス計画作成者（照会者）氏名

サービス担当者会議を開催しない理由 ないし会議に出席できない理由	
-------------------------------------	--

照会（依頼）先	照会（依頼）年月日	照会（依頼）内容	回答者氏名	回答年月日	回答内容

< 施設介護経過 >

サービス利用者名 _____ 殿

施設サービス計画作成者氏名 _____

9

年月日	内容	年月日	内容

< サービス利用料金 >

1．介護保険給付対象サービス

ご契約者の要介護度に応じたサービス利用料金から介護保険給付費額を除いた金額（自己負担額）と食事に係る標準自己負担額の合計金額をお支払い下さい。（1日あたり）

ご本人の要介護度			○		
1．要介護度別サービス利用料金	要介護度 1 ○○○○円	要介護度 2 ○○○○円	要介護度 3 ○○○○円	要介護度 4 ○○○○円	要介護度 5 ○○○○円
2．うち、介護保険から給付される金額	円	円	円	円	円
3．サービス利用に係る自己負担額（1 - 2）	○○○円	○○○円	○○○円	○○○円	○○○円
4．食事に係る標準自己負担額	○○円				
5．自己負担額合計（3 + 4）	○○○円	○○○円	○○○円	○○○円	○○○円

ご契約者がまだ要介護認定を受けていない場合には、サービス利用料金の全額をいったんお支払いいただきます。要介護の認定を受けた後、自己負担額を除く金額が介護保険から払い戻されます。（償還払い）

介護保険からの給付額に変更があった場合、変更された額に合わせて、ご契約者の負担額を変更いたします。

ご契約者が、6日以内の入院又は外泊をされた場合にお支払いいただく利用料金は、下記の通りです。（契約書第18条、第21条参照）

1．サービス利用料金	○○○円
2．うち、介護保険から給付される金額	円
3．自己負担額（1 - 2）	○○○円

2．介護保険給付対象外サービス

（1）1か月毎に料金をお支払いいただくサービス

ご利用サービス	利用料金	利用の有無
○貴重品の管理サービス	○○円/月	○

お支払い金額合計： ○○円

（2）1回のご利用毎に料金をお支払いいただくサービス

ご利用サービス	利用料金
○特別な食事(*1)	次頁参照
○理容サービス	○○円/回
○美容サービス	○○円/回
○レクリエーション(*2)	次頁参照
ご利用サービス	利用料金
○クラブ活動(*3)	次頁参照

介護保険給付対象外サービスについて、経済状況の著しい変化その他やむを得ない事由がある場合、相当な額に変更することがあります。その場合事前に変更の内容と変更する事由について、変更を行う2か月前までにご説明します。

○複写物の交付	○○円 / 枚
---------	---------

(*1)特別な食事

内容	料金
○日本酒 1 合	○○円
○ビール 1 本 (350ml)	○○円
○ ○ ○ ○	○○円

(*2)主なレクリエーション行事予定

	行事とその内容 (例)	備考
1 月	1 日 - お正月 (おせち料理をいただき、新年をお祝いします。...) ...	
2 月	3 日 - 節分 (施設内で豆まきを行います。)	
3 月	3 日 - ひなまつり (おひなさま飾りをつくり、飾り付けを行います。)	おひなさま飾りの材料代は実費 (○○円) をいただきます。...
4 月	上旬 - お花見 (施設の庭に大きな桜の木があります。その桜の下でお花見をします。)	

...

(*3)クラブ活動

書道、茶道、華道 (材料代等の実費 (○○円) をいただきます。)

3 . 利用料金のお支払い方法

料金・費用は、1 か月ごとに計算し、ご請求いたしますので、翌月○日までに以下の方法でお支払い下さい。(貴重品の管理サービスなど 1 か月単位で料金設定を行っているサービスについて、1 か月に満たない期間のサービスに関する利用料金は、日割計算 (1 か月あたり 利用料金 × 12 か月 ÷ 365 日 × 利用日数) をした金額とします。)

☐ 窓口での現金支払 ■ 指定口座への振り込み ☐ 金融機関口座からの自動引き落とし

＜サービス利用に際しての特記事項＞

[illegible]