

**重要**

令和元年 9 月 19 日

ご利用者・ご家族 様

社会福祉法人 優輝会  
指定通所介護事業所 恵珠苑  
生活相談員 川原 正明  
電話 (095) 828-1332

## 令和元年度 重要事項説明書の変更について

拝啓 時下ますますご清栄のこととお喜び申し上げます。

日頃より、恵珠苑デイサービスをご利用いただき、誠にありがとうございます。  
でございます。

さて、令和元年度からの介護報酬改定（介護サービスに関する消費税率 10%  
引き上げ）及び特定処遇改善加算の追加につき、恵珠苑指定通所介護事業所の  
重要事項説明書の掲載内容が下記の通り改正となりますのでお知らせいたしま  
す。ご不明な点等ございましたらご連絡ください。

敬具

記

### 【令和元年 10 月より】

利用料一割負担額の変更

標準的な 1 月当たり自己負担額新旧

	新	旧	増 減
要支援 1	2,091 円	2,058 円	33 円
要支援 2	4,027 円	3,964 円	63 円

※事業対象者の方は、週 1 回利用の場合は、要支援 1 の自己負担額、週 2 回利  
用の場合は、要支援 2 の自己負担額となります。

※上記の金額は、通所介護サービス費、各種加算項目に加え介護職員処遇改善  
加算・特定処遇改善加算を含む合計額です。（被爆者助成や減免制度等は含めて  
いません。）

本料金表の額については、端数調整につき若干異なる場合があります。

改正日 令和元年 10 月 1 日

重要事項改正内容説明日 令和 年 月 日

令和元年 10 月 1 日からの介護報酬改定に伴う重要事項説明書の

改正内容について、ご利用者に対して本書面に基づき説明いたしました。

事業所

【事業所名】 恵珠苑 指定通所介護事業所  
【住所】 長崎市田上2丁目15番12号  
【説明者】 役職名 \_\_\_\_\_  
氏名 \_\_\_\_\_ 印

私は、重要事項説明書の改正内容について説明を受け同意しました。

利用者

【住所】 \_\_\_\_\_  
【氏名】 \_\_\_\_\_ 印

代理人

【住所】 \_\_\_\_\_  
【氏名】 \_\_\_\_\_ 印