（通所系サービス事業所用）

**新型コロナウイルス感染症に係る介護サービス事業所の**

**人員基準等の臨時的な取扱い（第１２報）に関する介護サービス費請求の同意書**

私は、令和２年６月１日付厚生労働省老健局発出の標記取扱いに基づく介護サー

ビス費（※）について、裏面説明事項により説明を受け、理解しましたので、甲

（事業所）が乙（利用者）に請求する**第１２報に基づく介護サービス費負担の割増**

について、同意します。

* 第１２報に基づく介護サービス費とは、居宅サービス計画（ケアプラン）に計画されたサービス提供時間以上かつ実際に受けた提供時間の報酬区分の２区分上位の報酬区分を指す等

令和　　年　　月　　日

甲　　事業所名

事業所管理者　　　　　　　　　　　　㊞

乙　　住所

氏名　　　　　　　　　　　　　　　　㊞

（裏面　説明事項あり）

説 明 事 項

|  |  |
| --- | --- |
|  | 説 明 事 項 |
| １ | サービス事業所と介護支援専門員が連携した上での取扱いであること（サービス事業所が担当のケアマネジャーと相談及び調整済であること） |
| ２ | 同意は利用者の任意であること（同意は強制ではないこと） |
| ３ | 同意の有無にかかわらず、今後のサービス提供に影響がないこと |
| ４ | 請求額（単位）の算定方法及び今回の取扱いをする前後の請求額の説明を受け、利用者負担が割増になること |
| ５ | 今回の取扱いにより、区分支給限度基準額を超える場合には、超えた額全てが自己負担（１０割）になること |
| ６ | 利用者負担の割増については、利用者の申し出により、請求前ならいつでも変更前に戻すことができること |

事業所説明者　　　　　　　　　　　　　　　　　　㊞

説明日時　　令和　　年　　月　　日　　　時　　　分

説明場所

説明を受けた方　　　　　　　　　　　　　　　　　㊞

（通所系サービス利用者用）

**新型コロナウイルス感染症に係る介護サービス事業所の**

**人員基準等の臨時的な取扱い（第１２報）に関する介護サービス費請求の同意書**

私は、令和２年６月１日付厚生労働省老健局発出の標記取扱いに基づく介護サー

ビス費（※）について、裏面説明事項により説明を受け、理解しましたので、甲

（事業所）が乙（利用者）に請求する**第１２報に基づく介護サービス費負担の割増**

について、同意します。

* 第１２報に基づく介護サービス費とは、居宅サービス計画（ケアプラン）に計画されたサービス提供時間以上かつ実際に受けた提供時間の報酬区分の２区分上位の報酬区分を指す等

令和　　年　　月　　日

甲　　事業所名

事業所管理者　　　　　　　　　　　　㊞

乙　　住所

氏名　　　　　　　　　　　　　　　　㊞

（裏面　説明事項あり）

説 明 事 項

|  |  |
| --- | --- |
|  | 説 明 事 項 |
| １ | サービス事業所と介護支援専門員が連携した上での取扱いであること（サービス事業所が担当のケアマネジャーと相談及び調整済であること） |
| ２ | 同意は利用者の任意であること（同意は強制ではないこと） |
| ３ | 同意の有無にかかわらず、今後のサービス提供に影響がないこと |
| ４ | 請求額（単位）の算定方法及び今回の取扱いをする前後の請求額の説明を受け、利用者負担が割増になること |
| ５ | 今回の取扱いにより、区分支給限度基準額を超える場合には、超えた額全てが自己負担（１０割）になること |
| ６ | 利用者負担の割増については、利用者の申し出により、請求前ならいつでも変更前に戻すことができること |

事業所説明者　　　　　　　　　　　　　　　　　　㊞

説明日時　　令和　　年　　月　　日　　　時　　　分

説明場所

説明を受けた方　　　　　　　　　　　　　　　　　㊞