

「介護予防・日常生活支援総合事業」  
介護予防通所介護相当サービス

重要事項説明書

志方デイサービスセンターきたの輝き

当事業所は介護保険の指定を受けています。  
(兵庫県指定 第 2872203365 号)

当事業所はご契約者に対して、介護予防・日常生活支援総合事業における介護予防通所介護相当サービスを提供します。事業所の概要や提供されるサービスの内容、契約上ご注意いただきたいことを次の通り説明します。

**1. 事業者**

- |           |                         |
|-----------|-------------------------|
| (1) 法人名   | 社会福祉法人カリタスの里            |
| (2) 法人所在地 | 加古川市別府町新野辺 5 3 8 番 9    |
| (3) 電話番号  | 0 7 9 - 4 2 2 - 5 5 5 2 |
| (4) 代表者氏名 | 理事長 松本 竹史               |
| (5) 設立年月日 | 平成 1 4 年 2 月 2 2 日      |

**2. 事業所の概要**

- |              |                                                                                                        |
|--------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| (1) 建物の構造    | 木造瓦葺 2 階建                                                                                              |
| (2) 建物の延べ床面積 | 1 階 368.18 m <sup>2</sup> 2 階 59.45 m <sup>2</sup>                                                     |
| (3) 施設の周辺環境  | 当施設は、加古川市北部に位置し、周囲には自然がたくさん残っており<br>ます。その中で四季の移り変わりを感じていただきながら、純和風の家屋<br>でゆっくりとお過ごしいただけるようおもてなしをいたします。 |

**事業所の説明**

- |                     |                                                                                                       |
|---------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| (1) 施設の種類           | 指定通所介護事業所<br>平成 26 年 7 月 15 日指定 兵庫県 2872203365 号                                                      |
| (2) 施設の目的           | 介護保険法令に従い、ご契約者（利用者）が、その有する能力に応じ、<br>可能な限り自立した日常生活を営むことができるように支援すること<br>を目的として、介護予防通所介護相当サービスを提供いたします。 |
| (3) 施設の名称           | 志方デイサービスセンター きたの輝き                                                                                    |
| (4) 施設の所在地          | 加古川市志方町細工所 5 6 7 番<br>交通機関 JR 加古川駅より神姫バスで約 30 分、細工所北口より徒歩 1 分                                         |
| (5) 電話番号及び F A X 番号 | T E L ( 0 7 9 ) 4 5 2 - 6 6 6 2<br>F A X ( 0 7 9 ) 4 5 2 - 6 6 6 3                                    |
| (6) センター長（管理者）氏名    | 大林 克樹                                                                                                 |

(7) 当施設の運営方針

ご契約者の心身の状況や家庭環境等を踏まえ、介護保険法その他関連法令及びこの契約の定めに基づき、関係する市町村や事業者、地域の保健・医療・福祉サービス等と綿密な連携を図りながら、契約者の要支援状態等の軽減や悪化の防止、もしくは要介護状態となることの予防のため、適切なサービスの提供に努めます。

(8) 介護予防・日常生活支援総合事業の実施地域

高砂市、加西市

(9) 営業日及び営業時間

|          |                                    |
|----------|------------------------------------|
| 営業日      | 月曜日から土曜日まで<br>ただし、年始（1月1日～1月3日）を除く |
| 営業時間     | 午前8時30分から午後5時30分まで                 |
| サービス提供時間 | 午前9時20分から午後4時30分まで                 |

(10) 利用定員

通所介護利用者・日常生活支援総合事業による利用者 合わせて 1日29名

(11) 施設等の概要

介護サービスの利用にあたり、当事業所では以下の居室・設備をご用意しています。

| 居室・設備の種類 | 室数 | 備 考      |
|----------|----|----------|
| 地域交流室    | 1室 | 50.67㎡   |
| 談話室      | 1室 |          |
| 食堂       | 1室 |          |
| 機能訓練室    | 2室 |          |
| 浴室       | 2室 | 一般浴・露天風呂 |
| 静養室      | 1室 |          |

☆居室に関する特記事項：トイレは、車椅子での利用可

### 3. 事業所の職員体制

| 従業者の職種  | 勤務形態・人数        |
|---------|----------------|
| 管理者     | 常勤 1 名         |
| 生活相談員   | 常勤 2 名・非常勤 0 名 |
| 看護職員    | 常勤 0 名・非常勤 2 名 |
| 介護職員    | 常勤 3 名・非常勤 3 名 |
| 機能訓練員   | 常勤 0 名・非常勤 2 名 |
| 調理員     | 常勤 1 名・非常勤 3 名 |
| 送迎ドライバー | 常勤 0 名・非常勤 1 名 |

#### 〈配置職員の勤務体制〉

**生活相談員**・・・ご契約者の日常生活上の相談に応じ、適宜生活支援を行います。  
1 名以上の生活相談員を配置しています。

**介護職員**・・・ご契約者の日常生活上の介護並びに健康保持のための相談・助言を行います。  
6 名の利用者に対し 1 名の介護職員を配置しています。

**看護職員**・・・主にご契約者の健康管理や療養上の世話をしますが、日常生活上の介護、介助等も行います。1 名以上の看護職員を配置しています。

**機能訓練指導員**・・・ご契約者の機能訓練を行います。  
1 名以上の機能訓練指導員を配置しています。（看護師と兼務）

**医師**・・・当法人の嘱託医はありますが、常駐はしておりません。必要に応じ助言を頂きます。

**調理員**・・・管理栄養士等の指示を受けて給食業務に従事します。

#### 4. 当事業所が提供するサービスと利用料金

当施設では、ご契約者に対して、以下のサービスを提供します。

- |                                           |
|-------------------------------------------|
| ○通所介護サービス<br>○日常生活支援総合事業による介護予防通所介護相当サービス |
|-------------------------------------------|

また、それぞれのサービスについて

- |                                                           |
|-----------------------------------------------------------|
| (1) 利用料金が介護保険や総合事業から給付される場合<br>(2) 利用料金の全額をご契約者にご負担いただく場合 |
|-----------------------------------------------------------|

があります。

##### (1) 日常生活支援総合事業の給付対象となるサービス

以下のサービスについては、利用料金の大部分（所得に応じて、9割ないし8割）が高砂市の総合事業から給付されます。

###### (i) サービスの概要

###### □食事

- ・当事業所では、栄養並びにご契約者の身体状況及び嗜好を考慮した食事を提供します。必要に応じて食事の介助も行います。

昼食：12：00～ おやつ：15：00

###### □入浴

- ・入浴又は清拭の介助を行います。機械浴槽を使用して入浴することもできます。

###### □排泄

- ・ご契約者の排泄の介助を行います。

###### □機能訓練

- ・機能訓練指導員により、ご契約者の心身等の状況に応じて、日常生活を送るのに必要な機能の回復又はその減退を防止するための訓練を実施します。

###### □健康管理

- ・バイタルチェック等健康管理を行います。

###### □レクリエーション活動

- ・館内での趣味活動や外出行事、季節行事等を随時企画し実施します。

###### (ii) サービス利用料金

介護予防通所介護相当サービスの利用料は、以下に記載する基本部分と加算部分の合計金額となります。契約者からお支払いいただく「利用者負担金」は、原則として負担割合証に応じた基本利用料の1割または2割、3割の額です。ただし、介護保険の支給限度額を超えてサービスを利用する場合、超えた金額の全額をご負担いただきます。

利用回数については、要支援1と事業対象者の方は週1回程度、要支援2の方は週2回程度のご利用となります。

【基本部分】

◎利用料金には、1回あたりの料金と月額定額での料金で算定する場合の2種類があります。

| 利用者の<br>要介護度  | 基本利用料（※1）単位数単価 10.14 円                                                                                                                  |
|---------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 要支援1<br>事業対象者 | <ul style="list-style-type: none"> <li>・1回につき 436 単位：利用回数 4 回まで 1 回分×利用日数</li> <li>・1 か月につき 1798 単位：利用回数が少ない月であっても月額定額料金での算定</li> </ul> |
| 要支援2          | <ul style="list-style-type: none"> <li>・1回につき 447 単位：利用回数 8 回まで 1 回分×利用日数</li> <li>・1 か月につき 3621 単位：利用回数が少ない月であっても月額定額料金での算定</li> </ul> |

※1 上記の基本利用料は、高砂市、加西市が厚生労働大臣の告示で定める金額を参考として決定した金額であり、これが改定された場合は、これら基本利用料も改定される場合があります。

【加算】以下の要件を満たす場合、上記の基本部分に以下の料金が加算されます。

| 加算の種類          | 加算の要件                                                                      | 加算額                 |        |         |
|----------------|----------------------------------------------------------------------------|---------------------|--------|---------|
|                |                                                                            | 基本<br>利用料           | 利用者負担額 |         |
|                |                                                                            |                     | 1 割    | 2 割     |
| 若年性認知症利用者受入加算  | 若年性認知症利用者へサービス提供した場合（1 ヶ月につき）                                              | 2,433 円<br>(240 単位) | 243 円  | 486 円   |
| 生活機能向上グループ活動加算 | 利用者の生活機能の向上を目的として共通の課題を有する複数の利用者からなるグループに対して実施される日常生活上の支援活動を行った場合（1 ヶ月につき） | 1,014 円<br>(100 単位) | 101 円  | 202 円   |
| 運動器機能向上加算      | 運動器の機能向上を目的として個別に実施される機能訓練を行った場合（1 ヶ月につき）                                  | 2,281 円<br>(225 単位) | 228 円  | 456 円   |
| 栄養改善加算         | 低栄養状態の改善等を目的として、個別に実施される栄養食事相談等の栄養管理を行った場合（1 ヶ月につき）                        | 1,521 円<br>(150 単位) | 152 円  | 304 円   |
| 口腔機能向上加算       | 利用者へ口腔清掃指導や摂食・嚥下機能訓練等の口腔機能向上サービスを行った場合（1 ヶ月につき）                            | 1,521 円<br>(150 単位) | 152 円  | 304 円   |
| 選択的サービス複数実施加算Ⅰ | 運動器機能向上サービス、栄養改善サービス又は口腔機能向上サービスのうち、複数のサービスを実施した場合（1 ヶ月につき）                | 4,867 円<br>(480 単位) | 486 円  | 973 円   |
| 選択的サービス複数実施加算Ⅱ |                                                                            | 7,098 円<br>(700 単位) | 709 円  | 1,419 円 |
| 事業所評価加算        | 当該加算の算定基準に適合し、かつ、評価対象期間中、利用者の要支援状態の維持・改善の割合が一定以上となった場合（1 ヶ月につき）            | 1,216 円<br>(120 単位) | 121 円  | 243 円   |

|                  |                                                               |                               |                    |       |       |
|------------------|---------------------------------------------------------------|-------------------------------|--------------------|-------|-------|
| サービス提供体制加算Ⅰ      | 当該加算の体制・人員要件（介護福祉士の割合）を満たす場合（1 ヶ月のうち）<br>☆加算ⅠまたはⅡ、Ⅲのいずれか1つを算定 | 要支援 1 ・ 事業対象者                 | 892 円<br>(88 単位)   | 89 円  | 178 円 |
| サービス提供体制加算Ⅱ      |                                                               | 要支援 2                         | 1784 円<br>(176 単位) | 178 円 | 356 円 |
|                  |                                                               | 要支援 1 ・ 事業対象者                 | 730 円<br>(72 単位)   | 73 円  | 146 円 |
| サービス提供体制加算Ⅲ      |                                                               | 要支援 2                         | 1460 円<br>(144 単位) | 146 円 | 292 円 |
|                  |                                                               | 要支援 1 ・ 事業対象者                 | 243 円<br>(24 単位)   | 24 円  | 48 円  |
|                  |                                                               | 要支援 2                         | 486 円<br>(48 単位)   | 48 円  | 97 円  |
| 介護職員等処遇改善加算Ⅰ（イ）※ | 当該加算の算定要件を満たす場合（1 か月のうち）<br>※加算Ⅰ～Ⅳのいずれかを算定する。                 | 上記基本部分と各種加算の合計に 111/1000 を乗じる |                    |       |       |
| 介護職員等処遇改善加算Ⅰ（ロ）※ |                                                               | 上記基本部分と各種加算の合計に 120/1000 を乗じる |                    |       |       |
| 介護職員等処遇改善加算Ⅱ（イ）※ |                                                               | 上記基本部分と各種加算の合計に 109/1000 を乗じる |                    |       |       |
| 介護職員等処遇改善加算Ⅱ（ロ）※ |                                                               | 上記基本部分と各種加算の合計に 118/1000 を乗じる |                    |       |       |
| 介護職員等処遇改善加算Ⅲ※    |                                                               | 上記基本部分と各種加算の合計に 99/1000 を乗じる  |                    |       |       |
| 介護職員等処遇改善加算Ⅳ※    |                                                               | 上記基本部分と各種加算の合計に 83/1000 を乗じる  |                    |       |       |
| 科学的介護推進体制加算      |                                                               | 4 0 単位／月                      |                    |       |       |

（注）※印の加算は、区分支給限度額の算定対象から除かれます。

## （２）総合事業の給付対象とならないサービス

以下のサービスは、利用料金の金額がご契約者の負担となります。

### （い）サービスの概要と利用料金

☐ 介護保険給付の支給限度額を超えるサービス

介護保険給付の支給限度額を超えてサービスを利用される場合は、前記４（ii）の

サービス利用料金表に定められた「基本利用料」（利用者負担額ではありません）が必要となります。

□複写物の交付

ご契約者は、サービス提供についての記録その他複写物を必要とする場合には実費担当分をご負担いただきます。

1 枚につき 2 0 円

□食事の提供（食費）

ご契約者に提供する食事にかかる費用です。

1 食あたり 9 0 0 円

□レクリエーション、クラブ活動

ご契約者の希望により、レクリエーション、クラブ活動に参加していただくことができます。

利用料金：材料代等の実費をいただきます。

□日常生活上必要となる諸費用実費；

日常生活品の購入代金等ご契約者の日常生活に要する費用でご契約者にご負担いただくことが適当であるものにかかる費用をいただきます。

（３）利用料金のお支払い方法（契約書第 8 条参照）

前記（１）（２）の料金・費用は次のとおりお支払いください。

利用料は、1 ヶ月毎に精算しご請求いたしますので、翌月末日までに、以下のいずれかの方法でお支払いください。

ア．窓口で現金払い

イ．下記指定口座への振り込み

西兵庫信用金庫 加古川支店 普通預金 No. 0259323

但陽信用金庫 別府支店 普通預金 No. 5145878

（４）利用中止、変更、追加（契約書第 9 条参照）

○利用予定日前に、ご契約者の都合により、サービスの利用を中止又は変更、もしくは新たなサービスの利用を追加することができます。この場合、利用予定日の前々日までに事業者へ申し出下さい。

○利用予定日の前々日までに申し出がなく、前日もしくは当日になって利用中止の申し出をされた場合、取消料として下記の料金をお支払いいただく場合があります。但し、ご契約者の体調不良等の正当な理由がある場合には、この限りではありません。

|                        |               |
|------------------------|---------------|
| 利用予定日の前々日間までに申し出があった場合 | 無料            |
| 利用予定日の前日に申し出があった場合     | 当日利用料金の 5 0 % |
| 利用予定日の前日までに申し出がなかった場合  | 当日利用料金の全額     |

○介護保険の対象となるサービスの取消料については、上表の区分に従い自己負担額の 5 0 % もしくは全額となります。

○サービス利用の変更・追加の申し出に対して、事業所の稼働状況により契約者の希望する期間にサービスの提供ができない場合、他の利用可能期間又は日時を契約者に提示して協議します。

#### 4. サービス利用を中止する場合（契約の終了について）

契約期間満了の7日前までに契約終了の申し入れがない場合には、契約は更に6ヶ月間（要介護認定期間）同じ条件で更新され、以降も同様となります。

契約期間中は、以下のような理由がない限り、継続してサービスの利用をすることができますが、仮にこのような事項に該当するにいたった場合には、当事業所との契約は終了します。

（契約書第18条参照）

- ① ご契約者が死亡した場合
- ② 要介護認定により、ご契約者の心身状況が要介護、又は自立と判定された場合
- ③ ご契約者が介護保険施設へ入所された場合
- ④ ご契約者が介護予防特定施設入居者生活介護、介護予防小規模多機能型居宅介護、又は、介護予防認知症対応型共同生活介護を受けることとなった場合
- ⑤ 事業者が解散した場合、破産した場合又はやむを得ない理由により事業所を閉鎖した場合
- ⑥ 施設の滅失や重大な破損により、ご契約者に対するサービスの提供が不可能になった場合
- ⑦ 当事業所が介護保険の指定を取り消された場合又は指定を辞退した場合
- ⑧ ご契約者から解約又は契約解除の申し出があった場合（詳細は以下をご参照ください）
- ⑨ 事業者から契約解除を申し出た場合（詳細は以下をご参照ください）

##### （1）ご契約者からの解約・契約解除の申し出（契約書第19条、第20条参照）

契約の有効期間中であっても、ご契約者から利用契約の全部又は一部を解約することができます。その場合には、契約終了を希望する日の7日前までに解約届出書をご提出ください。

但し、以下の場合には、即時に契約の全部又は一部を解約・解除することができます。

- ① 介護保険給付対象外サービスの利用料金の変更に同意できない場合
- ② 事業所の運営規程の変更に同意できない場合
- ③ ご契約者が入院された場合（一部解除はできません）
- ④ ご契約者の「ケアプラン」が変更された場合（一部解約はできません）
- ⑤ 事業者もしくはサービス従事者が正当な理由なく本契約に定めるサービスを実施しない場合
- ⑥ 事業者もしくはサービス従事者が守秘義務に違反した場合
- ⑦ 事業者もしくはサービス従事者が故意又は過失によってご契約者の身体・財物・信用等を傷つけ、又は著しい不信行為、その他本契約を継続しがたい重大な事情が認められる場合
- ⑧ 他の利用者がご契約者の身体・財物・信用等を傷つけた場合もしくは傷つける具体的な恐れがある場合において、事業者が適切な対応をとらない場合

##### （2）事業者からの契約解除の申し出（契約書第21条参照）

以下の事項に該当する場合には、本契約の全部又は一部を解除させていただくことがあります。

- ① ご契約者が契約締結時にその心身の状況及び病歴等の重要事項について、故意にこれを告げず、又は不実の告知を行い、その結果本契約を継続しがたい重大な事情を生じさせた場合
- ② ご契約者による、サービス利用料金の支払いが3ヶ月以上遅延し、相当期間を定めた催告にもかかわらず支払われない場合
- ③ ご契約者が、故意又は重大な過失により事業者又はサービス従事者もしくは他の利用サービス等の財物・信用等を傷つけ、又は著しい不信行為を行うことなどによって、本契約を継続しがたい重大な事情を生じさせた場合
- ④ ご契約者の行動が他の利用者もしくはサービスの従事者の生命、身体、健康に重大な影響を及ぼすおそれがあったり、あるいは、ご契約者が重大な自傷行為（自殺にいたるおそれがあるような場合）を繰り返すなど、本契約を継続しがたい重大な事情が生じた場合
- ⑤ 利用者またはその家族代表者等が、第22条（カスタマーハラスメントの禁止）に違反し、事業所の警告にもかかわらず改善が見られないとき、または職員や他の利用者等の生命・身体・精神に深刻な危害を及ぼすおそれがあるとき。

（3）契約の一部が解約または解除された場合（契約書第23条参照）

本契約の一部が解約または解除された場合には、当該サービスに関わる条項はその効力を失います。

（4）契約の終了に伴う援助（契約書第18条参照）

契約が終了する場合には、当事業者はご契約の心身状況、置かれている環境等を勘案し、必要な援助を行うように努めます。

## 5. サービス提供における事業所の義務（契約書第11条、12条参照）

当事業所は、ご契約者に対してサービスを提供するにあたって、ご契約者の生命、身体、生活環境等の安全やプライバシーの保護などに配慮するなど、契約書第14条、第15条式規定される義務を負います。当事業所では、ご契約者に対してサービスを提供するにあたって、次のことを守ります。

- ① ご契約者の生命、身体、財産の安全に配慮します。
- ② ご契約者の体調、健康状態からみて必要な場合には、医師又は看護職員と連帯の上、ご契約者から聴取、確認します。
- ③ 非常災害に関する具体的計画を策定するとともに、ご契約者に対して、定期的に避難、救出その他必要な訓練を行います。
- ④ ご契約者に提供したサービスについて記録を作成し、5年間保管するとともに、ご契約者の請求に応じて閲覧させ、複写物を交付します。（但し、コピー代は有料となります。）
- ⑤ ご契約者に対する身体的拘束その他行動を制限する行為を行いません。  
但し、ご契約者又は、他の利用者等の生命、身体を保護する為に緊急やむを得ない場合には、記録を記載するなど、適正な手続きにより身体等を拘束する場合があります。
- ⑥ ご契約者へのサービス提供時において、ご契約者に病状の急変が生じた場合その他必要な場合には、速やかに主治医またはあらかじめ定めた協力医療機関への連絡を行う等処置を講じます。
- ⑦ 事業者及びサービス従事者または従業員は、サービスを提供するにあたって知り得たご契約者またはご家族等に関する事項を正当な理由なく、第三者に漏洩しません。（守秘義務）

ただし、ご契約者に医療上の必要がある場合には、医療機関等にご契約者の心身等の情報を提供します。また、ご契約者との契約の終了に伴う援助を行う際に情報提供を必要とする場合には、ご契約者の同意を得ます。

## 6. サービスの利用に関する留意事項

### (1) 持込の制限

利用にあたり、日常生活を営む上で必要なもの以外は原則として持ち込むことができません。

### (2) 施設・設備の使用上の注意（契約書第13条、14条参照）

○共用施設、敷地をその本来の用途に従って利用して下さい。

○故意に、またはわずかな注意を払えば避けられたにもかかわらず、設備を壊したり、汚したりした場合は、ご契約者に自己負担により原状に復していただくか、又は相当の代価をお支払いいただく場合があります。

○当事業所の職員や他の利用者に対し、迷惑を及ぼすような宗教活動、政治活動、営利活動などを行うことはできません。

### (3) 喫煙

施設内の喫煙は、所定の喫煙場所で行ってください。

## 7. 損害賠償について（契約書第15条、16条参照）

当事業所において、事業者の責任によりご契約者に生じた損害については、事業者が速やかにその損害を賠償いたします。守秘義務に違反した場合も同様とします。

ただし、その損害の発生について、契約者に故意又は過失が認められる場合には、ご契約者の置かれた心身の状況を配慮して相当と認められる場合には、事業者の損害賠償責任を減じる場合があります。

## 8. 苦情の受付について（契約書第25条参照）

### (1) 当施設における苦情の受付

当施設における苦情やご相談は以下の専用窓口で受け付けます。

#### ○苦情受付担当者

[ 氏 名 ] 押野 いつか

[ 職 名 ] 生活相談員

受付時間 毎週月曜日 ～ 土曜日 9:00 ～ 17:00

TEL 079-452-6662（志方デイサービスセンター「きたの輝き」）

FAX 079-452-6663

### (2) 行政機関その他苦情受付機関

|              |       |                       |
|--------------|-------|-----------------------|
| ○国民健康保険団体連合会 | 所 在 地 | 神戸市中央区三宮町1丁目9番1-1801号 |
|              | T E L | 078-332-5617          |
|              | F A X | 078-332-5650          |
|              | 受付時間  | 9:00～17:15 月～金        |

|              |                                                                                                                                                                                                   |
|--------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| ○加古川市役所介護保険課 | <div data-bbox="671 188 1469 383"><div>所 在 地 加古川市北在家 2 3 - 1</div><div>T E L 0 7 9 - 4 2 7 - 9 1 2 3</div><div>F A X 0 7 9 - 4 2 2 - 1 4 0 3</div><div>受付時間 9 : 0 0 ~ 1 7 : 0 0 月 ~ 金</div></div> |
|--------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

令和 年 月 日 時 ～ 時  
重要事項説明書に基づき、本契約ならびに重要事項の説明を行いました。

職 名

氏 名



私は本書面に基づいて上記職員から、重要な事項の説明を受けたことを確認します。

【契 約 者】

住 所

氏 名

契約者は、署名が出来ないため、契約者本人の意思を確認のうえ、私が契約者に代わってその署名を代行します。

【署名代行者】

住 所

氏 名

(契約者との関係 )

平成29年 4月1日・・・施行  
令和 元年10月1日・・・改定  
令和 3年 4月1日・・・改定  
令和 4年 4月1日・・・改定  
令和 4年10月1日・・・改定  
令和 5年12月1日・・・改定  
令和 6年 4月1日・・・改定  
令和 6年 6月1日・・・改定  
令和 8年 8月1日・・・改定