

1. 利用料金等

※利用者が支払う基本料金は厚生労働大臣の定める介護給付費の額とします。

※基本料金は、1ヵ月分のサービス利用の合計単位数に地域区分2級地の10.72円を掛け合計金額とし、その1割を算出し利用者負担とします。その為合計金額では1日分の料金計算と若干の誤差が生じることがあります。

※介護保険2割負担、3割負担の方は(1)(2)に示す額の2倍又は3倍の負担額となります。

(1)通所介護 基本料金

通常型通所介護費(6時間以上7時間未満)	単位/回	金額/回	自己負担/回(目安)
要介護 1	572	6,131 円	614 円
要介護 2	676	7,246 円	725 円
要介護 3	780	8,361 円	837 円
要介護 4	884	9,476 円	948 円
要介護 5	988	10,591 円	1,060 円
通常型通所介護費(7時間以上8時間未満)	単位/回	金額/回	自己負担/回(目安)
要介護 1	645	6,914 円	692 円
要介護 2	761	8,157 円	816 円
要介護 3	883	9,465 円	947 円
要介護 4	1,003	10,752 円	1,076 円
要介護 5	1,124	12,049 円	1,205 円

(2)通所介護 加算料金等

	単位/回	金額/回	自己負担/回(目安)
*入浴介助加算	50	536 円	54 円
*中重度者ケア体制加算	45	482 円	49 円
*個別機能訓練加算(Ⅰ)	46	493 円	50 円
*個別機能訓練加算(Ⅱ)	56	600 円	60 円
*認知症加算	60	643 円	65 円
若年性認知症利用者受入加算	60	643 円	65 円
*栄養改善加算(3ヶ月以内、月に2回を限度)	150	1,608 円	161 円
*口腔機能向上加算(3ヶ月以内、月に2回を限度)	150	1,608 円	161 円
*サービス提供体制強化加算(Ⅰ)イ	18	192 円	20 円
*サービス提供体制強化加算(Ⅰ)ロ	12	128 円	13 円
*サービス提供体制強化加算(Ⅱ)	6	64 円	7 円
送迎を行わない場合(片道)	△ 47	-503 円	-51 円
*栄養スクリーニング加算	5 /回	53	6 円 /回
*生活機能向上連携加算(Ⅰ)	100 /月	1,072 円	108 円 /月
*生活機能向上連携加算(Ⅱ)	200 /月	2,144 円	215 円 /月
*ADL維持等加算(Ⅰ)	3 /月	32 円	4 円 /月
*ADL維持等加算(Ⅱ)	6 /月	64 円	7 円 /月

(3)介護予防・日常支援総合事業 基本料金及び加算料金等

国基準型通所サービス【一体型】	単位/月	金額/月	自己負担/月(目安)
要支援 1 事業対象者 (週1回)	1,647	17,655 円	1,766 円
要支援 2 事業対象者 (週1回)	1,688	18,095 円	1,810 円
要支援 2 事業対象者 (週2回)	3,377	36,201 円	3,621 円
*生活機能向上グループ活動加算	100	1,072 円	108 円
*運動器機能向上加算	300	3,216 円	322 円
*栄養改善加算	150	1,608 円	161 円
*口腔機能向上加算	150	1,608 円	161 円
*選択的サービス複数実施加算(Ⅰ)	480	5,145 円	515 円
*選択的サービス複数実施加算(Ⅱ)	700	7,504 円	751 円
*事業所評価加算(実績により翌年度から月に一回を限度)	120	1,286 円	129 円

*印については選択サービスとなり、介護福祉士、看護師、機能訓練指導員、歯科衛生士、管理栄養士配置や実績等により変動が生じる場合があります。

(3)その他の加算

介護職員処遇改善加算(Ⅰ)	左記(1)もしくは(2)で算定した単位数の総数×0.059
介護職員処遇改善加算(Ⅱ)	左記(1)もしくは(2)で算定した単位数の総数×0.043
介護職員処遇改善加算(Ⅲ)	左記(1)もしくは(2)で算定した単位数の総数×0.023
介護職員処遇改善加算(Ⅳ)	左記(1)もしくは(2)で算定した単位数の総数×0.021
介護職員処遇改善加算(Ⅴ)	左記(1)もしくは(2)で算定した単位数の総数×0.018

2. その他

1食 801円(昼食代、おやつ代、お茶代含む)※非課税

- ・作品材料費等 実費負担(内容により費用は異なります)
- ・外出行事等の費用等 実費負担(行事内容により費用は異なります。)
- ・喫茶等 実費負担(ジュース1本 100円、サイダー1本 60円、お菓子1個 21円)
- ・生活用品等 リハビリパンツ 1枚 100円 尿取りパット 1枚 31円

(3)キャンセル料

利用日当日に利用を中止した場合は、キャンセル料として食事代のみを支払うものとします。

ただし、前日までに連絡を下さった場合や、体調不良によるやむを得ない場合については、この限りではございません。

確 認 書

2018年 月 日

事業者 東京都町田市金井7丁目17-14
所在地 社会福祉法人 賛育会
施設名 高齢者在宅サービスセンター清風園

高齢者在宅サービスセンター清風園 利用契約書第5条別紙の内容を説明しました。

代表者名 施設長 吉田 美香 印

説明者 印

私は、高齢者在宅サービスセンター清風園契約書第5条別紙の内容の説明を受け同意しました。

利用者 住所 _____

氏名 _____ 印
(代筆者)

(代理人)

住所 _____

氏名 _____ 印
(利用者本人との関係)