

ナイトサポート清風園契約書第6条別紙

(2021.4月改訂)

夜間対応型訪問介護費（要介護1～5）

※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11.12円を掛けた額とし、

ご利用料はご利用者の自己負担割合に応じて算出した金額となります。

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。

(1)基本額料金

	単位	金額 (10割)	利用料目安 (1割)	利用料目安 (2割)	利用料目安 (3割)	
基本夜間対応型訪問介護費(1月あたり)	1,025単位	11,398円	1,140円	2,280円	3,420円	
サービス 費用	定期巡回（1回あたり）	386単位	4,292円	430円	859円	1,288円
	随時対応（Ⅰ）（1回あたり）	588単位	6,538円	654円	1,308円	1,962円
	随時対応（Ⅱ）（1回あたり）	792単位	8,807円	881円	1,762円	2,643円
24時間通報対応加算(1月あたり)	610単位	6,783円	679円	1,357円	2,035円	

(2)加算減算料金等

- サービス提供体制強化加算(Ⅰ) 22単位
サービス提供体制強化加算(Ⅱ) 18単位
サービス提供体制強化加算(Ⅲ) 6単位
- 介護職員処遇改善加算(Ⅰ) 上記(1)(2)で算定した単位数の総数×0.137
介護職員処遇改善加算(Ⅱ) 上記(1)(2)で算定した単位数の総数×0.1
介護職員処遇改善加算(Ⅲ) 上記(1)(2)で算定した単位数の総数×0.055
介護職員等特別処遇改善加算(Ⅰ) 上記(1)(2)で算定した単位数の総数×0.063
介護職員等特別処遇改善加算(Ⅱ) 上記(1)(2)で算定した単位数の総数×0.042
- 事業所と同一建物内への訪問 所定単位数の10%を減算

(3)キャンセル料

利用者が定期巡回サービス実施の24時間前迄に通知することなく、サービス中止を申し出た場合は料金(定期巡回サービス費用)の1割を請求させていただきます。ただし、サービス利用直前に利用者に入院等のやむを得ない事情がある場合、キャンセル料は請求しないものとします。

(4)利用料の支払い

事業所は、当月の料金の合計額の請求書に明細を付して、原則翌々月15日までに利用者へ送付します。

利用者は、当月の料金の合計額を翌々月27日までに原則口座振替の方法で支払います。

確 認 書

年 月 日

ナイトサポート清風園 利用契約書第6条別紙について説明しました。

【事業者】 所在地 東京都町田市金井7丁目17番20号
施設名 社会福祉法人賛育会 ナイトサポート清風園
管理者 木 口 圭 子 印
説明者 ナイトサポート清風園
氏 名 印

私は、ナイトサポート清風園 第6条別紙について説明を受け同意しました。

【利用者】 住 所
氏 名 印
代筆者
氏 名 印
(利用者本人との関係)
家族代表者
住 所
氏 名 印
(続柄)