

**別表 1**

**「指定居宅サービス」重要事項説明書  
～通所介護・予防通所介護～**

(ii) サービス利用料金（1日あたり）（契約書第10条参照）

下記の料金表によって、ご契約者の要介護度に応じたサービス利用料金から介護保険給付費額を除いた金額（自己負担額）をお支払い下さい。（サービスの利用料金は、ご契約者の要介護度に応じて異なります。）

※下記の表は見方

→**単位**の列で『現在』の部分は21年3月以前の料金。

**1 2**と記入している部分は、サービス提供体制強化加算Ⅰを取得した場合。

**6**と記入している部分は、サービス提供体制強化加算Ⅲを取得した場合。

**○通所介護**

	単位	要介護度 1	要介護度 2	要介護度 3	要介護度 4	要介護度 5
1. ご契約者の要介護度とサービス利用料金	現在	7,176 円	8,363 円	9,550 円	10,737 円	11,925 円
	12	7,200 円	8,370 円	9,540 円	10,711 円	11,881 円
	6	7,137 円	8,307 円	9,478 円	10,648 円	11,818 円
2. うち、介護保険から 給付される金額	現在	6,458 円	7,526 円	8,595 円	9,663 円	10,732 円
	12	6,480 円	7,533 円	8,586 円	9,639 円	10,692 円
	6	6,423 円	7,476 円	8,530 円	9,583 円	10,636 円
3. サービス利用に係る 自己負担（1-2）	現在	718 円	837 円	955 円	1,074 円	1,193 円
	12	720 円	837 円	954 円	1,072 円	1,189 円
	6	714 円	831 円	948 円	1,065 円	1,182 円

☆ご契約者が未だ要介護認定を受けていない場合には、サービス利用料金の全額をいったんお支払いいただきます。要支援又は要介護の認定を受けた後、自己負担額を除く金額が介護保険から払い戻されます（償還払い）。また、居宅サービス計画が作成されていない場合も償還払いとなります。償還払いとなる場合、ご契約者が保険給付の申請を行うために必要となる事項を記載した「サービス提供証明書」を交付します。

☆ご契約者に提供する食事に係る費用は別途いただきます。

- ・ 介護保険からの給付額に変更があった場合、変更された額に合わせて、ご契約者の負担額を変更します。
- ・ 契約者が介護保険料に未納がある場合には、自己負担額については上表と異なることがあります。

☆ご契約者に施設より提供したオムツに係る費用は別途いただきます。

- ・ ご契約者が通所介護中にご使用になるオムツは、原則としてご自宅からご持参いただき

ます。やむを得ず施設よりオムツを提供した場合は、同じタイプのものを返却いただくか、もしくはそれに係る実費をいただくこととなります。

リハビリパンツ・・・1枚 140円

尿とりパット・・・1枚 40円

#### 介護予防通所介護

※下記の表の見方

→**単位**の列で『現在』の部分は21年3月以前の料金。

48と記入している部分は、サービス提供体制強化加算Ⅰを取得した場合。

**24**と記入している部分は、サービス提供体制強化加算Ⅲを取得した場合。

	単位	要支援1	単位	要支援2
1. ご契約者の要介護度とサービス利用料金	現在	23,595円		46,141円
	48	23,763円	96	46,492円
	24	23,512円	48	45,990円
2. うち、介護保険から給付される金額	現在	21,235円		41,526円
	48	21,386円	96	41,842円
	24	21,160円	48	41,391円
3. サービス利用に係る自己負担(1-2)	現在	2,360円		4,615円
	48	2,377円	96	4,650円
	24	2,352円	48	4,599円

加算（原則全員対象：サービス料金表に含まれているもの）

種類	内容	単位数
サービス提供体制強化加算Ⅰ	介護福祉士40%以上配置	12単位 要支援1は48単位 要支援2は96単位
サービス提供体制強化加算Ⅲ	3年以上の勤続年数のある職員が30%以上配置。	6単位 要支援1は24単位 要支援2は48単位

その他各種加算（該当者：サービス料金表に加算）

種類	内容	単位数
入浴加算	入浴介助を行った場合。	50単位

若年性認知症利用者受入加算	初老期における認知症のある入所者を受け入れた場合。	60単位 予防240単位
個別機能訓練加算Ⅰ	機能訓練士の配置し機能訓練を行った場合。	27単位
個別機能訓練加算Ⅱ	Ⅰに加えて多職種協働のプランを作成・実行し、グループにわけて訓練等を行った場合。	42単位
栄養改善加算	管理栄養士配置。多職種協働のプラン作成・実行の場合。	150単位 1月2回
○口腔機能向上加算	口腔機能改善管理指導計画作成・実行の場合。	150単位 1月2回
○アクティビティ加算	集団レク等を含む計画書作成・実行の場合。	53単位
○運動器機能向上加算	機能訓練士の配置し多職種協働での機能訓練を行った場合。	225単位

食事については 1日 600円 (全額本人負担)

☆ご契約者が未だ要介護認定を受けていない場合には、サービス利用料金の全額をいったんお支払いいただきます。要支援又は要介護の認定を受けた後、自己負担額を除く金額が介護保険から払い戻されます(償還払い)。また、居宅サービス計画が作成されていない場合も償還払いとなります。償還払いとなる場合、ご契約者が保険給付の申請を行うために必要となる事項を記載した「サービス提供証明書」を交付します。

☆ご契約者に提供する食事に係る費用は別途いただきます。

- ・ 介護保険からの給付額に変更のあった場合、変更された額に合わせて、ご契約者の負担額を変更します。
- ・ 契約者が介護保険料に未納がある場合には、自己負担額については上表と異なることがあります。

☆ご契約者に施設より提供したオムツに係る費用は別途いただきます。

ご契約者が通所介護中にご使用になるオムツは、原則としてご自宅からご持参いただきます。やむを得ず施設よりオムツを提供した場合は、同じタイプのものを返却いただくか、もしくはそれに係る実費をいただくこととなります。

リハビリパンツ・・・1枚 140円

尿とりパット・・・1枚 40円

# 変更同意書

介護保険からの給付額に変更により事業者から「別表 1」の説明を受け、指定居宅サービスの提供開始に同意します。

平成 年 月 日

事業者 社会福祉法人 大慈厚生事業会  
理事長 松井尚子

契約者名（利用者） 印

署名代行者名（代理人等） 印

説明者（職種・氏名） 印