

## 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。）

#### ○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	2～3 時間未満	3,130 円	3,556 円	3,993 円	4,419 円	4,845 円
	3～5 時間未満	4,419 円	5,026 円	5,643 円	6,250 円	6,868 円
	5～7 時間未満	6,580 円	7,720 円	8,859 円	9,998 円	11,138 円
	7～9 時間未満	7,528 円	8,827 円	10,180 円	11,532 円	12,874 円
2. うち、介護保険から給付される金額	2～3 時間未満	2,817 円	3,200 円	3,593 円	3,977 円	4,360 円
	3～5 時間未満	3,977 円	4,523 円	5,078 円	5,625 円	6,181 円
	5～7 時間未満	5,922 円	6,948 円	7,973 円	8,998 円	10,024 円
	7～9 時間未満	6,775 円	7,944 円	9,162 円	10,378 円	11,586 円
3. サービス利用に係る自己負担(1-2)	2～3 時間未満	<b>313 円</b>	<b>356 円</b>	<b>400 円</b>	<b>442 円</b>	<b>485 円</b>
	3～5 時間未満	<b>442 円</b>	<b>503 円</b>	<b>565 円</b>	<b>625 円</b>	<b>687 円</b>
	5～7 時間未満	<b>658 円</b>	<b>772 円</b>	<b>886 円</b>	<b>1,000 円</b>	<b>1,114 円</b>
	7～9 時間未満	<b>753 円</b>	<b>883 円</b>	<b>1,018 円</b>	<b>1,154 円</b>	<b>1,288 円</b>

☆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

## 介護予防通所介護

		要支援1	要支援2
1. ご契約者の要介護度とサービス利用料金	新	23,032円	46,129円
2. うち、介護保険から給付される金額	新	20,728円	41,516円
3. サービス利用に係る自己負担(1-2)	新	<b>2,304円</b>	<b>4,613円</b>

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
介護職員処遇改善加算	介護職員に対し、給与・待遇面の向上やキャリアアップ制度策定を行った場合。	単位×1.9%

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
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	常勤専従の機能訓練士を配置し、計画及び機能訓練を行った場合。	42単位

個別機能訓練加算Ⅱ	専ら機能訓練士を配置し、心身の状況に応じた計画と実行。	50単位
入浴加算	入浴介助を行った場合。	50単位
利用者の住居と同一建物に所在する事業所に対する減算	同左	-94単位 要支援1 -376単位 要支援2 -752単位
延長（9～10時間未満）	7～9時間未満のサービス時間帯を選択された方で、延長を希望された場合。	+50単位
延長（10～11時間未満）		+100単位
延長（11～12時間未満）		+150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/回 (予防は/月)
○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/回 (予防は/月)
○生活機能向上グループ活動加算	生活機能の向上を目的とし、グループで週1回以上実施した場合。	100単位 週1回
○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/月
○選択的サービス複数実施加算Ⅰ	運動・栄養・口腔のうち、2種類のサービスを実施した場合。（月に2回以上実施）	480単位/月
○選択的サービス複数実施加算Ⅱ	運動・栄養・口腔のうち、3種類全てのサービスを実施した場合。（月に2回以上実施）	700単位/月

食事については、1回600円いただきます。

☆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  
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  
大慈デイサービスセンター

施設長 重光雄明

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