

1.利用料金（利用者負担金）

(1) 介護保険対象

①基本サービス費

【要介護の方】（1日あたり）

【単位：円】

	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
1割負担	655	773	896	1,018	1,142
2割負担	1,310	1,546	1,792	2,036	2,284
3割負担	1,965	2,319	2,688	3,054	3,426

【要支援の方】（1月あたり）

【単位：円】

	要支援1	要支援2
1割負担	1,672	3,428
2割負担	3,344	6,856
3割負担	5,016	10,284

②加算・減算

【単位：円】

加算・減算名等	料金			算定 単位
	1割負担	2割負担	3割負担	
サービス提供体制加算（Ⅰ）				
・要介護の方	22	44	66	1回あたり
・要支援1の方	88	176	264	1月あたり
・要支援2の方	176	352	528	
入浴介助加算（Ⅰ）（※1）	40	80	120	1回あたり
入浴介助加算（Ⅱ）（※1）	55	110	165	1回あたり
栄養改善加算（※1）	200	400	600	月2回まで
栄養アセスメント加算	50	100	150	注1) 1月あたり
口腔・栄養スクリーニング加算（Ⅰ）	20	40	60	6ヶ月ごと
口腔・栄養スクリーニング加算（Ⅱ）	5	10	15	6ヶ月ごと
要介護の方のみ、利用者に対し利用開始日及び利用中6ヶ月ごとに栄養状態について確認を行い、当該利用者に係る情報（医師・歯科医師・管理栄養士などへの相談提言を含む）を介護支援専門員に文書で共有した場合。6月に1回を限度 ※栄養アセスメント加算と併算定。				

個別機能訓練加算（Ⅰ）イ（※1）	56	112	168	1回あたり
個別機能訓練加算（Ⅰ）ロ（※1）	85	170	255	1回あたり
個別機能訓練加算（Ⅱ）（※1）	20	40	60	注1）1月あたり
ADL維持等加算（Ⅰ）（※1）	30	60	90	注2）1月あたり
ADL維持等加算（Ⅱ）（※1）	60	120	180	
認知症加算（※1）	60	120	180	1日あたり
若年性認知症利用者受入加算				
・要介護の方	60	120	180	1日あたり
・要支援の方	240	480	720	1月あたり
第2号被保険者であり、若年性認知症利用者に対して個別に担当者を定めた場合。				
科学的介護推進体制加算	40	80	120	注1）1月あたり
事業所評価加算（※2）	120	240	360	注2）1月あたり
運動器機能向上加算（※2）	225	450	675	1月あたり
選択的サービス複数実施加算（※2）				
・2種類	480	960	1,440	
・3種類	700	1,400	2,100	
生活機能向上グループ活動加算（※2）	100	200	300	
同一建物減算				
・要介護の方	94	188	282	1日あたり
・要支援1の方	376	752	1,128	1月あたり
・要支援2の方	752	1,504	2,256	
片道送迎減算（※1）	47	94	141	片道あたり
介護職員処遇改善加算Ⅰ	基本サービス費に加算及び減算を加えた総額の5.9%			
介護職員等特定処遇改善加算Ⅰ	基本サービス費に加算及び減算を加えた総額の1.2%			
介護職員等ベースアップ等支援加算	基本サービス費に加算及び減算を加えた総額の1.1%			

（※1）は要介護の方、（※2）は要支援の方のみ算定

注1）厚生労働省へ所定のデータを提出することにより加算されます。

注2）要件を満たせば翌年度に加算されます。

(2) 介護保険対象外

【単位：円】

項 目	内 訳			備 考
食 事 代	昼 食	お や つ	夕 食	提供する食事に要する費用（1食あたり）
	600	110	690	
おむつ代 等	紙おむつ	紙パンツ	尿取パッド	使用されるおむつに要する費用（1枚あたり）
	200	200	100	
行事代等	実際に要した額			行事、レクリエーション等に要する費用

2.キャンセル料

キャンセル料は、利用者負担の支払いに合わせてお支払いいただきます。

キャンセルの連絡をした日	キャンセル料
サービス利用日の前日まで	無料
サービス利用日の当日	利用者負担金の100%

3.その他

利用料の減免、支払い方法については重要事項説明書をご確認ください。

□ 初回に持参していただくもの

	チェック	必要なもの	摘要
必須	<input type="checkbox"/>	各種保険証	介護保険被保険者証、後期高齢者医療被保険者証 等
	<input type="checkbox"/>	各種手帳	被爆者健康手帳 等利用料の減額に係るもの
	<input type="checkbox"/>	印鑑	
必要な方のみ	<input type="checkbox"/>	着替え	入浴後に着替えが必要な場合
	<input type="checkbox"/>	薬	使用中の内服薬や外用薬のある場合
	<input type="checkbox"/>	薬の説明書き	コピーして返却します
	<input type="checkbox"/>	自助具類	箸、スプーン、皿など、自宅で使用中の自助具
	<input type="checkbox"/>	紙おむつ類	事業所でも有料でご用意できます
	<input type="checkbox"/>	その他	必要な日用品 等

- * 石鹸類、タオル類は、当事業所でご用意致します。
- * 他の利用者の持参物と取り紛れることもありますので、上記以外の持参物は最小限にお願い致します。
- * おやつや必要以上の金銭、貴金属類の持参はご遠慮ください。
- * 初回の利用の際に、連絡袋と連絡帳をお渡します。2回目以降の利用時にお持ちください。

□ 初回の送迎時刻

_____ 月 _____ 日 (_____ 曜日)

お迎えは _____ : _____ 頃に、ご自宅にお迎えに伺います。

お帰りは _____ : _____ 頃に、ご自宅にお送りいたします。

- * 上記の時刻は交通事情等により、多少時間が前後する場合がございますので、予めご了承ください。

□ その他

- * レクリエーションや健康体操を行っていますので、利用に際しては身体を動かしやすい服装・靴(ヒールのないもの)でお越しください。
- * 見学の方はお一人につき710円の昼食代(おやつ代含む)が必要となります。