

(介護予防)認知症対応型通所介護すずらん 利用料金表

事業者より説明がありました改正介護保険法(平成29年4月からの利用料変更)について下記の通り同意します。

1・介護報酬に関わる費用(利用者負担1割分)

(伊勢原市地域加算 10.55)

項目	1日あたりの単位・金額(円)				内容	
	介護度	単位	1割	2割		
①基本額	要介護	要支援1	852 単位	899 円	1,798 円	7時間以上9時間未満のサービス提供に対する1日あたりの単位 (回数に応じて合計金額に変動あり)
		要支援2	952 単位	1,005 円	2,009 円	
		介護度1	985 単位	1,040 円	2,079 円	
		介護度2	1092 単位	1,152 円	2,304 円	
		介護度3	1199 単位	1,265 円	2,530 円	
		介護度4	1307 単位	1,379 円	2,758 円	
②加算額	要介護	入浴介助	50 単位	53 円	106 円	入浴介助を行った場合
		サービス提供体制強化加算 I	18 単位	19 円	38 円	介護職の総数の内、介護福祉士が50%以上の配
		介護職員処遇改善加算 I	1ヶ月の総単位数×地域加算(10.55)×1割又は2割×加算率(10.4%)			

※ 家族送迎等の場合、片道47単位(片道1割¥50 片道2割¥100)減算になります。

2・運営基準で定められた「その他の費用」(利用者負担10割分)

項目	金額		内容
①食事代	昼食代	750 円	1食あたり
②オムツ代	紙おむつ・はける紙パンツM	110 円	1枚あたりの料金 利用者の希望で提供した場合 (持参した場合は、無料)
	はけるパンツL	125 円	
	尿とりパット	45 円	
	尿とりパットスーパー	50 円	
	ワイドパット	55 円	
③汚物処理代		50 円	オムツ等使用した方1日あたりの料金
④当日利用キャンセル食材費	当日キャンセル食材費	300 円	当日8:30以降に利用キャンセルをされた場合

3・通常のサービス提供の範囲を超える費用(利用者負担10割分)

項目	金額		内容
①行事代等	実費	円	ご利用日に行事があった場合
②サークル活動	実費	円	材料費相当分

* 上記の同意を証する為、本書を2部作成し、事業者・ご利用者様のご署名捺印又は記名捺印の上、各1部を保有するものとします。

平成 年 月 日

<ご利用者>

<事業者説明者>

住所 _____

認知対応型通所介護すずらん

氏名 _____ 印

相談員 河内 利恵

<代理人>

<事業者>

住所 _____

社会福祉法人 松友会

理事長 上田 慎子 _____ 印

氏名 _____ 印

★1ヶ月の利用料金計算方法

予防

①

基本料金(月額)	加算(月額)	A
<input type="text"/> 円	+ <input type="text"/> 円	= <input type="text"/> 円

要介護

①

基本料金	入浴	加算	利用回数	A
<input type="text"/> 円	+ <input type="text"/> 円	+ <input type="text"/> 円	= <input type="text"/> 円 × <input type="text"/>	= <input type="text"/> 円

②

基本料金	入浴	加算	利用回数	B
<input type="text"/> 単位	+ <input type="text"/> 単位	+ <input type="text"/> 単位	= <input type="text"/> 単位 × <input type="text"/>	= <input type="text"/>

B

③

<input type="text"/>	× 地域加算(10.55) × (10%・20%) × 10.4%	=	<input type="text"/> 円	C
----------------------	-----------------------------------	---	------------------------	---

④

昼食	利用回数	D
<input type="text"/> 円 × <input type="text"/>	=	<input type="text"/> 円

A	C	D	1ヶ月の利用料金
<input type="text"/> 円	+ <input type="text"/> 円	+ <input type="text"/> 円	= <input type="text"/>