

介護保険自己負担分(利用者負担) 1ヶ月定額制です				地域加算 1単位=10.55円	
介護度	単位数	自己負担金			
		1割	2割	3割	
要支援1	3450 単位	3,640 円	7,280 円	10,919 円	*小規模多機能型居宅介護は利用登録制で定額制です。
要支援2	6972 単位	7,356 円	14,711 円	22,067 円	
要介護1	10458 単位	11,033 円	22,066 円	33,100 円	*1ヶ月のうちに、ケアプランにそって、通い、宿泊、訪問などを組み合わせて使うことが出来ます。
要介護2	15370 単位	16,215 円	32,431 円	48,646 円	
要介護3	22359 単位	23,589 円	47,177 円	70,766 円	*月の途中でのご利用については日割り計算となります。
要介護4	24677 単位	26,034 円	52,068 円	78,103 円	*利用料の引落日は、翌月28日になります。
要介護5	27209 単位	28,706 円	57,411 円	86,117 円	*どちらの金融機関からもご利用いただけます。
認知症加算Ⅲ	760 単位	802 円	1,604 円	2,405 円	*介護認定調査時の主治医の意見書で、認知症高齢者の日常生活自立度がⅢ以上の場合加算されます。
認知症加算Ⅳ	460 単位	485 円	971 円	1,456 円	*要介護度2の方に限り、介護認定調査時の主治医の意見書で、認知症高齢者の日常生活自立度がⅡ以上の場合加算されます。
サービス提供体制強化加算Ⅰイ	750 単位	791 円	1,582 円	2,373 円	*介護職の内、介護福祉士の割合が70%以上
看護職員配置加算Ⅱ	700 単位	739 円	1,477 円	2216 円	※常勤専従の準看護職員を1名以上配置している事業所に加算されます
生産性向上体制推進加算Ⅱ	10 単位	10 円	21 円	31 円	*更なる介護サービスの質の向上を図るため、処遇改善や生産性向上による職場環境の改善に向けた先進的な取組を推進している。
総合マネジメント体制強化加算	1,200 単位	1,266 円	2,532 円	3,798 円	*個別サービス計画について、随時適切に見直しを行い支援を実施している場合加算されます。
訪問体制強化加算	1,000 単位	1,055 円	2,110 円	3,165 円	*訪問にあたる常勤職員2名以上、月の平均訪問回数200回以上の事業所に加算されます。要介護1～要介護5の方が対象となります。
科学的介護推進体制加算Ⅰ	40 単位	42 円	84 円	126 円	*利用者の状況等を厚生労働省へ提出し、有効に活用してる
介護職員処遇改善加算Ⅰロ	総単位数×地域加算×1割又は2割又は3割分×18.6%				*厚生労働大臣が定める基準で、質の向上を継続的に管理した場合。
初期加算	30 単位	32 円	63 円	95 円	*ご利用開始から30日間に限り、加算されます。
入居一時金			0 円		※小規模多機能型居宅介護はご自宅を拠点としたサービス提供のため、特段の事情等により宿泊が1ヶ月を超える場合でも、一時金・預り金はありません。
預かり金			0 円		
* 介護保険自己負担分に加えて1日あたりにかかる費用(自費)					
滞在費			1,600 円		*宿泊をご利用時、滞在費を頂きます。
朝食代			400 円		*食事代には、食材料費・消耗品費・光熱費等が含まれています。
昼食代			850 円		*昼食代にはおやつ代が含まれています。行事食等、特別食の時には実費相当分をいただきます。9:30以降のキャンセルについては費用が発生します。
夕食代			700 円		
ゴミ処理費		通い 50円/宿泊 100			*事業所のゴミ処理料(産業廃棄物のため業者引き取り)。
リネン代			66 円		*実費相当分(業者委託)
レクリエーション材料費			20 円		*脳トレ、手作業、運動レク、プリント等の材料費を含みます。
* その他の費用(自費) ご利用者の状況やご希望に応じてかかります。					
医療費			実費		
おむつ、尿パット代			実費		
理美容代			実費		
入院、通院院内介助 (伊勢原市内)	30分未満		2540円		
	30分～60分未満		4020円		
	60分～90分未満		5840円		
	90分以降～		5840円+30分につき830円の加算		
	※市外の病院の場合は、ガソリン代を実費相当分				
その他、日常生活上必要と思われるもの			実費		

2026年6月より制度改正に伴い、運営規定及び重要事項説明書記載の料金が一部変更となることについて、

上記内容について本紙により説明を受け、承諾・同意をし交付を受けました。

年 月 日

ご利用者

住所

氏名

代理人氏名