

ご利用者【 】様

大規模事業所Ⅱ

通所介護相当サービス料金表（介護保険一部負担内容）

	算定項目	単位	適用(単価)
事業対象者・ 要支援1・要支援2	月の利用が4回以上の場合 /月	1,745	
	/回	401	
事業対象者・要支援2	月の利用が8回以上の場合 /月	3,577	
	/回	413	

加算 / 選択的サービス		単位	1月適用(単価)
運動器機能向上加算	1月につき	225	
栄養改善加算	1月につき	150	
口腔機能向上加算	1月につき	150	
選択的サービス複数実施加算Ⅰ	上記3つの加算のうち、2つを実施した場合	480	
選択的サービス複数実施加算Ⅱ	上記3つの加算のうち、3つを実施した場合	700	
栄養スクリーニング加算	6月に1回を限度	5	
若年性認知症利用者受入加算	1月につき	240	
生活機能向上グループ活動加算		100	
事業所評価加算		120	
サービス提供体制強化加算(Ⅰ)イ	事業対象者・要支援1(1月つき)	72	
	要支援2(週1回程度)(1月つき)	72	
	事業者対象者・要支援2(週2回程度)(1月つき)	144	
介護職員処遇改善(Ⅰ)		5.90%	
介護職員等特定処遇改善(Ⅰ)		1.20%	
介護職員等特定処遇改善(Ⅱ)		1.00%	

その他の費用(利用者10割負担)(単位:円)

項目	金額(税込)	内容
食費	660	一食あたりの料金
リハビリパンツ代	110	一枚あたりの料金
尿取りパッド代	33	
フェイスタオル	28	
バスタオル	88	
その他の食費	費用の実費	個人の希望により支払った個人の飲食の費用
その他の身の回り品の費用		個人の希望により購入した個人が使用する日用品等(歯ブラシ,化粧品等)
教養娯楽費		個人の希望により参加した活動や行事における個人の移動費,材料費など
1月適用(単位:円)		円 (実費分)

1割負担 2割負担 3割負担

1月利用料 約

円

※利用金額は、総単位数に地域加算(10.54 4級地)を乗じた額となります。

上記の内容について、_____より説明を受け、同意し、交付を受けました。

年 月 日

ご本人

印

ご家族

印