

「別紙 重要事項説明書 サービス料金表」

地域密着型通所介護サービスご利用者様向け【令和元年10月版】

ご利用料金は、下記の「1. 地域密着型通所介護費」、「2. 加算等」、「3. その他の費用」の合計額となります。

1. 地域密着型通所介護費（1回につき）

サービス提供区分		単位数	介護報酬額	ご利用者様負担額		
				1割	2割	3割
3時間以上4時間未満	要介護1	409	4,200円	420円	840円	1,260円
	要介護2	469	4,816円	482円	964円	1,445円
	要介護3	530	5,443円	545円	1,089円	1,633円
	要介護4	589	6,049円	605円	1,210円	1,815円
	要介護5	651	6,685円	669円	1,337円	2,006円
2時間以上3時間未満	要介護1	300	3,081円	309円	617円	925円
	要介護2	344	3,532円	354円	707円	1,060円
	要介護3	389	3,995円	400円	799円	1,199円
	要介護4	432	4,436円	444円	888円	1,331円
	要介護5	477	4,898円	490円	980円	1,470円

2. 加算等（※下表の「算定回数等」をご確認ください）

加算名称	単位数	介護報酬額	ご利用者様負担割合		算定回数等
			1割	2割	
① 個別機能訓練加算（Ⅱ）	56	575円	1割	58円	個別機能訓練を実施した日数
			2割	115円	
			3割	173円	
② 口腔機能向上加算	150	1,540円	1割	154円	実施した回数 1月に2回を限度
			2割	308円	
			3割	462円	
③ 生活機能向上連携加算	100	1,027円	1割	103円	1月に1回
			2割	206円	
			3割	309円	
④ サービス提供体制強化加算（Ⅰ）イ	18	184円	1割	19円	1回につき
			2割	37円	
			3割	56円	
⑤ 送迎を行わない場合の減算	-47	-482円	1割	-49円	片道につき
			2割	-97円	
			3割	-145円	

2. 加算等つづき

加算名称	単位数	介護報酬額	ご利用者様	算定回数等
			負担割合	
⑥ 介護職員 処遇改善加算 (I)	所定単位数 (※) の 5.9 % を加算		1 月につき	
⑦ 介護職員等 特定処遇改善加算 (I)	所定単位数 (※) の 1.2 % を加算			

※ 所定単位数：地域密着通所介護費の単位数と①～⑤の加算・減算の単位数の合計

金額は、介護報酬の単位数に地域区分の係数（6級地：10.27）を乗じ、求めています。1ヶ月あたりのご負担額は、総利用単位数に地域区分の係数を乗じたものから保険請求分を差し引いたものになりますので、実際のご負担額は1回あたりのご利用料×回数とは異なります。

(1) 要介護認定を受けていない場合について

ご利用者様が要介護認定を受けていない場合、介護報酬額全額をお支払いいただくことがございます。要介護又は要支援の認定を受けた後、自己負担金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、ご利用者様が保険給付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。

(2) 介護保険関連法令の改正等による料金の変更について

介護保険関連法令の改正等により介護保険の給付額に変更があった場合、変更された額に合わせて、ご利用料金の金額を変更します。その際は、別紙にてご案内、同意書にて変更料金についてのご同意を頂いた上で、ご利用料金を請求いたします。

3. その他の費用

(1) 送迎費

ご利用者様の居宅が、通常の事業の実施地域以外の場合、運営規程の定めに基づき、以下の交通費を請求することがございます。

通常の事業の実施地域を超えた地点から10キロメートル未満	500円／1回・往復
通常の事業の実施地域を超えた地点から10キロメートル以上	600円／1回・往復

(2) キャンセル料

サービスの利用をキャンセルされる場合、キャンセルの連絡をいただいた時間に応じて、下記のキャンセル料を請求することがございます。但し、ご利用者様の体調不良等やむを得ない事由等がある場合はその限りではございません。

1時間前までのご連絡	キャンセル料は不要です
1時間前までにご連絡のない場合	1提供あたりの料金の10%を請求いたします