

【重要事項説明書・別紙1】

○ 料金規程

1. 基本料金(厚生労働大臣の定める基準による。)

【1月あたり】

区 分	介護報酬告示額				円換算 (1単位 =10.17)	利用者 負担① (1割)
	サービス費	看護職員 配置加算Ⅱ	提供体制 強化加算Ⅲ	合 計		
	(単位)	(単位)	(単位)	(単位)	(円)	(円)
要支援1	3,403		350	3,753	38,168	3,817
要支援2	6,877		350	7,227	73,498	7,350
要介護1	10,320	700	350	11,370	115,632	11,564
要介護2	15,167	700	350	16,217	164,926	16,493
要介護3	22,062	700	350	23,112	235,049	23,505
要介護4	24,350	700	350	25,400	258,318	25,832
要介護5	26,849	700	350	27,899	283,732	28,374

\*1 上表は一般的料金であり、個別に、加算等の増減があります。

\*2 当施設は介護職員処遇改善加算(Ⅰ)に該当する施設であり、上表及び\*1による加算額を合計した単位数に1000分の76を乗じた単位数(利用者負担額)を加算いたします。

※ ①が、法定代理受領サービスの場合の利用者負担額(通常は1割)となります。ただし、保険料の滞納等により保険給付金が直接事業者を支払われない場合にあつては、いったん介護報酬告示額にある料金をいただき、サービス提供証明書を発行しますので、これを後日市町村の窓口に出しますと、差額の払戻しを受けることができます。

2. その他の料金

区 分	内 容 等
食費	1食あたり、朝食 350円、昼食(おやつ込) 580円、夕食 450円 ※ 献立外の特別食については実費相当額をいただきます。
宿泊費	1,970円/泊
理美容代	・カット 1,000円    ・カラー 3,000円    ・パーマ 3,500円
おむつ代	・パッドタイプ 25円    ・フラットタイプ 40円 ・テープ式パンツタイプ 100円    ・パンツタイプ 100円
その他の日常生活費	健康管理費    実費(予防接種等)
その他の費用	文書料    実費(規定による。) ※ その他、実費によりお支払いいただきます。
通常地域外交通費	実費

これらの費用の支払いを受ける場合は、利用者又はその家族に対し事前に文書でその内容と費用の額の説明を行い、支払いに同意する旨の文書に署名捺印をいただきます。

3. 料金の支払方法

料金は、月ごとの清算とし、毎月末で締め、翌月5日までに請求しますので、請求月の15日までに、以下のいずれかによりお支払いください。なお、支払いに係る手数料は利用者負担でお願いいたします。また当事業所は、料金の支払を受けたときは領収書を発行します。再発行できませんので大切に保管ください。

【小規模多機能じゅげむ】