

重要事項説明書別紙

第一号訪問事業サービス料金

当社が提供する第一号訪問事業サービスの利用料及び、お客様にご負担頂く金額は次の通りです。尚、この金額は公的介護保険の利用料に基づくものです。

【料金表】（お客様負担額は負担割合が1割の場合です）

1) 予防型身体ヘルプ・・・身体介護、生活援助

サービス名	利用回数等	基本単位数	処遇改善加算	お客様負担額	対象者
予防型身体ヘルプサービスⅠ	週1回程度 (月4回まで)	287 単位/回	64 単位/回	359 円/回	要支援1、2 事業対象者
予防型身体ヘルプサービスⅡ	週2回程度 (月5～8回)	287 単位/回	64 単位/回	359 円/回	要支援1、2 事業対象者
予防型身体ヘルプサービスⅢ	週3回程度 (月9～12回)	287 単位/回	64 単位/回	359 円/回	要支援2

(1 単位は 10.21 円です)

2) 生活援助ヘルプ・・・生活援助

サービス名	利用回数等	基本単位数	処遇改善加算	お客様負担額	対象者
生活援助ヘルプサービスⅠ	週1回程度 (月5回まで)	220 単位/回	49 単位/回	275 円/回	要支援1、2 事業対象者
生活援助ヘルプサービスⅡ	週2回程度 (月10回まで)	220 単位/回	49 単位/回	275 円/回	要支援1、2 事業対象者
生活援助ヘルプサービスⅢ	週3回程度 (月15回まで)	220 単位/回	49 単位/回	275 円/回	要支援2

(1 単位は 10.21 円です)

3) 包括報酬型・・・予防型身体ヘルプのみまたは生活援助ヘルプとの組合せで、上限額を超えた場合

サービス名	利用回数等	基本単位数	処遇改善加算	お客様負担額	対象者
包括報酬型サービスⅠ	週1回程度	1,176 単位/月	278 単位/月	1,485 円/月	要支援1、2 事業対象者
包括報酬型サービスⅡ	週2回程度	2,349 単位/月	556 単位/月	2,966 円/月	要支援1、2 事業対象者
包括報酬型サービスⅢ	週3回程度	3,727 単位/月	834 単位/月	4,657 円/月	要支援2

(1 単位は 10.21 円です)

備考:ご利用料金については、1回あたりの料金制または月定額制となっております。

サービス時間は、1回45分以上です。

サービスの選定に関しては、あらかじめ第一号訪問事業支援事業者による適切なアセスメントにより作成された第一号訪問事業サービス計画書において、サービス担当者会議等によって得られた専門的見地からの意見を勘案し、サービス内容と標準的に想定される1週あたりのサービス提供頻度に基づき提案致します。

【初回加算】 200 単位/月

新規に第一号訪問事業計画を作成した利用者に対して、初回に実施したサービスと同月内に、サービス提供責任者が、自らサービスを行う場合又は他の訪問介護員がサービスを行う際に同行訪問した場合に加算致します。

【生活機能向上連携加算】 100 単位/月

当該理学療法士等と連携して訪問介護計画に基づくサービスを提供した場合に加算致します。

【お客様のご負担額】

ご利用されるサービスが公的介護保険の適用を受ける場合、お客様には介護保険による給付金額を差し引いた差額分をご負担頂きます。

例)負担割合 1 割の方が予防型身体ヘルプサービス I を 4 回利用された場合

(残りの 9 割(1 円未満切り捨て)が介護保険による給付となります)

【処遇改善を加算した合計単位数】(287 単位 + 64 単位) × 4 回 = 1,404 単位

【ご利用料金全額】1,404 単位 × 10.21 円[1 単位に対する単価] = 14,334 円

【ご負担額】 14,334 円 - (14,334 円 × 9 割) = 1,434 円

※ 公的介護保険の適用がある場合には、消費税は非課税です。

※ お客様の負担割合は、諸条件により1割以外(2割又は3割)となる場合があります。

※ お客様が要支援認定を受けていない場合または第一号訪問事業サービス計画が作成されていない場合には、サービス利用料の全額をお支払い頂きます。(要支援認定後又は第一号訪問事業サービス計画作成後、自己負担分を除く金額が公的介護保険からお客様へ直接払戻されます。(償還払い))

年 月 日