

重要事項説明書別紙

第一号通所事業サービス料金

当社が提供する第一号通所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1:保険対象のサービス】（お客様負担額は負担割合が1割の場合です）

サービス名	対象者 利用回数	単位数	処遇改善加算	お客様負担額
1週当たりの標準的な回数を定める場合				
通所型独自 サービス11	事業対象者、要支援1	1,798 単位/月	162 単位/月	1,988 円/月
通所型独自 サービス12	事業対象者、要支援2	3,621 単位/回	326 単位/回	4,003 円/回
1月当たりの回数を定める場合				
通所型独自 サービス21	事業対象者、要支援1 1月に4回まで	436 単位/月	39 単位/月	482 円/月
通所型独自 サービス22	事業対象者、要支援2 1月に8回まで	447 単位/回	40 単位/回	494 円/回

(1 単位は 10.14 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。

処遇改善加算は基本単位数の9%です。

各区分の位置づけに関しては、あらかじめ、指定第一号通所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通所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月あたりのサービス提供頻度に基づき提案致します。

【料金表2:保険対象以外のサービス】

サービス名	内容	料金
昼食材料費	お客様にご提供する昼食の材料費	630 円/回(税込)
レクリエーション、 クラブ活動費	お客様の希望により参加いただける レクリエーションやクラブ活動にかかる材料費	実費
紙オムツ代	お客様にご提供したオムツ費用	実費

注) 上記のサービスについては全額お客様のご負担となります

【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、「通所型独自サービス21」を 4 回利用の場合
(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)

【基本単位数】 436 単位 × 4 回 = 1,744 単位

【処遇改善を加算した合計単位数】

$1,744 \text{ 単位} + (1,744 \text{ 単位} \times 9\%) = 1,901 \text{ 単位}$

【ご利用料金全額】 $1,901 \text{ 単位} \times 10.14 \text{ 円}[1 \text{ 単位に対する単価}] = 19,276 \text{ 円}$

【ご負担額】 $19,276 \text{ 円} - (19,276 \text{ 円} \times 9 \text{ 割}) = 1,928 \text{ 円}$

- ※ 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通所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通所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しされます。(償還払い))

年 月 日
