

## 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）

サービス名	利用回数・内容	基本単位数	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				
訪問型独自サービス11	週1回程度	1,176単位/月	263単位/月	1,470円/月
訪問型独自サービス12	週2回程度	2,349単位/月	526単位/月	2,936円/月
訪問型独自サービス13	週2回を超える	3,727単位/月	835単位/月	4,658円/月
1月当たりの回数を定める場合				
訪問型独自サービス21	標準的な訪問型サービス	287単位/回	64単位/月	359円/回
訪問型独自サービス22	生活援助中心 20～45分	179単位/回	40単位/月	224円/回
訪問型独自サービス23	生活援助中心 45分以上	220単位/回	49単位/回	275円/回
訪問型独自短時間サービス	短時間の 身体介護中心	163単位/回	37単位/回	205円/回

（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。

処遇改善加算は基本単位数の22.4%です。

短時間サービス以外のサービス時間は、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 割の方が訪問型独自サービス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】 287 単位 × 4 回 = 1,148 単位

【処遇改善を加算した合計単位数】

$1,148 \text{ 単位} + (1,148 \text{ 単位} \times 22.4\%) = 1,405 \text{ 単位}$

【ご利用料金全額】  $1,405 \text{ 単位} \times 10.21 \text{ 円}[1 \text{ 単位に対する単価}] = 14,345 \text{ 円}$

【ご負担額】  $14,345 \text{ 円} - (14,345 \text{ 円} \times 9 \text{ 割}) = 1,435 \text{ 円}$

- ※ 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

---