

重要事項説明書

1. 事業所の概要

- ◇事業所名 社会福祉法人 鈴保福祉会
柿生アルナ園日帰り介護事業所
- ◇所在地 川崎市麻生区上麻生 5-19-10
Tel 044-987-0021 Fax 044-989-1440
- ◇提供可能サービス 通所介護事業（日帰り介護事業）
- ◇事業者番号 1475600209
- ◇管理者及び連絡先 鈴木 聡 Tel 044-987-0021
- ◇サービス提供地域 川崎市内

2. 事業所の職員体制

- ◆管理者 1名（常勤・兼務）
- ◆サービス提供責任者（生活相談員） 1名（常勤・専任）
- ◆看護職員 1名（非常勤・兼務）
- ◆介護職員 7名（常勤・非常勤・専任）
- ◆管理栄養士 1名（常勤・兼務）
- ◆その他の職員（事務・調理・運転士） 20名（常勤・非常勤・兼務）
（2022年3月1日現在）

3. 営業時間

- ◇月曜日～金曜日 8:30～17:30（年末年始12月30日～1月3日を除く）

4. サービス利用料及び利用者負担（重要事項説明書別紙料金表参照）

厚生労働省の通知等により変更の可能性があります。原則的には次の通りです。

- ◇介護保険給付サービスに係る費用及び介護給付サービス加算は、介護保険の法定利用料に基づき要介護度別に算定します。その金額の1割・2割または3割を介護保険負担割合証に基づきお支払い頂きます。
- ◇介護保険外のサービスとなる場合（サービス利用料の一部が制度上の支給限度額を超える場合を含む。）には、全額自己負担（10割）となります。介護保険外のサービスとなる場合には、施設サービス計画を作成刷る際に介護支援専門員から説明の上、利用者の同意をえることとなります。
- ◇介護保険の給付対象とならないサービスは、事業所の定める料金に基づき算定し、お支払頂きます。施設全体の行事食、日常生活最低限必要な日用品費は介護保険給付サービスに係る費用に含まれます。
- ◇その他
- ア 自己負担金は、次の方法によりお支払頂きますようお願いいたします。
自動口座引落（ご指定の金融機関の口座より月1回27日に引落しします。）
- イ 上記の利用者負担金は、「法定代理受領（現物給付）」の場合について記載しています。
居宅サービス計画を作成しない場合など、「償還払い」となる場合には、いったん利用者が利用料（10割）を支払、その後市町村に対して保険給付分（9割・8割または7割）を請求することとなります。

5. キャンセル

連絡先

電話番号 044-987-0021

担当部署 柿生アルナ園デイサービス（または柿生アルナ園事務室）

- (1) 利用者がサービスの利用を中止する際には、速やかに上記の連絡先までご連絡ください。
- (2) 利用者の都合でサービスを中止する場合には、できるだけサービス利用の前日までにご連絡ください。当日のキャンセルは、次のキャンセル料を申し受けることとなりますので、ご了承ください。
- (3) キャンセル料は、利用者負担の支払に合わせてお支払いいただきます。
サービス利用当日 → 450円（食材費）

6. 相談窓口、苦情対応

サービスに関する相談や苦情については、次の窓口で対応いたします。

★相談苦情窓口

Tel 044-987-0021 Fax 044-989-1440

対応者 生活相談員

対応時間 9:00～17:00

公的機関においても、次の機関において苦情申出等ができます。

★川崎市健康福祉局高齢者事業推進課

所在地 川崎区宮本町1

Tel 044-200-2910 Fax 044-200-3926

対応時間 9:00～17:15

★神奈川県国民健康保険団体連合会（国保連）

所在地 横浜市西区楠町27-1

Tel 045-329-3447

対応時間 9:00～17:00

7. 当法人の概要

- ◇法人種別・名称 社会福祉法人 鈴保福祉会
- ◇代表者名 理事長 鈴木 錠
- ◇所在地 川崎市麻生区上麻生 5-19-10
- ◇事業の概要

- ◆特別養護老人ホーム 柿生アルナ園 (介護老人福祉施設)
 - ・日帰り通所介護事業
 - ・短期入所生活介護事業
 - ・居宅介護支援事業所
 - ・地域包括支援センター
- ◆放課後児童健全育成事業
- ◆保育所柿生保育園
- ◆柿生かきっこ保育園
- ◆特別養護老人ホーム しゅくがわら (介護老人福祉施設)
 - ・日帰り通所介護事業
 - ・短期入所生活介護事業 (空床利用)
 - ・居宅介護支援事業所
 - ・地域包括支援センター

8. 特別に契約する事項

説明確認欄 年 月 日

サービス契約の締結に当たり、上記により重要事項を説明しました。

事業者 所在地 川崎市麻生区上麻生 5-19-10
 事業所名 柿生アルナ園日帰り介護事業所
 説明者 _____ 印

サービス契約の締結に当たり、上記の通り説明を受けました。

利用者 住 所 _____
 氏 名 _____ 印
 保証人 住 所 _____
 氏 名 _____ 印

柿生アルナ園デイサービス ご利用料金

柿生アルナ園地域密着型通所介護
 令和3年4月1日現在
 1単位＝地域加算 10.72円

1. 介護保険給付サービスに係る費用

施設ご利用料基本額 (利用者負担額は、負担割合証の割合率による)
 7時間のサービス

介護度	単位数	利用者負担額 (1割)	利用者負担額 (2割)	利用者負担額 (3割)
要介護1	750 単位/日	804 円/日	1,608 円/日	2,412 円/日
要介護2	887 単位/日	951 円/日	1,902 円/日	2,852 円/日
要介護3	1,028 単位/日	1,102 円/日	2,204 円/日	3,306 円/日
要介護4	1,168 単位/日	1,252 円/日	2,504 円/日	3,756 円/日
要介護5	1,308 単位/日	1,402 円/日	2,804 円/日	4,206 円/日

2. その他の介護給付サービス加算

加算	単位数	利用者負担額 (1割)	利用者負担額 (2割)	利用者負担額 (3割)	内容の説明
入浴介助加算 (I)	40 単位/日	43 円/日	85 円/日	128 円/日	入浴介助をおこなった場合。
※入浴介助加算 (II)	55 単位/日	59 円/日	118 円/日	177 円/日	入浴介助加算 (I) の取組に加え、居宅浴室の環境整備に対する入浴計画を作成している場合。
サービス提供体制加算 (I)	22 単位/日	23 円/日	47 円/日	70 円/日	介護福祉士を基準以上配置している場合。続10年以上の介護職員を配置している場合。
送迎減算	-47 単位/片道	-50 円/片道	-100 円/片道	-151 円/片道	職員が送迎をおこなわない場合。
介護職員処遇改善加算 (I)	月総単位数の 5.9%				介護職員処遇改善に関する計画を策定し適正に運用されている場合。
介護職員特定処遇改善加算 (I)	月総単位数の 1.2%				勤続10年以上の介護職員を配置している場合。
口腔機能向上加算 (I)	150 単位/回	161 円/回	322 円/回	483 円/回	看護師指導のもと利用時毎回実施。月に2回のみ加算算定。
※口腔機能向上加算 (II)	160 単位/回	172 円/回	343 円/回	515 円/回	口腔機能向上加算 (I) に加え口腔機能改善管理指導計画等の情報を厚生労働省に提出している。フィードバックをうけている。
個別機能訓練加算 (I) イ	56 単位/回	60 円/回	120 円/回	180 円/回	看護師指導のもと利用時毎回実施。

柿生アルナ園デイサービス ご利用料金目安

柿生アルナ園地域密着型通所介護
令和3年4月1日現在

※個別機能訓練加算(Ⅱ)	20 単位/月	22 円/月	43 円/月	64 円/月	個別機能訓練加算(Ⅰ)の取組に加え個別機能訓練計画等の内容を厚生労働省に提出している。フィードバックをうけている。
口腔・栄養スクリーニング加算(Ⅱ)	5 単位/6ヶ月に1回	5 円/6ヶ月に1回	11 円/6ヶ月に1回	16 円/6ヶ月に1回	スクリーニング結果を介護支援専門員に情報を提供している場合。

制度上の支給限度額を超える場合には、介護保険給付サービス外となり全額(10割)負担となります。介護保険外のサービスとなる場合には、居宅サービス計画を作成する際に居宅介護支援専門員から説明のうえ、ご利用者様の同意を得ることになります。
※算定する場合は別途お知らせいたします。

3. その他の介護保険の給付対象とならないサービス

①食事(食材費及び調理費)の提供に要する費用

区分	金額	内容の説明
食費	880 円/日	昼食・おやつ代

②その他の費用

区分	金額	内容の説明
クラブ参加費	60 円/回	書道・茶道・絵手紙・大人の塗り絵・折紙クラブに参加した場合
クラブ材料費	実費 (材料費によって異なる)	大人の塗り絵ノート代他
リハビリ参加料	120 円/回	音楽リハビリ・3B体操に参加した場合
キャンセル料	450 円/回	利用当日にキャンセルした場合
おむつ代	実費	基本持参していただきます
パット代	実費	基本持参していただきます
シューズ代	実費	基本持参していただきます
脳トレ材料費	実費 (材料費によって異なる)	

制度上の支給限度額を超える場合には、介護保険給付サービス外となり全額(10割)負担となります。介護保険外のサービスとなる場合には、居宅サービス計画を作成する際に居宅介護支援専門員から説明のうえ、ご利用者様の同意を得ることになります。

新型コロナウイルス感染症に対応するための特例的な評価として、令和3年9月末までの間、基本報酬に0.1%上乘せとなります。延べ利用者数の減が生じた月の実績が前年度の平均延べ利用者数から5%減少している場合、3ヶ月間、基本報酬の3%の加算が追加になります。
※今後厚生労働省の指示に基づくLIFEを活用した計画の実施が開始されます。その折には単位数が変更になる場合があります。(LIFEとは、厚生労働省が令和3年度から、利用者ごとのADL値、栄養状態、口腔機能、認知症の状況その他の心身の状況等に係る基本的な情報を厚生労働省に提出し、必要な情報を活用し適切に実施するシステムを指します)

施設全体の行事食、日常生活上最低限必要な日用品費は、介護保険給付サービスに係る費用に含まれます。

上記料金表内、②その他の介護費用の負担に同意します。

利用者氏名 _____ 印
(保証人)

7時間のサービス

介護度		利用料負担額	食費	入浴利用料	口腔機能向上加算	個別機能訓練加算Ⅰ(イ)	1日あたり	1ヶ月間週1回(月4回)
要介護1	1割負担	804 円/日	880 円/日	43 円/日	161 円/月2回	60 円/日	1,948 円	7,792 円
	2割負担	1,608 円/日	880 円/日	85 円/日	322 円/月2回	120 円/日	3,015 円	12,060 円
	3割負担	2,412 円/日	880 円/日	128 円/日	483 円/月2回	180 円/日	4,083 円	16,332 円
要介護2	1割負担	951 円/日	880 円/日	43 円/日	161 円/月2回	60 円/日	2,095 円	8,380 円
	2割負担	1,902 円/日	880 円/日	85 円/日	322 円/月2回	120 円/日	3,309 円	13,236 円
	3割負担	2,853 円/日	880 円/日	128 円/日	483 円/月2回	180 円/日	4,524 円	18,096 円
要介護3	1割負担	1,102 円/日	880 円/日	43 円/日	161 円/月2回	60 円/日	2,246 円	8,984 円
	2割負担	2,204 円/日	880 円/日	85 円/日	322 円/月2回	120 円/日	3,611 円	14,444 円
	3割負担	3,306 円/日	880 円/日	128 円/日	483 円/月2回	180 円/日	4,977 円	19,908 円
要介護4	1割負担	1,252 円/日	880 円/日	43 円/日	161 円/月2回	60 円/日	2,396 円	9,584 円
	2割負担	2,504 円/日	880 円/日	85 円/日	322 円/月2回	120 円/日	3,911 円	15,644 円
	3割負担	3,756 円/日	880 円/日	128 円/日	483 円/月2回	180 円/日	5,427 円	21,708 円
要介護5	1割負担	1,402 円/日	880 円/日	43 円/日	161 円/月2回	60 円/日	2,546 円	10,184 円
	2割負担	2,804 円/日	880 円/日	85 円/日	322 円/月2回	120 円/日	4,211 円	16,844 円
	3割負担	4,206 円/日	880 円/日	128 円/日	483 円/月2回	180 円/日	5,877 円	23,508 円

【その他に】
介護職員処遇改善加算(Ⅰ)は、デイサービス利用料・介護給付サービス加算の利用日数の総単位の総単位数の5.9%(介護職員特定処遇改善加算(Ⅰ)は1.2%)で算定しています。
行事食、日常生活上最低限必要な日用品費は、介護保険給付サービスに係る費用に含まれます。個別加算、その他の費用は別途ご請求致します。

1か月間のご利用料金は _____ 円です。

柿生アルナ園デイサービス（総合事業）ご利用料金

柿生アルナ園介護予防日常生活支援総合事業
令和3年4月1日現在
1 単位＝地域加算 10.72 円

1. 介護保険給付サービスに係る費用

施設ご利用料基本額（利用者負担額は、負担割合証の割合率による）

【事業対象者・要支援1の方の場合】A6 通所独自サービス費

介護度	ひと月の 利用回数	単位数	利用者負担額 (1割)	利用者負担額 (2割)	利用者負担額 (3割)	内容の説明
要支援1	4回	284 単位×4 回=1,136 単位	1,218 円	2,436 円	3,654 円	送迎有・入浴無の場合
	5回	1,422 単位/月	1,525 円	3,049 円	4,573 円	
	4回	334 単位×4 回=1,336 単位	1,433 円	2,865 円	4,297 円	送迎有・入浴有の場合
	5回	1,672 単位/月	1,793 円	3,585 円	5,377 円	

制度上の支給限度額を超える場合には、介護保険給付サービス外となり全額(10割)負担となります。

介護保険外のサービスとなる場合には、居宅サービス計画を作成する際に居宅介護支援専門員から説明のうえ、ご利用者様の同意を得ることになります。

2. その他の介護給付サービス加算

介護度	加算	単位数	利用者負担額 (1割)	利用者負担額 (2割)	利用者負担額 (3割)	内容の説明
要支援1	サービス提供体制強化加算（Ⅰ）	88 単位/日	95 円/日	189 円/日	283 円/日	介護福祉士を基準以上配置している場合。 勤続10年以上の介護職員を配置している場合。
	介護職員 処遇改善加算（Ⅰ）	月総単位数の5.9%				介護職員処遇改善に関する計画を策定し適正に運用されている場合。
	介護職員特定 処遇改善加算（Ⅰ）	月総単位数の1.2%				勤続10年以上の介護職員を配置している場合。
	口腔機能向上 加算（Ⅰ）	150 単位/月	161 円/月	322 円/月	483 円/月	看護師指導のもと利用時毎回実施。
	※口腔機能向上 加算（Ⅱ）	160 単位/月	172 円/月	343 円/月	515 円/月	口腔機能向上加算（Ⅰ）に加え口腔機能改善管理指導計画等の情報を厚生労働省に提出している。フィードバックをうけている。
	運動器機能向上 加算	225 単位/月	242 円/月	483 円/月	724 円/月	看護師指導のもと利用時毎回実施。
	口腔・栄養スクリー ニング加算（Ⅱ）	5 単位/ 6ヶ月毎	5 円/ 6ヶ月毎	11 円/ 6ヶ月毎	16 円/ 6ヶ月毎	スクリーニング結果を介護支援専門員に情報を提供している場合。
	運動機能向上及口腔 器機能向上加算	480 単位/月	514 円/月	1,029 円/月	1,544 円/月	複数の種類の選択的サービスにより、さらに月2回以上実施の場合。

制度上の支給限度額を超える場合には、介護保険給付サービス外となり全額(10割)負担となります。

介護保険外のサービスとなる場合には、居宅サービス計画を作成する際に居宅介護支援専門員から説明のうえ、ご利用者様の同意を得ることになります。

※算定する場合は別途お知らせいたします。

3. その他の介護保険の給付対象とならないサービス

①食事（食材費及び調理費）の提供に要する費用

区分	金額	内容の説明
食費	880 円/日	昼食・おやつ代

②その他の費用

区分	金額	内容の説明
クラブ参加費	60 円/回	書道・茶道・絵手紙・大人の塗り絵・折紙クラブに参加した場合
クラブ材料費	実費（材料費によって異なる）	大人の塗り絵ノート代他
リハビリ参加費	120 円/回	音楽リハビリ・3B体操に参加した場合
キャンセル料	450 円/回	利用当日にキャンセルした場合
おむつ代	実費	基本持参していただきます。
パット代	実費	基本持参していただきます。
シューズ代	実費	基本持参していただきます。
脳トレ材料費	実費（材料費によって異なる）	

新型コロナウイルス感染症に対応するための特例的な評価として、令和3年9月末までの間、基本報酬に0.1%上乘せとなります。
 ※延べ利用者数の減が生じた月の実績が前年度の平均延べ利用者数から5%減少している場合、3ヶ月間、基本報酬の3%の加算が追加となります。
 ※今後厚生労働省の指示に基づくLIFEを活用した計画の実施が開始されます。その折には単位数が変更になる場合があります。（LIFEとは、厚生労働省が令和3年度から、利用者ごとのADL値、栄養状態、口腔機能、認知症の状況その他の心身の状況等に係る基本的な情報を厚生労働省に提出し、必要な情報を活用し適切に実施することを指します）

施設全体の行事食、日常生活上最低限必要な日用品費は、介護保険給付サービスに係る費用に含まれます。

上記料金表内、その他の介護費用の負担に同意します。

利用者氏名

（保証人）

印

柿生アルナ園デイサービス（総合事業）ご利用料金目安

柿生アルナ園介護予防日常生活支援総合事業

令和3年4月1日現在

柿生アルナ園デイサービス（総合事業）ご利用料金

柿生アルナ園介護予防日常生活支援総合事業

令和3年4月1日現在

1単位＝地域加算 10.72円

【事業対象者・要支援1の方の場合】A6通所独自サービス費

介護度	ひと月の利用回数	単位数	内容	利用者負担割合	利用者負担額	食費	サービス提供強化加算	口腔機能向上加算	運動器機能向上加算	1か月あたり			
要支援1	4回	284単位×4回＝1,136単位	送迎有	1割	1,218円/月	880円×4回＝3,520円/月	95円/月	161円/月	242円/月	5,236円			
				2割	2,436円/月	880円×4回＝3,520円/月	189円/月	322円/月	483円/月	6,950円			
				3割	3,654円/月	880円×4回＝3,520円/月	283円/月	483円/月	724円/月	8,664円			
	5回	1,422単位/月	入浴無	1割	1,525円/月	880円×5回＝4,400円/月	95円/月	161円/月	242円/月	6,423円			
				2割	3,049円/月	880円×5回＝4,400円/月	189円/月	322円/月	483円/月	8,443円			
				3割	4,573円/月	880円×5回＝4,400円/月	283円/月	483円/月	724円/月	10,463円			
	4回	334単位×4回＝1,336単位	送迎有	1割	1,433円/月	880円×4回＝3,520円/月	95円/月	161円/月	242円/月	5,451円			
				2割	2,865円/月	880円×4回＝3,520円/月	189円/月	322円/月	483円/月	7,379円			
				3割	4,297円/月	880円×4回＝3,520円/月	283円/月	483円/月	724円/月	9,307円			
				5回	1,672単位/月	入浴有	1割	1,793円/月	880円×5回＝4,400円/月	95円/月	161円/月	242円/月	6,691円
							2割	3,585円/月	880円×5回＝4,400円/月	189円/月	322円/月	483円/月	8,979円
							3割	5,377円/月	880円×5回＝4,400円/月	283円/月	483円/月	724円/月	11,267円

【その他に】

介護職員処遇改善加算（Ⅰ）は、ディサービス利用料・介護給付サービス加算の利用日数の総単位数の5.9%（介護職員特定処遇改善加算（Ⅰ）は1.2%）で算定します。

行事食、日常生活上最低必要な日用品費は、介護保険給付サービスに係る費用に含まれます。

個別加算、その他の費用は別途ご請求致します。

1か月間のご利用料金は_____円です。

1. 介護保険給付サービスに係る費用

施設ご利用料基本額（利用者負担額は、負担割合証の割合率による）

【要支援2の方の場合】A6通所独自サービス費

介護度	ひと月の利用回数	単位数	利用者負担額（1割）	利用者負担額（2割）	利用者負担額（3割）	内容の説明
要支援2	1回	292単位×1回＝292単位	313円	626円	939円	送迎有・入浴無の場合
	8回	292単位×8回＝2,336単位	2,505円	5,009円	7,513円	
	9回～10回	2,928単位/月	3,139円	6,278円	9,417円	
	1回	342単位×1回＝342単位	367円	734円	1,100円	送迎有・入浴有の場合
	8回	342単位×8回＝2,736単位	2,933円	5,866円	8,799円	
	9回～10回	3,428単位/月	3,675円	7,350円	11,025円	

制度上の支給限度額を超える場合には、介護保険給付サービス外となり全額（10割）負担となります。

介護保険外のサービスとなる場合には、居宅サービス計画を作成する際に居宅介護支援専門員から説明のうえ、ご利用者様の同意を得ることになります。

2. その他の介護給付サービス加算

介護度	加算	単位数	利用者負担額（1割）	利用者負担額（2割）	利用者負担額（3割）	内容の説明
要支援2	サービス提供体制強化加算（Ⅰ）	176単位/日	189円/日	378円/日	566円/日	介護福祉士を基準以上配置している場合。勤続10年以上の介護職員を配置している場合。
	介護職員処遇改善加算（Ⅰ）	月総単位数の5.9%				介護職員処遇改善に関する計画を策定し適正に運用されている場合。
	介護職員特定処遇改善加算（Ⅰ）	月総単位数の1.2%				勤続10年以上の介護職員を配置している場合。
	口腔機能向上加算	150単位/月	161円/月	322円/月	483円/月	看護師指導のもと利用時毎回実施。
	※口腔機能向上加算（Ⅱ）	160単位/月	172円/月	343円/月	515円/月	口腔機能向上加算（Ⅰ）に加え口腔機能改善管理指導計画等の情報を厚生労働省に提出している。フィードバックをうけている。
	運動器機能向上加算	225単位/月	242円/月	483円/月	724円/月	看護師指導のもと利用時毎回実施。
	口腔・栄養スクリーニング加算（Ⅱ）	5単位/6ヶ月毎	5円/6ヶ月毎	11円/6ヶ月毎	16円/6ヶ月毎	スクリーニング結果を介護支援専門員に情報を提供している場合。
	運動機能向上及口腔器機能向上加算	480単位/月	514円/月	1,029円/月	1,544円/月	複数の種類の選択的サービスにより、さらにより効果的に提供する場合。

制度上の支給限度額を超える場合には、介護保険給付サービス外となり全額（10割）負担となります。

介護保険外のサービスとなる場合には、居宅サービス計画を作成する際に居宅介護支援専門員から説明のうえ、ご利用者様の同意を得ることになります。

※算定する場合は別途お知らせいたします。

3. その他の介護保険の給付対象とならないサービス

①食事（食材費及び調理費）の提供に要する費用

区分	金額	内容の説明
食費	880 円/日	昼食・おやつ代

②その他の費用

区分	金額	内容の説明
クラブ参加費	60 円/回	書道・茶道・絵手紙・大人の塗り絵・折紙クラブに参加した場合
クラブ材料費	実費（材料費によって異なる）	大人の塗り絵ノート代他
リハビリ参加費	120 円/回	音楽リハビリ・3B体操に参加した場合
キャンセル料	450 円/回	利用当日にキャンセルした場合
おむつ代	実費	基本持参していただきます。
パット代	実費	基本持参していただきます。
ショーツ代	実費	基本持参していただきます。
脳トレ材料費	実費（材料費によって異なる）	

新型コロナウイルス感染症に対応するための特例的な評価として、令和3年9月末までの間、基本報酬に0.1%上乘せとなります。延べ利用者数の減が生じた月の実績が前年度の平均延べ利用者数から5%減少している場合、3ヶ月間、基本報酬の3%の加算が追加になります。
 ※今後厚生労働省の指示に基づくLIFEを活用した計画の実施が開始されます。その折には単位数が変更になる場合があります。（LIFEとは、厚生労働省が令和3年度から、利用者ごとのADL値、栄養状態、口腔機能、認知症の状況その他の心身の状況等に係る基本的な情報を厚生労働省に提出し、必要な情報を活用し適切に実施することを指します）

施設全体の行事食、日常生活上最低限必要な日用品費は、介護保険給付サービスに係る費用に含まれます。

上記料金表内、その他の介護費用の負担に同意します。

利用者氏名 _____ 印
 （保証人）

柿生アルナ園デイサービス（総合事業） ご利用料金目安

柿生アルナ園介護予防日常生活支援総合事業
 令和3年4月1日現在

【要支援2の方の場合】A6通所独自サービス費

介護度	利用回数 ひと月の	単位数	内容	担割割合 利用者負	利用者負担額	食費	サービス提供強化加算	口腔機能向上加算	運動器機能向上加算	1か月あたり
要支援2	1回	292単位×1回 =292単位	送迎有 入浴無	1割	313円/月	880円×1回= 880円/月	189円/月	161円/月	242円/月	1,785円
				2割	626円/月	880円×1回= 880円/月	378円/月	322円/月	483円/月	2,689円
				3割	939円/月	880円×1回= 880円/月	566円/月	483円/月	724円/月	3,592円
	8回	292単位×8回 =2,336単位	送迎有 入浴無	1割	2,505円/月	880円×8回= 7,040円/月	189円/月	161円/月	242円/月	10,137円
				2割	5,009円/月	880円×8回= 7,040円/月	378円/月	322円/月	483円/月	13,232円
				3割	7,513円/月	880円×8回= 7,040円/月	566円/月	483円/月	724円/月	16,326円
	9回～ 10回	2,928単位/月	送迎有 入浴無	1割	3,139円/月	880円×9回= 7,920円/月	189円/月	161円/月	242円/月	11,651円
				2割	6,278円/月	880円×9回= 7,920円/月	378円/月	322円/月	483円/月	15,381円
				3割	9,417円/月	880円×9回= 7,920円/月	566円/月	483円/月	724円/月	19,110円
	1回	342単位×1回 =342単位	送迎有 入浴有	1割	367円/月	880円×1回= 880円/月	189円/月	161円/月	242円/月	1,839円
				2割	734円/月	880円×1回= 880円/月	378円/月	322円/月	483円/月	2,797円
				3割	1,100円/月	880円×1回= 880円/月	566円/月	483円/月	724円/月	3,753円
8回	342単位×8回 =2,736単位	送迎有 入浴有	1割	2,933円/月	880円×8回= 7,040円/月	189円/月	161円/月	242円/月	10,565円	
			2割	5,866円/月	880円×8回= 7,040円/月	378円/月	322円/月	483円/月	14,089円	
			3割	8,799円/月	880円×8回= 7,040円/月	566円/月	483円/月	724円/月	17,612円	
9回～ 10回	3,428単位/月	送迎有 入浴有	1割	3,675円/月	880円×9回= 7,920円/月	189円/月	161円/月	242円/月	12,187円	
			2割	7,350円/月	880円×9回= 7,920円/月	378円/月	322円/月	483円/月	16,453円	
			3割	11,025円/月	880円×9回= 7,920円/月	566円/月	483円/月	724円/月	20,718円	

【その他に】

介護職員処遇改善加算（I）は、デイサービス利用料・介護給付サービス加算の利用日数の総単位数の5.9%（介護職員特定処遇改善加算（I）は1.2%）で算定します。

行事食、日常生活上最低限必要な日用品費は、介護保険給付サービスに係る費用に含まれます。

1か月間のご利用料金は _____ 円です。