

重要事項説明書【別紙】

(1) 保険が適用される基本料金（報酬告示関係 1単位：10円）

1日あたり

(単位：円)

保険が適用される基本料金	単位	金額	利用者自己負担額		
			1割	2割	3割
① 基本サービス費	83	830	83	166	249
② 障害者等支援加算	20	200	20	40	60
③ サービス提供体制強化加算Ⅱ	18	180	18	36	54

※障害者等支援加算

知的障害や精神障害等により特に支援を必要とする利用者に対して基本サービスを提供した場合には、基本サービス利用料に障害者等支援加算を加算いたします。

※サービス提供体制強化加算

介護福祉士資格者を一定以上の割合で雇用していること、サービス提供体制が基準を満たしている場合に加算いたします。

ア「指定訪問介護」

身体介護が中心である場合（1サービス利用あたり）

(単位：円)

訪問介護 (身体介護が中心である場合)	単位	金額	利用者自己負担額		
			1割	2割	3割
15分未満の料金	96	960	96	192	288
15分以上30分未満の料金	193	1,930	193	386	579
30分以上45分未満の料金	262	2,620	262	524	786
45分以上1時間未満の料金	349	3,490	349	698	1,047
1時間以上1時間15分未満の料金	436	4,360	436	872	1,308
1時間15分以上1時間30分未満の料金	523	5,230	523	1,046	1,569

1時間30分以上については、561単位に所要時間から計算して所要時間15分を増すごとに37単位を加算した単位です。料金はその単位の10円を乗じた額、利用者自己負担額は料金の1割、2割または3割の額です。

生活援助が中心である場合（1サービス利用あたり）

(単位：円)

訪問介護 (生活援助が中心である場合)	単位	金額	利用者自己負担額		
			1割	2割	3割
15分未満の料金	49	490	49	98	147
15分以上30分未満の料金	96	960	96	192	288
30分以上45分未満の料金	145	1,450	145	290	435
45分以上1時間未満の料金	194	1,940	194	388	582
1時間以上1時間15分未満の料金	219	2,190	219	438	657
1時間15分以上1時間30分未満の料金	262	2,620	262	524	786

通院等乗降介助

(単位：円)

通院等乗降介助	単位	金額	利用者自己負担額		
			1割	2割	3割
1回の料金	87	870	87	174	261

イ「指定訪問看護」（訪問看護ステーションの場合）（単位：円）

1回につき	単位	金額	利用者自己負担額		
			1割	2割	3割
20分未満の料金	282	2,820	282	564	846
30分未満の料金	423	4,230	423	846	1,269
30分以上1時間未満の料金	739	7,390	739	1,478	2,217
1時間以上1時間30分未満の料金	1,013	10,130	1,013	2,026	3,039

ウ「指定通所介護」（通常規模型：6時間以上7時間未満）（単位：円）

1回につき	単位	金額	利用者自己負担額		
			1割	2割	3割
要介護1の料金	523	5,230	523	1,046	1,569
要介護2の料金	617	6,170	617	1,234	1,851
要介護3の料金	713	7,130	713	1,426	2,139
要介護4の料金	807	8,070	807	1,614	2,421
要介護5の料金	903	9,030	903	1,806	2,709

「指定通所介護」（通常規模型：7時間以上8時間未満）（単位：円）

1回につき	単位	金額	利用者自己負担額		
			1割	2割	3割
要介護1の料金	590	5,900	590	1,180	1,770
要介護2の料金	696	6,960	696	1,392	2,088
要介護3の料金	806	8,060	806	1,612	2,418
要介護4の料金	916	9,160	916	1,832	2,748
要介護5の料金	1,028	10,280	1,028	2,056	3,084

(2) 処遇改善加算について

一月につき（基本サービス費①＋加算②③）×8.2%を乗じた単位数で算定することとなり、その1割、2割または3割を負担していただくことになります。（区分支給限度額の算定対象から除外されます。）

(3) 介護職員等特定処遇改善加算について

一月につき（基本サービス費①＋加算②③）×1.8%を乗じた単位数で算定することとなり、その1割、2割または3割を負担していただくことになります。（区分支給限度額の算定対象から除外されます。）

(4) その他自己負担となるもの（保険外の費用で全額利用者の負担となるもの）

ア 特別な介護費用（おむつ代等）

イ その他 実費

・理美容代、生活雑貨、消耗品等

(5) 支払方法

利用者は、当月請求額を毎翌月27日に利用者名義の口座よりお支払いいただきます。

（金融機関が休業日の場合は、翌営業日となります。）

(6) 料金の変更

ア 事業者は、利用者に対して、事前に文書で通知することにより、利用料金の変更（増額又は減額）を申し入れることができるものとします。

イ 利用者が料金の変更を承諾する場合、新たな料金に基づく重要事項説明書別紙を作成し、相互に取り交わします。

ウ 利用者が料金の変更を承諾しない場合、事業者に対して文書で通知することにより、この契約を解除することができます。