

重要事項説明書 別紙

利用料金

厚生労働大臣が定める基準によるものであり、当該通所介護が法定代理受領サービスであるときは介護保険法による介護報酬の告示上の額として設定します。

□介護報酬告示額（1日あたり）

		要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5	
介護保険適用部分	基本料金	通所介護費 (大規模型通所介護費(I))	629円	744円	861円	980円	1,097円
	加算料金	入浴介助加算(I)	40円				
		栄養改善加算	200円(月2回まで・原則として3ヶ月)				
		口腔機能向上加算(I)	150円(月2回まで・原則として3ヶ月)				
		サービス提供体制強化加算(I)	22円				
	介護職員等処遇改善加算(I)	1月あたりの基本料金の自己負担額に加算料金の自己負担額を足して、その額に9.2%を乗じた金額					
適用外		食費	650円				

- ※ 当事業所の実施地域は、旭川市内としておりますが、通常の実施地域を越えて中山間地域等(旭川市以外の道内全域)に居住される方のサービスを提供した場合には所定単位数の5%が加算されます。
- ※ 介護保険適用部分については、各市区町村から交付される介護保険負担割合証の利用者負担割合の欄に記載されている割合に応じた額のご負担となります。
- ※ 「居宅サービス計画」に基づいて、医療系サービス(訪問看護・訪問リハビリテーション・居宅療養管理指導・通所リハビリテーション・短期入所療養介護)と併せて利用する場合の居宅サービス費に係る自己負担額は医療費控除の対象となります。当事業所で発行している領収書は高額療養費、確定申告等の証明に必要となります。再発行はできませんので大切に保管して下さい

上記の内容に同意致します。

同意日 令和 年 月 日

同意者 (印)

(続柄)