

〈従来型特養多床室サービス利用料金表〉
(1割負担者)

ご利用者名 _____ 様

ア. 介護保険給付対象サービス

(1) ご利用者の要介護度に応じた自己負担額をお支払い下さい。

	ご本人の要介護度	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
1	入居者のサービス利用料金	5,890 円	6,590 円	7,320 円	8,020 円	8,710 円
2	うち、介護保険から給付される金額	5,301 円	5,931 円	6,588 円	7,218 円	7,839 円
3	サービス利用に係る自己負担金(1-2)	589 円	659 円	732 円	802 円	871 円
4	日常生活継続支援加算1	36 円				
5	看護体制加算(Ⅰ)口	4 円				
6	看護体制加算(Ⅱ)口	8 円				
7	夜勤職員配置加算(Ⅰ)口	13 円				
8	協力医療機関連携加算1	100 円 (1カ月)				
9	経口維持加算(Ⅰ)	400 円 (1カ月)				
10	経口維持加算(Ⅱ)	100 円 (1カ月)				
11	食費自己負担額					
	利用者負担第1段階	300 円				
	〃 第2段階	390 円				
	〃 第3段階①	650 円				
	〃 第3段階②	1,360 円				
12	〃 第4段階	1,700 円				
	居住費自己負担額					
	利用者負担第1段階	0 円				
	〃 第2段階	430 円				
	〃 第3段階①②	430 円				
	〃 第4段階	915 円				
1日あたりの自己負担額 (3+4+5+6+7+11+12)		_____ 円 (A)				

(2) その他の加算

・介護職員等処遇改善加算(Ⅰ)

(1)の3~7の合計額に利用日数を乗じ、その額に(1)の8、9、10の加算を加えて14.0%を乗じた金額(一単位未満の端数は四捨五入)。

①. (1)の3~7の合計額	_____ 円
②. 利用日数	_____ 日
介護職員等処遇改善加算(Ⅰ)額 (①×②+8.+9.+10.)×14.0%	_____ 円 (B)

イ. 介護保険給付対象外サービス

金銭出納管理サービス費	_____ 500 円/月(C)
-------------	------------------

ウ. 1ヵ月の自己負担額(30日間)

(A)×30日+8.+9.+10.+ (B) + (C) =	_____ 円
--------------------------------	---------

エ. 利用料金のお支払い方法

・料金・費用は、1ヵ月ごとに計算し、ご請求いたしますので、翌月20日までに以下の方法でお支払下さい。

<input type="checkbox"/> 預り金口座からの振り替え	<input type="checkbox"/> 窓口での現金支払	<input type="checkbox"/> 指定口座への振り込み
---------------------------------------	-----------------------------------	-------------------------------------

☆要介護認定を受けていない場合には、サービス利用料金の全額をいったんお支払い頂きます。要介護認定を受けた後、自己負担額を除く金額が介護保険から払い戻されます。(償還払い)

☆看取り介護加算については、必要時に負担額の説明をさせていただきます。

☆利用料金は、翌月20日に預り金口座から引き落としさせていただきます。

同意日	令和 年 月 日
同意者	_____ ㊟

〈従来型特養個室サービス利用料金表〉
(1割負担者)

ご利用者名 _____ 様

ア. 介護保険給付対象サービス

(1) ご利用者の要介護度に応じた自己負担額をお支払い下さい。

ご本人の要介護度		要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
1	入居者のサービス利用料金	5,890 円	6,590 円	7,320 円	8,020 円	8,710 円
2	うち、介護保険から給付される金額	5,301 円	5,931 円	6,588 円	7,218 円	7,839 円
3	サービス利用に係る自己負担金(1-2)	589 円	659 円	732 円	802 円	871 円
4	日常生活継続支援加算1			36 円		
5	看護体制加算(Ⅰ)ロ			4 円		
6	看護体制加算(Ⅱ)ロ			8 円		
7	夜勤職員配置加算(Ⅰ)ロ			13 円		
8	協力医療機関連携加算1			100 円 (1ヵ月)		
9	経口維持加算(Ⅰ)			400 円 (1ヵ月)		
10	経口維持加算(Ⅱ)			100 円 (1ヵ月)		
11	食費自己負担額					
	利用者負担第1段階			300 円		
	〃 第2段階			390 円		
	〃 第3段階①			650 円		
	〃 第3段階②			1,360 円		
12	居住費自己負担額					
	利用者負担第1段階			380 円		
	〃 第2段階			480 円		
	〃 第3段階①②			880 円		
	〃 第4段階			1,231 円		
1日あたりの自己負担額 (3+4+5+6+7+11+12)		_____ 円 (A)				

(2) その他の加算

・介護職員処遇改善加算(Ⅰ)

(1)の3~7の合計額に利用日数を乗じ、その額に(1)の8、9、10の加算を加えて8.3%を乗じた金額(一単位未満の端数は四捨五入)。

①. (1)の3~7の合計額	_____ 円
②. 利用日数	_____ 日
介護職員処遇改善加算(Ⅰ)額 (①×②+8.+9.+10.)×8.3%	_____ 円 (B)

・介護職員等特定処遇改善加算(Ⅰ)

(1)の3~7の合計額に利用日数を乗じ、その額に(1)の8、9、10の加算を加えて2.7%を乗じた金額(一単位未満の端数は四捨五入)。

①. (1)の3~7の合計額	_____ 円
②. 利用日数	_____ 日
介護職員等特定処遇改善加算(Ⅰ)額 (①×②+8.+9.+10.)×2.7%	_____ 円 (C)

・介護職員等ベースアップ等支援加算

(1)の3~7の合計額に利用日数を乗じ、その額に(1)の8、9、10の加算を加えて1.6%を乗じた金額(一単位未満の端数は四捨五入)。

①. (1)の3~7の合計額	_____ 円
②. 利用日数	_____ 日
介護職員等ベースアップ等支援加算額 (①×②+8.+9.+10.)×1.6%	_____ 円 (D)

イ. 介護保険給付対象外サービス

金銭出納管理サービス費	_____ 500 円/月 (E)
-------------	-------------------

ウ. 1ヵ月の自己負担額(30日間)

(A)×30日+8.+9.+10.+ (B)+(C)+(D)+(E) =	_____ 円
--------------------------------------	---------

エ. 利用料金のお支払い方法

・料金・費用は、1ヵ月ごとに計算し、ご請求いたしますので、翌月20日までに以下の方法でお支払下さい。

<input type="checkbox"/> 預り金口座からの振り替え	<input type="checkbox"/> 窓口での現金支払	<input type="checkbox"/> 指定口座への振り込み
---------------------------------------	-----------------------------------	-------------------------------------

☆要介護認定を受けていない場合には、サービス利用料金の全額をいったんお支払い頂きます。要介護認定を受けた後、自己負担額を除く金額が介護保険から払い戻されます。(償還払い)

☆看取り介護加算については、必要時に負担額の説明をさせていただきます。

☆利用料金は、翌月20日に預り金口座から引き落としさせていただきます。

同意日	令和 年 月 日
同意者	_____ ㊟