

デイサービスセンター幸 (通所介護相当サービス)
重要事項説明書「別紙料金表」

(1) 介護保険対象サービス

基本料金 (1割負担の場合)

要支援1 要支援2 (週1回利用の方) 事業対象者	1, 798円/月
要支援2 (週2回利用の方)	3, 621円/月

加算料金 (1割負担の場合)

若年性認知症受入加算 (該当者のみ)	240円/月
サービス提供体制強化加算(I)	要支援1 要支援2 (週1回利用の方) 事業対象者 88円/月
	要支援2 (週2回利用の方) 176円/月
サービス提供体制強化加算(II)	要支援1 要支援2 (週1回利用の方) 事業対象者 72円/月
	要支援2 (週2回利用の方) 144円/月
送迎を行わない場合	▲47円/片道
科学的介護推進体制加算	40円/月
口腔機能向上加算 (I) (該当者のみ)	150円/回
口腔機能向上加算 (II) (該当者のみ)	160円/回
介護職員処遇改善加算 I	基本料金と加算合計の 9.2%

★若年性認知症受入加算

65歳未満の若年性認知症者を受け入れた場合に算定されます。

★サービス提供体制強化加算

加算 (I) は介護職員のうち介護福祉士が70%以上占める場合算定されます。

加算 (II) は介護職員のうち介護福祉士が50%以上占める場合算定されます。

★送迎を行わない場合

送迎を行わない場合は、片道につき減算されます。

★科学的介護推進体制加算

厚生労働省の LIFE (科学的介護情報システム) へ利用者様の状態 (匿名) やサービスの状態等のデータ提出とフィードバックを活用し、ケアの質の向上を図る取り組みをすることによって算定されます。

★口腔機能向上加算 (I)

口腔機能の低下が認められる、または低下するおそれがある方を対象に、口腔機能の改善を図るための取り組みを行った場合に算定されます。(該当者のみ。月2回まで)

★口腔機能向上加算 (Ⅱ)

上記加算 (Ⅰ) の要件に加え、LIFE に情報提供し、フィードバックをケアの質の向上に活用することで算定されます。

★介護職員処遇改善加算Ⅰ

介護職員の処遇改善目的のために算定されます。(令和6年6月より新設されました)

- ★介護保険負担割合証に2割と記載されている場合は上記金額の2倍の金額になります。
(3割と記載されている場合は上記金額の3倍の金額になります)

(2) 介護保険対象外サービス

利用料項目	利用料金
食費	640円(1日)
おやつ代	50円(1日)
コーヒー代	50円(1杯)
ソフトクリーム代	300円(1個)
リハビリパンツ代	80円(1枚)
パット代	40円(1枚)
マスク代	20円(1個)
行事費・レクリエーション費	実費(入園料、交通費、材料費等)
利用料口座振替手数料	110円(1ヶ月)

★介護保険対象サービスは介護保険の給付の範囲を超えたサービス利用は全額自己負担となります。

★前述の介護保険対象サービスに係る利用料金は、厚生労働大臣が定める基準によるものとし、制度の改正、介護報酬の改定により変動した場合には、準じて改定させていただきます。また、介護保険対象外サービスに係る利用料金は物価の変動、その他の事情により変更させていただくことがあります。料金変更の際は事前にお知らせいたします。

★毎月15日より前月ご利用分の請求をいたします。お支払い方法は銀行引き落としとなります。お支払い日は毎月25日(土、日、祝日の場合は翌営業日)となります。

★介護認定の申請中や更新中で利用月に認定が間に合わなかった場合は、介護保険一部負担金が定まりませんので、認定がおきた月にまとめて請求させていただき、自費負担分のみ請求させていただきます。

★前述の利用料の額に係るサービスの提供に当たっては、あらかじめ、利用者またはその家族に対し、当該サービスの内容及び費用について説明を行い、利用者の同意を得ることとします。

令和 年 月 日

社会福祉法人ふくいの福祉家 理事長 西野幸治

説明者職名 氏名

私は本書面に基づいて事業者から重要事項説明の説明を受け、デイサービスセンター幸の利用開始に同意しました。

利用者 住所

氏名

代理人 氏名

続柄 ()