

<介護保険からの給付の対象となるサービス>

(1) サービスが介護保険からの給付される場合

別表 1

(1日あたり)

|                       |                   | 要支援1   | 要支援2   |
|-----------------------|-------------------|--------|--------|
| 介護保険給付対象料金            | ① サービス利用料金        | 4,510円 | 5,610円 |
|                       | ② サービス提供体制強化加算(Ⅲ) | 60円    |        |
|                       | ③ 口腔連携強化加算(1月に1回) | 500円   |        |
|                       | ④ 処遇改善加算(Ⅲ)       | 570円   | 700円   |
|                       | ⑥ サービス利用に係る費用合計   | 5,640円 | 6,870円 |
|                       | ⑦ 保険給付費(9割)       | 5,074円 | 6,183円 |
|                       | ⑧ 自己負担額(1割)       | 564円   | 687円   |
| 介護保険給付対象料金            | ⑨ 食費にかかる費用        |        |        |
|                       | 第1段階              | 300円   |        |
|                       | 第2段階              | 600円   |        |
|                       | 第3段階①             | 1,000円 |        |
|                       | 第3段階②             | 1,300円 |        |
|                       | 上記以外              | 1,800円 |        |
|                       | ⑩ 滞在にかかる費用        |        |        |
|                       | 第1段階              | 0円     |        |
|                       | 第2段階              | 430円   |        |
|                       | 第3段階①             | 430円   |        |
| 第3段階②                 | 430円              |        |        |
| 上記以外                  | 915円              |        |        |
| 自 己 負 担 額             |                   | 要支援1   | 要支援2   |
| ⑧<br>+<br>⑨<br>+<br>⑩ | 第1段階              | 864円   | 987円   |
|                       | 第2段階              | 1,594円 | 1,717円 |
|                       | 第3段階①             | 1,994円 | 2,117円 |
|                       | 第3段階②             | 2,294円 | 2,417円 |
|                       | 上記以外              | 3,279円 | 3,402円 |

※なお、送迎を希望される方は、片道 1,840 円(保険給付:1,656 円、自己負担:184 円)加算されます。

※介護保険の給付額に変更があった場合は、変更された額に合わせて、ご契約者(利用者)の負担額を変更させていただきます。

※上記料金表はサービスを利用された際にかかる利用料金の目安です。実際の料金は利用料請求書にてご確認ください。

※食費は、朝食 440 円 昼食 600 円 夕食 560 円 となっています。ただし、厚生労働大臣が定める低

所得者として負担限度額認定を受けている場合には、認定証に記載している食費の負担限度額とします。

※居住費について、厚生労働大臣が定める低所得者として負担限度額認定を受けている場合には、認定証に記載している居住費の負担限度額とします。

※自己負担割合が2割または3割である場合は上記表の⑧が2倍または3倍になります。

(1) その他自己負担いただくもの

① 通常の事業実施区域外への送迎

1kmにつき、40円の実費をいただきます。

② 理美容代

月1回理容サービスを行なっております。ご利用になった場合には、その都度実費をお支払いください。

③ その他

その他、当事業所のサービスに係る費用であって、ご契約者に負担していただくことが適当と認められる料金をいただく場合があります。