ヘルパーステーション清風園契約書第6条別紙

（2021年4月改定）

訪問介護費　（要介護1～5）

※利用者が支払う基本料金は厚生労働大臣の定める介護給付費の額とします。
※基本料金は、1ヵ月分のサービス利用の合計単位数に地域区分2級地の11.12円を掛けた額とし、その1割を算出し利用者負担とします。その為合計金額では1日分の料金計算と若干の誤差が生じることがあります。
※介護保険2割負担、3割負担の方は（1）（2）に示す額の2倍又は3倍の負担額となります。

（1）基本額料金

（身体介護）　（自己負担額の目安は1割負担の場合）

所要時間	1回の単位	金額（10割）	利用料目安
20分未満	167単位	1,857円	186円
20分以上30分未満	250単位	2,780円	278円
30分以上60分未満	396単位	4,403円	441円
60分以上90分未満	579単位	6,438円	644円
引き続き30分増すごと	84単位	934円	94円

（生活介護）　（自己負担額の目安は1割負担の場合）

所要時間	1回の単位	金額（10割）	利用料目安
20分以上45分未満	183単位	2,034円	204円
45分以上	225単位	2,502円	251円

※身体介護に引き続く場合

所要時間	1回の単位	金額（10割）	利用料目安
20分以上	67単位	745円	75円
45分以上	134単位	1,490円	149円
70分以上	201単位	2,235円	224円

※基本料金に対して、早朝（午前6時～午前8時）、夜間（午後6時～午後10時）帯は上記料金の25％増し、深夜（午後10時～午前6時）帯は同50％増しとなります。
※同時に2人で訪問介護をした場合は、上記金額（単位）の200％の料金となります。

（2）加算減算料金等

1　特定事業所加算（Ⅰ）　所定単位数の20%を加算
　特定事業所加算（Ⅱ）　所定単位数の10%を加算
　特定事業所加算（Ⅲ）　所定単位数の10%を加算
　特定事業所加算（Ⅳ）　所定単位数の5%を加算
　特定事業所加算（Ⅴ）　所定単位数の3%を加算
　※上記（Ⅰ）～（Ⅳ）のいずれかを算定。（Ⅴ）は（Ⅲ）との併算定可
2　初回加算　200単位／月
3　緊急時訪問介護加算　100単位／回
4　通院のための乗車又は降車の介助　99単位／回
5　生活機能向上連携加算（Ⅰ）　100単位／月
6　介護職員処遇改善加算（Ⅰ）　上記（1）（2）で算定した単位数の総数×0.137
　介護職員処遇改善加算（Ⅱ）　上記（1）（2）で算定した単位数の総数×0.1
　介護職員処遇改善加算（Ⅲ）　上記（1）（2）で算定した単位数の総数×0.055
　介護職員等特別処遇改善加算（Ⅰ）　上記（1）（2）で算定した単位数の総数×0.063
　介護職員等特別処遇改善加算（Ⅱ）　上記（1）（2）で算定した単位数の総数×0.042
7　事業所と同一建物内への訪問　所定単位数の10%を減算

（3）キャンセル料

利用者がサービス実施前日の営業時間内までに通知することなく、サービス中止を申し出た場合は基本料金の1割を請求させていただきます。ただし、サービス利用直前に利用者に入院等のやむを得ない事情がある場合、キャンセル料は請求しないものとします。

（4）利用料の支払い

事業所は、当月の料金の合計額の請求書に明細を付して、原則翌々月15日までに利用者に送付します。

利用者は、当月の料金の合計額を翌々月27日までに原則口座振替の方法で支払います。

確 認 書

年　月　日

ヘルパーステーション清風園 利用契約書第6条別紙について説明しました。

【事業者】　所在地　東京都町田市金井7丁目17番20号
施設名　社会福祉法人賛育会 ヘルパーステーション清風園
管理者　木 口 圭 子　印

説明者　ヘルパーステーション清風園
氏　名　印

私は、ヘルパーステーション清風園 第6条別紙について説明を受け同意しました。

【利用者】　住　所

氏　名　印

代筆者　住　所

氏　名　印
（利用者本人との関係　）

家族代表者
住　所

氏　名　印
（続柄　）