

1. 利用料金等

※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10.72円を掛けた額とし、ご利用料はご利用者の自己負担割合に応じて算出した金額となります。

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。

(1)介護予防・日常生活支援総合事業 基本料金及び加算料金等 自己負担額(目安)

通所型サービス(国基準型)	単位/月	金額/月	1割	2割	3割
要支援 1 事業対象者(週1回程度)	1,798単位	19,274円	1,928円	3,855円	5,783円
要支援 2 (週1回程度)	1,811単位	19,413円	1,942円	3,883円	5,824円
要支援 2 事業対象者(週2回程度)	3,621単位	38,817円	3,882円	7,764円	11,646円
*生活機能向上グループ活動加算	100単位	1,072円	108円	215円	322円
通所型独自送迎減算	-47単位	-503円	-51円	-101円	-151円
若年性認知症利用者受入加算	240単位	2,572円	258円	515円	772円
*栄養アセスメント加算	50単位	536円	54円	108円	161円
*栄養改善加算	200単位	2,144円	215円	429円	644円
*口腔機能向上加算(Ⅰ)	150単位	1,608円	161円	322円	483円
*口腔機能向上加算(Ⅱ)	160単位	1,715円	172円	343円	515円
*一体的サービス提供加算	480単位	5,145円	515円	1,029円	1,544円
*口腔・栄養スクリーニング加算(Ⅰ)	20単位	214円	22円	43円	65円
*口腔・栄養スクリーニング加算(Ⅱ)	5単位	53円	6円	11円	16円
*科学的介護推進体制加算	40単位	428円	43円	86円	129円
*サービス提供体制強化加算(Ⅰ) 週1回 事業対象者	88単位	943円	95円	189円	283円
*サービス提供体制強化加算(Ⅱ) 週1回 事業対象者	72単位	771円	78円	155円	232円
*サービス提供体制強化加算(Ⅲ) 週1回 事業対象者	24単位	257円	26円	52円	78円
*サービス提供体制強化加算(Ⅰ) 週2回 事業対象者	176単位	1,886円	189円	378円	566円
*サービス提供体制強化加算(Ⅱ) 週2回 事業対象者	144単位	1,543円	155円	309円	463円
*サービス提供体制強化加算(Ⅲ) 週2回 事業対象者	48単位	514円	52円	103円	155円

*印については選択サービスとなり、介護福祉士、看護師、機能訓練指導員、歯科衛生士、管理栄養士配置や実績等により変動が生じる場合があります。

(3) その他の加算(2024年5月31日まで)	
介護職員処遇改善加算(Ⅰ)	(1)(2)で算定した単位数の総数×0.059
介護職員処遇改善加算(Ⅱ)	(1)(2)で算定した単位数の総数×0.043
介護職員処遇改善加算(Ⅲ)	(1)(2)で算定した単位数の総数×0.023
介護職員等特定処遇改善加算(Ⅰ)	(1)(2)で算定した単位数の総数×0.012
介護職員等特定処遇改善加算(Ⅱ)	(1)(2)で算定した単位数の総数×0.01
介護職員等ベースアップ等支援加算	(1)(2)で算定した単位数の総数×0.011

(4) その他の加算(2024年6月1日以降)	
介護職員処遇改善加算(Ⅰ)	(1)(2)で算定した単位数の総数×0.092
介護職員処遇改善加算(Ⅱ)	(1)(2)で算定した単位数の総数×0.090
介護職員処遇改善加算(Ⅲ)	(1)(2)で算定した単位数の総数×0.080
介護職員処遇改善加算(Ⅳ)	(1)(2)で算定した単位数の総数×0.064
*介護職員処遇改善加算(Ⅴ)(1)~(14)	(1)(2)で算定した単位数の総数×0.033~0.081
*介護職員等処遇改善加算(Ⅴ)については、2025年3月31日まで。	

2. その他

1食 800円(昼食代、おやつ代、お茶代含む)※非課税

- ・作品材料費等 実費負担(内容により費用は異なります)
- ・外出行事等の費用等 実費負担(行事内容により費用は異なります。)
- ・喫茶等 実費負担(ジュース1本 100円、サイダー1本 60円、お菓子1個 20円)
- ・生活用品等 リハビリパンツ 1枚 130円 尿取りパット 1枚 50円

キャンセル料

利用日当日に利用を中止した場合は、キャンセル料として食事代のみを支払うものとします。
ただし、前日までに連絡を下さった場合や、体調不良によるやむを得ない場合については、この限りでは
ございません。

確 認 書

年 月 日

所在地 東京都町田市金井7丁目17-13
 事業者 社会福祉法人 賛育会
 施設名 高齢者在宅サービスセンター清風園

高齢者在宅サービスセンター清風園 利用契約書第5条別紙の内容を説明しました。

代表者名 施設長 木口 圭子 印
 説明者 印

私は、高齢者在宅サービスセンター清風園契約書第5条別紙の内容の説明を受け同意しました。

利用者 住所 _____

氏名 _____ 印
 (代筆者 _____)

代筆者

氏名 _____ 印
 (利用者本人との関係 _____)

家族代表者

住所 _____

氏名 _____ 印
 (続柄 _____)