

【契約書別紙】

1 利用料金

利用料金の利用者負担割合は1割負担ですが、一定の所得のある方については2割又は3割となります。

(1) 基本料金 通常規模型通所介護（1日当たりの目安額 自己負担額1割負担の場合）

要介護度	3～4時間		4～5時間		5～6時間	
	利用料	自己負担額	利用料	自己負担額	利用料	自己負担額
介護度1	4,033円	404円	4,229円	423円	6,213円	622円
介護度2	4,610円	461円	4,839円	484円	7,335円	734円
介護度3	5,221円	523円	5,471円	548円	8,469円	847円
介護度4	5,809円	581円	6,104円	611円	9,592円	960円
介護度5	6,409円	641円	6,725円	673円	10,725円	1,073円
要介護度	6～7時間		7～8時間		8～9時間	
	利用料	自己負担額	利用料	自己負担額	利用料	自己負担額
介護度1	6,365円	637円	7,172円	718円	7,292円	730円
介護度2	7,510円	751円	8,469円	847円	8,621円	863円
介護度3	8,676円	868円	9,810円	981円	9,973円	998円
介護度4	9,820円	982円	11,150円	1,115円	11,346円	1,135円
介護度5	10,987円	1,099円	12,513円	1,252円	12,731円	1,274円

(2) 加算（自己負担額1割負担の場合）

	利 用 料	自己負担額
入浴介助加算（Ⅰ）	1回あたり 436円	44円
入浴介助加算（Ⅱ）	1回あたり 599円	60円
中重度者ケア体制加算	1日あたり 490円	49円
生活機能向上連携加算（Ⅰ）	1月 1,090円	109円
生活機能向上連携加算（Ⅱ）	1月 2,180円	218円
個別機能訓練加算（Ⅰ）イ	1日あたり 610円	61円
個別機能訓練加算（Ⅰ）ロ	1日あたり 828円	83円
個別機能訓練加算（Ⅱ）	1日あたり 218円	22円
ADL維持等加算（Ⅰ）	1月 327円	33円
ADL維持等加算（Ⅱ）	1月 654円	66円
認知症加算	1日あたり 654円	66円
若年性認知症利用者受入加算	1日あたり 654円	66円
栄養アセスメント加算	1月 545円	55円
栄養改善加算（月2回を限度）	1回あたり 2,180円	218円
口腔・栄養スクリーニング加算（Ⅰ）	1回あたり 218円	22円

口腔・栄養スクリーニング加算（Ⅱ）	1回あたり	54円	6円
口腔機能向上加算（Ⅰ）	1回あたり	1,635円	164円
口腔機能向上加算（Ⅱ）	1回あたり	1,744円	175円
科学的介護推進体制加算	1月	436円	44円
送迎なし減算	片道につき	512円	52円
サービス提供体制強化加算	提供体制強化加算（ⅰ）	1回あたり	239円
	提供体制強化加算（Ⅱ）	1回あたり	196円
	提供体制強化加算（Ⅲ）	1回あたり	65円
介護職員処遇改善加算（Ⅰ）	基本料金に上記該当加算を足した金額×9.2%		
介護職員処遇改善加算（Ⅱ）	基本料金に上記該当加算を足した金額×9.0%		
介護職員処遇改善加算（Ⅲ）	基本料金に上記該当加算を足した金額×8.0%		
介護職員処遇改善加算（Ⅳ）	基本料金に上記該当加算を足した金額×6.4%		
介護職員処遇改善加算（Ⅴ）	基本料金に上記該当加算を足した金額×3.3%～8.1%		
感染症災害3%加算	基本料金に上記該当加算を足した金額×3%		

※介護職員処遇改善加算は2024年6月以降の変更となります。

（３） その他の利用料金

昼食代	1食あたり	650円（全額自己負担）です。
その他おむつ代やレクリエーション代等にかかる費用は自己負担となります。		

介護保険適用の場合でも、保険料滞納等により、法定代理受領ができなくなる場合があります。

その場合は一旦1日あたりの利用料金を頂き、サービス提供証明書を発行します。
サービス提供証明書を後日墨田区の窓口に提出しますと、差額の払い戻しを受けることができます。

- ＊ 実際の料金計算については、「1ヶ月に利用した介護給付費単位×10.9円」で計算されるため、若干の誤差が生じます。あらかじめご了承ください。

2 キャンセル規定

利用者のご都合等でサービスを中止する場合、下記のキャンセル料がかかります。

①ご利用日の当日午前8時30分までにご連絡いただいた場合	無料
②ご利用日の当日午前8時30分までにご連絡がなかった場合	キャンセル料金650円

3 健康上の理由による中止

- ① 風邪、病気の際はサービスの提供をお断りすることがあります。
- ② 当日の健康チェックの結果体調が悪い場合、サービスの内容を変更または中止することがあります。その場合、家族に連絡の上、適切に対応します。
また、必要に応じて速やかに主治の医師または歯科医師に連絡を取る等必要な措置を講じます。その場合、料金は利用した時間分の料金を頂きます。

4 緊急連絡先および主治医

緊急連絡先	氏 名	
	住 所	
	電話番号	
	続 柄	
主治医	病院または診療所名	
	医師名	
	住 所	
	電話番号	

* サービスを中止した場合、同月内であればご希望の日に振り替えることができます。
ただし、定員数分の予約が入っている日には振替はできませんのでご了承ください。

事業者

<事業所名> 墨田区はなみずき高齢者在宅サービスセンター
(東京都指定 第1370701953号)

<住所> 墨田区八広三丁目2 2 番 1 4 号

<代表者名> 社会福祉法人賛育会はなみずき高齢者在宅サービスセンター代表
はなみずきホーム 施設長 印

上記内容の説明を受け、了承しました。

年 月 日

<利用者氏名> 印
代筆者 ()

<利用者家族又は代理人氏名> 印