

[契約書別紙]

1 担当職員

氏 名 _____ 連絡先 03-3617-6511 _____

2 料 金

- ・ 介護予防支援等にかかる料金は、表1のとおりです。
ただし、法定代理受領により当事業所の介護予防支援等に対し、介護保険給付又は地域支援事業費が支払われる場合 _____ 様の自己負担はございません。
- ・ 介護予防支援等の対象であっても、保険料の滞納等により、法定代理受領が出来なくなる場合があります。
その場合は前項で規定されている料金を利用者から頂き、サービス提供証明書を発行致します。サービス提供証明書（「添付資料2」参照）を、後日墨田区介護保険課の窓口に出していただきますと、払い戻しを受けることができます。
なお、介護予防支援等にかかる料金は、加算・減算により料金の変更があります。
- ・ 今後、介護保険法の改正に伴い、料金体制が変更になった場合は、変更後の料金体制を文書により通知します。

（表1） 介護予防支援等にかかる料金

<基本の利用料>

区 分	業務対象者	金 額
①指定介護予防支援費	指定介護予防給付サービスの利用者	5,038円
②原則型ケアマネジメント費	予防訪問介護・予防通所介護相当サービスの利用者	5,038円
③初回型ケアマネジメント費	住民主体のサービス等の利用者	5,038円

<基本の利用料（高齢者虐待防止措置未実施減算適用の場合）>

区 分	業務対象者	金 額
①指定介護予防支援費	指定介護予防給付サービスの利用者	4,993円
②原則型ケアマネジメント費	予防訪問介護・予防通所介護相当サービスの利用者	4,993円
③初回型ケアマネジメント費	住民主体のサービス等の利用者	4,993円

<加算>

区 分	業務対象者	金 額
初回加算 ※上表①②③の区分のみ算定	①初めて介護予防サービス計画を作成する場合に算定 ②過去2か月以上、支援が空きサービスが提供されておらず、新たにプランを作成した場合に算定	3,420円
委託連携加算 ※上表①、②の区分のみ算定	利用者1人につき、指定介護予防支援を指定居宅介護支援事業所に委託する初回に限り算定	3,420円

3 相談、要望、苦情等の窓口

介護予防支援等に関する相談、要望、苦情等はサービス提供責任者又は、下記窓口までお申し出ください。

— サービス相談窓口 —	
ぶんか地域包括支援センター	
電話番号	: 03-3617-6511
受付時間	: 9:00~18:00
	月曜日~土曜日
	(日、祝日を除く)

事業者名 ぶんか地域包括支援センター（東京都指定第1300700026号）

住所 墨田区文花一丁目29番5号
都営文花一丁目アパート5号棟1階

代表者名 吉田 美香 印

上記内容の説明を受け、了承しました。

年 月 日

利用者名 _____ 印

(家族代表者名) _____ 印

(代理人名) _____ 印