

通所介護・通所介護相当サービス(デイサービス)orサービス内容変更同意書

【職員体制】

職 種	定員 月～土 曜日 35名		
	常勤	非常勤	指定基準
1 管理者	1名		1名
2 生活相談員	1名	4名	1名
3 看護職員		4名	1名
4 介護職員	7名	17名	5名
5 機能訓練指導員		4名	1名

【通所介護・1日あたりの利用料金表】

7時間以上8時間未満

単位：円

要介護区分	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
基本利用料(変更)	6,580	7,770	9,000	10,230	11,480
入浴介助加算	400	400	400	400	400
サービス提供体制強化加算	220	220	220	220	220
中重度ケア体制加算	450	450	450	450	450
合計(A)	7,650	8,840	10,070	11,300	12,550
(A)のうち自己負担額	765	884	1,007	1,130	1,255
食費負担額	650	650	650	650	650
一回あたりの自己負担額計	1,415	1,534	1,657	1,780	1,905

【通所介護相当サービス・1ヶ月あたりの利用料金表】

単位：円

要支援区分等	要支援1	要支援2		サービス事業対象者	
		週1回利用	週2回利用	週1回利用	週2回利用
月額利用料金(変更)	17,980	17,980	36,210	17,980	36,210
サービス提供体制加算/月	880	880	1,760	880	1,760
月額合計	18,860	18,860	37,970	18,860	37,970
1ヶ月あたりの自己負担額	1,886	1,886	3,797	1,886	3,797

※別途、食事負担として1食650円いただきます。

キャンセル料金	サービス利用当日午前8時5分までに連絡をいただかなかった場合	1回650円
---------	--------------------------------	--------

※当事業所は、科学的介護推進体制加算を取得しております。

- 科学的介護推進体制加算は、1ヶ月400円となります。(1ヶ月の自己負担額40円)
- 科学的介護推進体制加算は上記の金額に含まれていません。

※当事業所は、介護職員処遇改善加算(Ⅲ)の適用を受けています。

- 介護職員処遇改善加算は、1ヶ月の総利用額に8.0%を乗じた分の金額となります。
- 介護職員処遇改善加算(Ⅲ)は上記の金額に含まれていません。

※自己負担額月額は1割負担の場合です。「介護保険負担割合証」で、2割又は3割負担該当の通知を受けた方は、利用料と各種加算合算額の2割又は3割負担となります。

詳しい料金等につきましては、担当者にお問い合わせください。

説明者 \_\_\_\_\_ 印

以上のサービス内容の説明を受け同意します。

令和 年 月 日 ご利用者氏名 \_\_\_\_\_ 印

署名代行者 \_\_\_\_\_ 印