

通所介護サービスご利用確認書

【2割負担の方】

例：週1回利用し、月4回利用した場合の金額

適用	平成27年8月1日より	要介護度	要介護(2)
サービス利用曜日	月・火・水・金・土	月・週(1)回	
利用料お支払方法	1. 現金支払い	2. 銀行口座引落し	3. 金融機関振込み

サービス利用料金

下記の通りご契約者の介護度により利用料金が異なります。

※当事業所のサービス提供時間は、7時間以上9時間未満となっております。

※堺市の地域区分は5級地となっております。上乗せ割合は10.45です。

サービス利用単位数 (単位)	A	要介護1 656	要介護2 775	要介護3 898	要介護4 1021	要介護5 1144
入浴介助加算(単位)	B	50	50	50	50	50
個別機能訓練加算Ⅱ (単位)	C	56	56	56	56	56
サービス提供体制強化加算Ⅰイ (単位)	D	18	18	18	18	18
介護職員処遇改善加算Ⅰ	E	4.0%	4.0%	4.0%	4.0%	4.0%
サービス利用料金① [(A+B+C+D)×(1+E)]×10.45		¥8,474	¥9,770	¥11,108	¥12,445	¥13,783
保険給付額② [(A+B+C+D)×(1+E)]×10.45×90%		¥6,779	¥7,816	¥8,886	¥9,956	¥12,404
利用者負担額①-②		¥1,695	¥1,954	¥2,222	¥2,489	¥1,379
食費		¥600	¥600	¥600	¥600	¥600
1日あたり		¥2,295	¥2,554	¥2,822	¥3,089	¥1,979

※当事業所の「サービス提供地域」内にお住まいのご契約者の交通費は無料ですが

地域外にお住まいのご契約者は別途1,000円の交通費がかかります。

※病院などの受診で送迎を当事業所が行わなかった時、当日の総単位数より47単位減算します。

お見積もり(1ヶ月あたり)			備考
ご利用予定回数(4)回			
①	介護保険対象分(1割負担)	¥7,817	左記お見積もりには 紙おむつ代・尿取り パット代・レクリエー ション等の材料代は 含まれていません。
②	食費	¥2,400	
③	全額自己負担分		
①+②+③	利用者負担額合計	¥10,217	