

通所介護サービスご利用確認書

【1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(3)
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。上乘せ割合は10.45です。

サービス利用単位数(単位)	A	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
サービス利用単位数(単位)	A	656	775	898	1021	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%		¥7,626	¥8,793	¥9,997	¥11,200	¥12,404
利用者負担額①－②		¥848	¥977	¥1,111	¥1,245	¥1,379
食費		¥600	¥600	¥600	¥600	¥600
1日あたり		¥1,448	¥1,577	¥1,711	¥1,845	¥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			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。
①	介護保険対象分(1割負担)	¥4,444	
②	食費	¥2,400	
③	全額自己負担分		
①+②+③	利用者負担額合計	¥6,844	