

介護予防・日常生活支援総合事業 別紙 1

令和 6 年 4 月 1 日現在

この契約書別紙は、介護予防通所介護サービスの内容および利用料金等変動事項について記載したものです。以降も変更あったときは、この別紙を差し替え、契約事項の変更とします。

○利用日 毎週 月 火 水 木 金 土曜日の週 ____ 回

○利用時間 午前 ____ 時 ____ 分 ~ 午後 ____ 時 ____ 分

○料 金

①介護予防通所介護費（地域区分 10.27%） (1割負担の場合)

介護度等	1月の利用料金	1月の自己負担額
要支援 1	月額 18,465 円	月額 1,847 円
要支援 2	月額 37,187 円	月額 3,719 円

加 算

口腔・栄養スクリーニング加算（Ⅰ）	205 円/回	21 円/回
科学的介護推進体制加算	月額 410 円	月額 41 円
	月額 7,189 円	月額 719 円
	月額 1,232 円	月額 124 円
サービス提供体制強化加算Ⅰ	要支援 1 月額 903 円	月額 91 円
	要支援 2 月額 1,807 円	月額 181 円
サービス提供体制強化加算Ⅱ	要支援 1 月額 739 円	月額 74 円
	要支援 2 月額 1,478 円	月額 148 円
サービス提供体制強化加算Ⅲ	要支援 1 月額 246 円	月額 25 円
	要支援 2 月額 492 円	月額 50 円
介護職員処遇改善加算（Ⅰ）	算定単位数の合計×92/1000	左料金の1割を負担
介護職員処遇改善加算（Ⅱ）	算定単位数の合計×90/1000	左料金の1割を負担
介護職員処遇改善加算（Ⅲ）	算定単位数の合計×80/1000	左料金の1割を負担
介護職員処遇改善加算（Ⅳ）	算定単位数の合計×64/1000	左料金の1割を負担
昼食、おやつ材料費		1回 790 円

口腔・栄養スクリーニング加算は6か月に1回の算定です

※自己負担額は介護保険負担割合証に準ずる

②その他の費用（必要な方のみ）

紙オムツ代（リハビリパンツ）	150 円
尿とりパット	50 円
衣類の洗濯	200 円

趣味教室の材料費（希望者のみ自己負担） 実費

③キャンセル料金 790 円

サービスの利用をキャンセルされる場合、利用日の当日に連絡を頂いた場合はキャンセル料が発生します。

介護予防通所介護サービスの提供にあたり、利用者に重要な事項を説明しました。この証として本書2通を作成し、利用者、事業者が署名・押印の上各自1通を保存するものとします。

令和 年 月 日

事業者名 社会福祉法人 常盤会
高齢者在宅サービスセンターみずほ

所在地 東京都西多摩郡瑞穂町箱根ヶ崎 922-1

管理者 山下 充世

説明者 所属 高齢者在宅サービスセンターみずほ
氏名 印

令和 年 月 日

利用者 住所
氏名 印

家族代表(続柄)
住所
氏名 印

代理人 (続柄)
住所
氏名 印

介護予防・日常生活支援総合事業

第一号事業重要事項説明書

様

・高齢者在宅サービスセンターみずほ