

ご利用料金のご案内 (2024.4月～) 【でいさーびす 青空】

事業所番号3471509160
 福山市新市町大字戸手152番地1
 TEL(FAX) 0847-51-3900 0847-51-3910

説明者 ()

| | | | | | |
|---|-----------------|-----|---|---|---|
| 様 | 事業対象者・要支援1・要支援2 | 開始日 | 年 | 月 | 日 |
|---|-----------------|-----|---|---|---|

| | | | | | | | |
|------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|----------|
| 標準的な回数を定める場合 (1月につき) | <input type="checkbox"/> | 1割 | <input type="checkbox"/> | 2割 | <input type="checkbox"/> | 3割 | |
| 事業対象者 | <input type="checkbox"/> | 1,798円/月 | <input type="checkbox"/> | 3,596円/月 | <input type="checkbox"/> | 5,394円/月 | |
| 要支援1 | <input type="checkbox"/> | 1,798円/月 | <input type="checkbox"/> | 3,596円/月 | <input type="checkbox"/> | 5,394円/月 | |
| 要支援2 | <input type="checkbox"/> | 3,621円/月 | <input type="checkbox"/> | 7,242円/月 | <input type="checkbox"/> | 10,863円/月 | |
| 1月当たりの回数を定める場合 (1回につき) | <input type="checkbox"/> | 1割 | <input type="checkbox"/> | 2割 | <input type="checkbox"/> | 3割 | |
| 事業対象者 | 月1回～4回 | <input type="checkbox"/> | 436円/日 | <input type="checkbox"/> | 872円/日 | <input type="checkbox"/> | 1,308円/日 |
| 要支援1 | 月1回～4回 | <input type="checkbox"/> | 436円/日 | <input type="checkbox"/> | 872円/日 | <input type="checkbox"/> | 1,308円/日 |
| 要支援2 | 月1回～8回 | <input type="checkbox"/> | 447円/日 | <input type="checkbox"/> | 894円/日 | <input type="checkbox"/> | 1,341円/日 |

| | | | | | | | |
|------------------|------------|--------------------------|------------------|--------------------------|--------|--------------------------|----------|
| 加算 | | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> | |
| 生活機能向上グループ活動加算 | | <input type="checkbox"/> | 100円/月 | <input type="checkbox"/> | 200円/月 | <input type="checkbox"/> | 300円/月 |
| 科学的介護推進体制加算 | | <input type="checkbox"/> | 40円/月 | <input type="checkbox"/> | 80円/月 | <input type="checkbox"/> | 120円/月 |
| 一体的サービス提供加算 | | <input type="checkbox"/> | 480円/月 | <input type="checkbox"/> | 960円/月 | <input type="checkbox"/> | 1,440円/月 |
| 口腔機能向上加算Ⅰ | 月1回まで | <input type="checkbox"/> | 150円/回 | <input type="checkbox"/> | 300円/回 | <input type="checkbox"/> | 450円/回 |
| 口腔機能向上加算Ⅱ | 月1回まで | <input type="checkbox"/> | 160円/回 | <input type="checkbox"/> | 320円/回 | <input type="checkbox"/> | 480円/回 |
| 若年性認知症利用者受入加算 | | <input type="checkbox"/> | 240円/月 | <input type="checkbox"/> | 480円/月 | <input type="checkbox"/> | 720円/月 |
| サービス提供体制強化加算Ⅰ | 事業対象者・要支援1 | <input type="checkbox"/> | 88円/月 | <input type="checkbox"/> | 176円/月 | <input type="checkbox"/> | 264円/月 |
| サービス提供体制強化加算Ⅰ | 事業対象者・要支援2 | <input type="checkbox"/> | 176円/月 | <input type="checkbox"/> | 352円/月 | <input type="checkbox"/> | 528円/月 |
| 介護職員処遇改善加算Ⅲ | R6.5月まで | <input type="checkbox"/> | 1ヶ月あたりの総単位数×2.3% | | | | |
| 介護職員ベースアップ等支援加算 | R6.5月まで | <input type="checkbox"/> | 1ヶ月あたりの総単位数×1.1% | | | | |
| 介護職員処遇改善加算Ⅴ (13) | R6.6月～ | <input type="checkbox"/> | 1ヶ月あたりの総単位数×4.4% | | | | |

| | | | | | | | |
|---|--|--------------------------|---------|--------------------------|---------|--------------------------|----------|
| 減算項目 | | <input type="checkbox"/> | ▲47円/片道 | <input type="checkbox"/> | ▲94円/片道 | <input type="checkbox"/> | ▲141円/片道 |
| 送迎を行わない場合、減算します | | | | | | | |
| 個別サービス計画上、送迎が往復か片道かを位置付けした上で、実際の送迎の有無を確認の上、送迎を行っていない場合は減算します。徒歩での送迎は減算の対象にはなりません。 | | | | | | | |

| | | |
|-----------------|---|--|
| 介護保険外 | | |
| 昼食代 (キャンセル料) | <input type="checkbox"/> 普通食 570円 (350円) | <input type="checkbox"/> 特別食 590円 (腎臓食・糖尿病食) (370円) ※ご利用予定日の3日前から発生します。 |
| 入浴介助用タオル | 100円 (枚) | 個別サービス計画上、入浴介助がある方は必ずタオルをご持参ください。忘れた方に使用します。 |
| 紙パンツ | 140円 (枚) | 必要な方は必ずご持参ください。忘れた方にご使用させていただきます。 |
| 尿取りパット | 90円 (枚) | |
| 使い捨てマスク | 50円 (枚) | 必ず予備を1枚ご持参ください。取り替えが必要な場合ご使用させていただきます。 |
| おやつ代 | 250円 | 栄養クッキング教室で作ります。 |
| しあわせのカフェ | 200円 (1メニュー) | 定番のコーヒー以外に、季節に応じたカフェメニューをご用意しております。 |

上記のサービス内容と利用料金の説明を受け同意しました。

同意日 年 月 日

利用者氏名

署名代行者 (続柄)

署名代行理由

ご利用料金のご案内 (2024.4月～) 【でいさーびす青空】

事業所番号3471509160
 福山市新市町大字戸手152番地1
 TEL(FAX) 0847-51-3900 0847-51-3910

説明者 ()

| | | | | | | | | | | |
|---|-----|---|---|---|---|---|-----|---|---|---|
| 様 | 要介護 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 開始日 | 年 | 月 | 日 |
|---|-----|---|---|---|---|---|-----|---|---|---|

| | | | | | | |
|-----------------------|--------------------------|----------|--------------------------|----------|--------------------------|----------|
| ■基本 (算定6h～7hサービス提供時間) | <input type="checkbox"/> | 1割 | <input type="checkbox"/> | 2割 | <input type="checkbox"/> | 3割 |
| 要介護1 | <input type="checkbox"/> | 584円/日 | <input type="checkbox"/> | 1,168円/日 | <input type="checkbox"/> | 1,752円/日 |
| 要介護2 | <input type="checkbox"/> | 689円/日 | <input type="checkbox"/> | 1,378円/日 | <input type="checkbox"/> | 2,067円/日 |
| 要介護3 | <input type="checkbox"/> | 796円/日 | <input type="checkbox"/> | 1,592円/日 | <input type="checkbox"/> | 2,388円/日 |
| 要介護4 | <input type="checkbox"/> | 901円/日 | <input type="checkbox"/> | 1,802円/日 | <input type="checkbox"/> | 2,703円/日 |
| 要介護5 | <input type="checkbox"/> | 1,008円/日 | <input type="checkbox"/> | 2,016円/日 | <input type="checkbox"/> | 3,024円/日 |

| | | | | | | | |
|------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------|
| ■加算 | | | | | | | |
| 入浴介助体制加算Ⅰ | <input type="checkbox"/> | 40円/日 | <input type="checkbox"/> | 80円/日 | <input type="checkbox"/> | 120円/日 | |
| 入浴介助体制加算Ⅱ | <input type="checkbox"/> | 55円/日 | <input type="checkbox"/> | 110円/日 | <input type="checkbox"/> | 165円/日 | |
| 個別機能訓練加算Ⅰ (イ) | <input type="checkbox"/> | 56円/日 | <input type="checkbox"/> | 112円/日 | <input type="checkbox"/> | 168円/日 | |
| 個別機能訓練加算Ⅰ (ロ) | <input type="checkbox"/> | 76円/日 | <input type="checkbox"/> | 152円/日 | <input type="checkbox"/> | 228円/日 | |
| 口腔機能向上加算Ⅰ | 月2回まで | <input type="checkbox"/> | 150円/回 | <input type="checkbox"/> | 300円/回 | <input type="checkbox"/> | 450円/回 |
| 口腔機能向上加算Ⅱ | 月2回まで | <input type="checkbox"/> | 160円/回 | <input type="checkbox"/> | 320円/回 | <input type="checkbox"/> | 480円/回 |
| 若年性認知症利用者受入加算 | <input type="checkbox"/> | 60円/回 | <input type="checkbox"/> | 120円/回 | <input type="checkbox"/> | 180円/回 | |
| サービス提供体制強化加算Ⅰ | <input type="checkbox"/> | 22円/回 | <input type="checkbox"/> | 44円/回 | <input type="checkbox"/> | 66円/回 | |
| 科学的介護推進体制加算 | <input type="checkbox"/> | 40円/月 | <input type="checkbox"/> | 80円/月 | <input type="checkbox"/> | 120円/月 | |
| 介護職員処遇改善加算Ⅲ | R6.5月まで | <input type="checkbox"/> | 1ヶ月あたりの総単位数×2.3% | | | | |
| 介護職員等ベースアップ等支援加算 | R6.5月まで | <input type="checkbox"/> | 1ヶ月あたりの総単位数×1.1% | | | | |
| 介護職員処遇改善加算Ⅴ (13) | R6.6月～ | <input type="checkbox"/> | 1ヶ月あたりの総単位数×4.4% | | | | |

| | | | | | | |
|--|--------------------------|---------|--------------------------|---------|--------------------------|----------|
| ■減算項目 | | | | | | |
| 送迎を行わない場合、減算します | <input type="checkbox"/> | ▲47円/片道 | <input type="checkbox"/> | ▲94円/片道 | <input type="checkbox"/> | ▲141円/片道 |
| 個別サービス計画上、送迎が往復か片道かを位置付けした上で、実際の送迎の有無を確認の上、送迎を行っていない場合は減算しません。徒歩での送迎は減算の対象にはなりません。 | | | | | | |

| | | |
|-----------------|---|--|
| ■介護保険外 | | |
| 昼食代 (キャンセル料) | <input type="checkbox"/> 普通食 570円 (350円) | <input type="checkbox"/> 特別食 590円 (腎臓食・糖尿病食) (370円) ※ご利用予定日の3日前から発生します。 |
| 入浴介助用タオル | 100円 (枚) | 個別サービス計画上、入浴介助がある方は必ずタオルをご持参ください。忘れた方に使用します。 |
| 紙パンツ | 140円 (枚) | 必要な方は必ずご持参ください。忘れた方にご使用させていただきます。 |
| 尿取りパット | 90円 (枚) | |
| 使い捨てマスク | 50円 (枚) | 必ず予備を1枚ご持参ください。取り替えが必要な場合ご使用させていただきます。 |
| おやつ代 | 250円 | 栄養クッキング教室で作ります。 |
| しあわせのカフェ | 200円 (1メニュー) | 定番のコーヒー以外に、季節に応じたカフェメニューをご用意しております。 |

■上記のサービス内容と利用料金の説明を受け同意しました。

同意日 年 月 日

利用者氏名

署名代行者 (続柄)

署名代行理由