

特定入所者生活介護 利用料金

別紙 1

介護報酬告示額

(1) 基本料金 (1日当たり)

要介護度	単位数	利用料	自己負担額
要介護1	533単位	5,330円	533円
要介護2	597単位	5,970円	597円
要介護3	666単位	6,660円	666円
要介護4	730単位	7,300円	730円
要介護5	798単位	7,980円	798円

その他の費用

日常生活上必要となる諸経費、オムツ代、理美容代、嗜好品、医療費については別途実費負担になります。

通院又は入退院の際の介助等に要する費用：三次市、旧庄原市の医療機関1回につき500円の負担となります。

(2) 加算料金

*** ご契約時下記、○印をした加算のみ算定させていただきます。**

加算項目	有	無	回数	単位数	自己負担額
医療機関連携加算	有	無	1回	80単位	80円
個別機能訓練加算	有	無	1日につき	12単位	12円
介護職員処遇改善加算 I	有		1ヶ月につき	6.1%	下記※印参照

※介護職員処遇改善加算 I については、1ヶ月のご利用単位数に6.1%を乗じた金額をご負担していただきます。

上記の内容の説明を受け、了承しました。

平成 年 月 日

<利用者氏名>

印

<代理人氏名>

印

介護予防特定入居者生活介護 利用料金

別紙 2

介護報酬告示額

(1) 基本料金 (1日当たり)

要介護度	単位数	利用料	自己負担額
要支援1	179単位	1,790円	179円
要支援2	308単位	3,080円	308円

その他の費用

日常生活上必要となる諸経費、オムツ代、理美容代、嗜好品、医療費については別途実費負担になります。

通院又は入退院の際の介助等に要する費用：三次市、旧庄原市の医療機関1回につき500円の負担となります。

(2) 加算料金

* ご契約時下記、○印をした加算のみ算定させていただきます。

加算項目	有 無		回数	単位数	自己負担額
	有	無			
医療機関連携加算	有	無	1回	80単位	80円
個別機能訓練加算	有	無	1日につき	12単位	12円
介護職員処遇改善加算 I	有		1ヶ月につき	6.1%	下記※印参照

※介護職員処遇改善加算 I については、1ヶ月のご利用単位数に6.1%を乗じた金額をご負担していただきます。

上記の内容の説明を受け、了承しました。

平成 年 月 日

<利用者氏名>

印

<代理人氏名>

印