

I. 料金表 指定地域密着型通所介護

(I) 提供するサービスの利用料、利用者負担額（介護保険を適用する場合）について

要介護度	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
サービス提供時間					
① 3時間以上4時間未満	415円	476円	538円	598円	661円
② 4時間以上5時間未満	435円	499円	564円	627円	693円
③ 5時間以上6時間未満	655円	773円	893円	1,010円	1,130円
④ 6時間以上7時間未満	673円	798円	922円	1,045円	1,168円
⑤ 7時間以上8時間未満	750円	887円	1,028円	1,168円	1,308円
⑥ 8時間以上9時間未満	780円	922円	1,068円	1,216円	1,360円
⑦ 2時間以上3時間未満	②の70%	②の70%	②の70%	②の70%	②の70%

加 算	単位数	利用者負担額	算 定 回 数 等
入浴介助加算（I）	40 単位	40 円	1 日につき
中重度者ケア体制加算	45 単位	45 円	
生活機能向上連携加算（I）	100 単位	100 円	1 月につき
生活機能向上連携加算（II）	200 単位	200 円	1 月につき
個別機能訓練加算（I）イ	56 単位	56 円	1 日につき
個別機能訓練加算（I）ロ	85 単位	85 円	1 日につき
個別機能訓練加算（II）	20 単位	20 円	1 日につき
ADL 維持等加算（I）	30 単位	30 円	1 月につき
ADL 維持等加算（II）	60 単位	60 円	1 月につき
認知症加算	60 単位	60 円	1 日につき
若年性認知症利用者受入加算	60 単位	60 円	1 日につき
栄養アセスメント加算	50 単位	50 円	1 月につき
栄養改善加算	200 単位	200 円	月 2 回を限度
栄養スクリーニング加算（I）	20 単位	20 円	6 ヶ月に 1 回を限度
栄養スクリーニング加算（II）	5 単位	5 円	6 ヶ月に 1 回を限度
口腔機能向上加算（I）	150 単位	150 円	月 2 回を限度
口腔機能向上加算（II）	160 単位	160 円	月 2 回を限度
科学的介護推進体制加算	40 単位	40 円	1 月につき
事業所が送迎を行わない場合	-47 単位	-47 円	片道につき
サービス提供体制強化加算（I）	22 単位	22 円	1 回につき（I）・（II）・（III）のいずれか

サービス提供体制強化加算 (Ⅱ)	18 単位	18 円	
サービス提供体制強化加算 (Ⅲ)	6 単位	6 円	
介護職員処遇改善加算 (Ⅰ)	所定単位数の 59/1000	左記の 1 割	サービス利用合計単位数の 59/1000
介護職員等特定処遇改善加算	所定単位数の 12/1000		1 月につき

※ 利用者負担額は、1 割負担の金額で記載しております。

※利用者負担割合が 2 割の利用者の方に関しましては、上表基本単価・加算額の 2 割の金額となります。
 ※利用者負担割合が 3 割の利用者の方に関しましては、上表基本単価・加算額の 3 割の金額となります。

※ サービス提供時間数は、実際にサービス提供に要した時間ではなく、居宅サービス計画及び通所介護計画に位置付けられた時間数（計画時間数）によるものとしますが、利用者の希望又は心身の状況等により、あるサービス提供日における計画時間数を短縮する場合は、その日に係る通所介護計画を変更し、変更後のサービス提供時間数に応じた利用料となります。なお引き続き、計画時間数とサービス提供時間数が異なる場合は、利用者の同意を得て、居宅サービス計画の変更の援助を行うとともに通所介護計画の見直しを行いません。

※ 利用者の希望又は心身の状況等によりサービスを中止した場合で、計画時間数とサービス提供時間数が大幅に異なる（1～2 時間程度の利用）場合は、当日の利用はキャンセル扱いとします。

※ 月平均の利用者の数が当事業所の定員を上回った場合及び通所介護従業者の数が人員配置基準を下回った場合は、上記金額のうち基本単位数に係る翌月の利用料及び利用者負担額は、70/100 となります。

※ （利用料について、事業者が法定代理受領を行わない場合）上記に係る利用料は、全額をいったんお支払いただきます。この場合、「サービス提供証明書」を交付しますので、「領収書」を添えてお住まいの市町村に居宅介護サービス費の支給（利用者負担額を除く）申請を行ってください。

(2) その他の費用について

① 送迎費	利用者の居宅が、通常の事業の実施地域以外の場合、運営規程の定めに基づき、送迎に要する費用の実費を請求いたします。 10 km以内 500 円 10 km以上 500 円 + 1 km毎 20 円	
② キャンセル料	サービスの利用をキャンセルされる場合、キャンセルの連絡をいただいた時間に応じて、下記によりキャンセル料を請求させていただきます。	
	前日までのご連絡の場合	キャンセル料は不要です
	当日までにご連絡のない場合	1 提供当りの料金の 10%を請求いたします。
※ただし、利用者の病状の急変や急な入院等の場合には、キャンセル料は請求いたしません。		
① 食事の提供に要する費用	500 円 (1 食当り 食材料費及び調理コスト)	
② おやつ代	55 円 / 1 回 (税込)	
③ おむつ代	実費相当額	
④ レクリエーション 行事活動費	ご契約者の希望によりレクリエーションや行事活動に参加していただくことができます。 利用料金：材料代等 (月額 100 円)	

⑤ 日常生活費	日常生活品の購入代金等ご契約者の日常生活に要する費用でご契約者に負担いただくことが適当であるものにかかる費用を負担いただきます。
---------	--

別表 2

① 「個人情報」提供・使用に対する同意書

私（利用者）及びその家族等の個人情報については、奄美佳南園春日デイサービスセンターにおける秘密保持に関し、下記の場合にその必要とする範囲内で使用することに同意します。

記

1. 事業者が、介護保険法等関係法令に従い、利用者の個別支援計画に基づくサービス等を円滑に実施するために行うサービス担当者会議等において使用する場合
2. 利用者の行政等関係機関及び地域包括支援センター・居宅支援事業所からの照会に応じる場合
3. 利用者が入院等医療機関で受診する際、医療機関に対して個人情報を使用する場合
4. 事業者が、利用終了によって利用者を他の事業所へ紹介するなどの援助を行うに際し必要な個人情報を使用する場合
5. 他の介護サービス給付費等の請求等のため行政機関への連絡調整において使用する場合、及び、行政機関からの照会への回答を行うため使用する場合
6. 施設賠償事由等が発生したことにより保険会社等へ情報提供する場合
7. 法律で定められた報告、届出、統計等を行うために使用する場合
8. サービスの質の向上のために学会、研究会等での事例研究発表等。なお、この場合でも、利用者個人を特定できないように仮名等を使用することを厳守するとともにその都度了解を得ることとします。
9. 実習生・ボランティアを受け入れる場合。なお、実習生の場合、ケース担当としてつく場合は、ご本人、ご本人に確認できない場合は家族に、その都度同意を得るものとします。
10. 施設便り発行・DVD作成（施設行事用）など、写真を使用する場合
上記に掲げる事項は、利用終了後も同様の取扱いとなります。

年 月 日

社会福祉法人聖隷福祉事業団
奄美佳南園春日デイサービスセンター 御中

利用者	住 所	
	氏 名	印
署名代行者	氏 名	（続柄）印
家族代表者	住 所	

	氏名	(続柄)	印
--	----	------	---