

別表 「介護給付サービス費」

* 生活介護（定員 31 人以上 40 人以下の場合）

下記の料金表によって、利用者個人の障害支援区分に応じたサービス利用料金から、介護給付費の給付額（全体の 9 割）を除いた金額（全体額の 1 割）と食費・光熱費の合計金額をお支払い頂きます。（利用者負担軽減措置が別途ございます）

① 生活介護サービス費 障害支援区分と利用時間	区分 2 以下	区分 3	区分 4	区分 5	区分 6
3 時間未満	1, 840 単位	2, 030 単位	2, 260 単位	3, 310 単位	4, 470 単位
3 時間以上 4 時間未満	2, 290 単位	2, 530 単位	2, 840 単位	4, 140 単位	5, 580 単位
4 時間以上 5 時間未満	2, 770 単位	3, 050 単位	3, 400 単位	4, 970 単位	6, 700 単位
5 時間以上 6 時間未満	3, 220 単位	3, 550 単位	3, 960 単位	5, 790 単位	7, 820 単位
6 時間以上 7 時間未満	4, 500 単位	4, 950 単位	5, 530 単位	8, 080 単位	10, 870 単位
7 時間以上 8 時間未満	4, 610 単位	5, 070 単位	5, 670 単位	8, 290 単位	11, 160 単位
8 時間以上 9 時間未満	5, 220 単位	5, 680 単位	6, 290 単位	8, 900 単位	11, 780 単位
② 「生活介護」について介護給 付費が給付される費用	区分 2 以下	区分 3	区分 4	区分 5	区分 6
3 時間未満	1, 656 単位	1, 827 単位	2, 034 単位	2, 979 単位	4, 023 単位
3 時間以上 4 時間未満	2, 061 単位	2, 277 単位	2, 556 単位	3, 726 単位	5, 022 単位
4 時間以上 5 時間未満	2, 493 単位	2, 743 単位	3, 060 単位	4, 473 単位	6, 030 単位
5 時間以上 6 時間未満	2, 898 単位	3, 195 単位	3, 564 単位	5, 211 単位	7, 038 単位
6 時間以上 7 時間未満	4, 050 単位	4, 455 単位	4, 977 単位	7, 272 単位	9, 783 単位
7 時間以上 8 時間未満	4, 149 単位	4, 563 単位	5, 103 単位	7, 461 単位	10, 044 単位

8 時間以上 9 時間未満	4, 698 単位	5, 112 単位	5, 661 単位	8, 010 単位	10, 602 単位
③「生活介護」利用にかかる 自己負担（1 割負担） （①－②）	区分 2 以下	区分 3	区分 4	区分 5	区分 6
3 時間未満	184 単位	203 単位	226 単位	331 単位	447 単位
3 時間以上 4 時間未満	229 単位	253 単位	284 単位	414 単位	558 単位
4 時間以上 5 時間未満	277 単位	305 単位	340 単位	497 単位	670 単位
5 時間以上 6 時間未満	322 単位	355 単位	396 単位	579 単位	782 単位
6 時間以上 7 時間未満	450 単位	495 単位	553 単位	808 単位	1, 087 単位
7 時間以上 8 時間未満	461 単位	507 単位	567 単位	829 単位	1, 116 単位
8 時間以上 9 時間未満	522 単位	568 単位	629 単位	890 単位	1, 178 単位
人員配置体制加算（Ⅰ）	321 単位/日				
福祉専門職員配置等加算Ⅰ	15 単位/日				
福祉専門職員配置等加算Ⅲ	6 単位/日				
常勤看護師等配置加算	28 単位/日（定員 11 人以上 20 人以下）				
食事提供体制加算 （収入が一定以下、一般 2 以外）	30 単位/日				
初期加算	30 単位/日				
利用者負担上限額管理加算	150 単位/月				
欠席時対応加算（4/月まで）	94 単位/回				
リハビリテーション加算（Ⅱ）	20 単位/回				
送迎加算（Ⅰ）	21 単位/（片道）				

送迎加算(重度)	28 単位/ (片道) 障害支援区分 5 若しくは障害支援区分 6 又はこれに準ずる者 (一定以上の行動障害を有する者又はたんの吸引等を必要とする者 が 60%以上いる場合に上記に対して加算されます。
重度障害者支援加算 (Ⅰ)	人員配置体制加算 (Ⅰ)、常勤看護師等配置加算 (Ⅲ) を算定し、規 定以上の配置を満たしている場合。 50 単位/日
重度障害者支援加算 (Ⅱ)	(一) 生活支援員のうち、20%以上基礎研修修了者を配置。区分 6 か つ行動関連項目 10 点以上の者に対し、実践研修修了者の作成した 支援計画シートに基づき個別支援を行った場合。 360 単位/日 ◇個別支援を開始した日から 180 日以内は+500 単位/日 (二) (一) を満たした上で、行動関連項目 18 点以上の者に対して 中核的人材養成研修修了者の作成した支援計画シートに基づき、個 別支援を行った場合。 (一) に加え+150 単位/日 個別支援を開始した日から 180 日以内 (一) ◇に加え+200 単位/日
重度障害者支援加算 (Ⅲ)	(一) 生活支援員のうち、20%以上の基礎研修修了者を配置。区分 4 以上かつ行動関連項目 10 点以上の者に対し、実践研修修了者の作成 した支援計画シートに基づき個別支援を行った場合。 180 単位/日 ◇個別支援を開始した日から 180 日以内は+400 単位/日 (二) (一) を満たした上で、行動関連項目 18 点以上の者に対して 中核的人材養成研修修了者の作成した支援計画シートに基づき、個 別支援を行った場合。 (一) に加え+150 単位/日 個別支援を開始した日から 180 日以内 (一) ◇に加え+200 単位/日
高次脳機能障害者支援体制加算	41 単位/日
訪問支援特別加算 (2/月まで)	(1) 187 単位/回 (1 時間未満) (2) 280 単位/回 (1 時間以上)
視覚・聴覚言語障害支援体制加算	41 単位/回
緊急時受入加算	100 単位/日
延長支援加算	(1) 9 時間～10 時間未満 100 単位/日 (2) 10 時間以上～11 時間未満 200 単位/日 (3) 11 時間以上～12 時間未満 300 単位/日 (4) 12 時間以上～13 時間未満 400 単位/日
障害福祉サービスの体験利用支 援加算	(Ⅰ) 500 単位/日 (Ⅱ) 250 単位/日 ◇地域生活拠点等の場合+50 単位
就労移行支援体制加算	42 単位/日 (定員 20 人以下)

入浴支援加算	80 単位/日
喀痰吸引等実施加算	30 単位/日
栄養スクリーニング加算	5 単位/回（6 か月ごと 1 回）
栄養改善加算	200 単位/回（2/月限度）
集中的支援加算（Ⅰ）	1,000 単位/回（4/月限度）

※ 福祉・介護職員等処遇改善加算（Ⅰ）

◇ 1 月につき、所定単位数に 8.1% 乗じた料金
（令和 6 年 6 月 1 日より算定）

※ 地域区分 7 級地に適用されているため、1 単位＝10.18 円となります。

※ 当施設の体制により別途加算の算定がございます。

※

＜食費及び入浴費について＞

③食事に係る自己負担額	所得区分 一般 2 の方	所得区分 一般 1（所得割 16 万円未満） 低所得、生活保護の方
	750 円	450 円 ※食事提供体制加算 300 円分を除いた額
③ 入浴に係る光熱水費、 自己負担額（入浴した場合）	220 円	
ご負担合計（③+④） （入浴した場合）	970 円	670 円

☆ご負担金額合計に入浴に係る光熱水費の自己負担額（220 円）は含まれておりません。

☆ご負担いただく金額については、市町村が発行する障害福祉サービス受給者証に記載された金額の範囲内の額、及び食費、入浴に係る光熱水費といたします。

☆その他利用者により、各種加算がかかる場合がございます。

〔サービス利用の取り消し（キャンセル）について（契約書第 14 条参照）〕

- ① 利用者がサービス利用の取り消し（キャンセル）をする場合は、利用予定日当日の受付時間内（8：30～9：00）までに当事業所へお申し出下さい。
- ② なおサービス利用予定日当日の受付時間内（8：30～9：00）までにお申し出のない場合、キャンセル料をいただく場合があります。

利用取り消しの受付時間	当日の場合 8：30～ 9：00 (当日以外：月～金 8：30～17：00)
キャンセル料（食事実費相当額）	750 円

- ③ アレルギー食、ゼリー食等を提供している場合は食事の準備に時間がかかる為、キャンセルは前日の 9：00 までにお申し出下さい。

＜利用者負担の軽減について＞

〔18 歳以上の利用者の負担上限月額〕

○1 ヶ月あたりのサービス利用にかかる負担については、所得に応じて 4 区分の月額負担上限額が設定され、それ以上の負担は必要ありません。

区 分	世帯の収入状況	1 ヶ月あたりの負担上限額
生活保護	生活保護世帯	0 円
低所得	市町村民税非課税世帯（注 1）	0 円
一般 1	市町村民税課税世帯（所得割 16 万円未満（注 2） ※入所施設利用者（20 歳以上）、グループホーム・ ケアホーム利用者は除きます（注 3）	9,300 円
一般 2	上記以外	37,200 円

（注 1）3 人世帯で障害基礎年金 1 級受給の場合、収入が概ね 300 万円以下の世帯が対象となります。

（注 2）収入が概ね 600 万円以下の世帯が対象となります。

（注 3）入所施設利用者（20 歳以上）、グループホーム・ケアホーム利用者は、市町村民税課税世帯の場合、「一般 2」となります。

〔18 歳未満の利用者の負担上限月額〕

区 分	世帯の収入状況	1 ヶ月あたりの負担上限額
生活保護	生活保護受給世帯	0 円
低所得	市町村民税非課税世帯	0 円
一般 1	市町村民税課税世帯（所得割 28 万円未満）	4,600 円
一般 2	上記以外	37,200 円

〔食費等実費負担の軽減について〕

- 通所系のサービスの利用にあたっては、利用者が低所得《生活保護、低所得、一般 1（所得割額 16 万円未満）》の区分である場合、食事提供体制加算が行われるため、利用者負担は 1 回あたりの食事代（750 円）から 300 円を引いた額となります。

＜利用者負担の上限について＞

- 介護給付費等対象サービスの利用者負担額は、市町村により上限が定められています。
- 利用者のご希望により、当事業所を利用負担の上限管理者に選任される場合には、サービス利用開始の際にその旨をお申し出下さい。
- 当事業所において利用者負担の上限管理を担当し、具体的に上限を超える際の調整を行った場合、別途上限管理に係る費用（月額 150 円）をお支払い頂きます。

＜償還払いについて＞

- 当事業所が介護給付費の代理受領を行わない場合は、市町村が定める介護給付費基準額の全額を一旦お支払いいただきます。この場合、利用者に「サービス提供証明書」を交付します。（「サービス提供証明書」と「領収証」を添えてお住まいの市町村に申請すると介護給付費が支給されます。）

「介護給付対象外サービス費」

徴収項目	費用	消費税	承諾
食事代	・ 750 円	非課税	可・否
特別な食事を提供した場合	実費	税込	可・否
・ 牛乳 ・ ヨーグルト ・ 栄養補助食品	実費 実費 実費	税込	可・否
理髪代金	・ 実費	税込	可・否
コピー代（モノクロ）	・ 10 円	税込	可・否
衛生材料費	・ 実費	税込	可・否
・ 陶芸（粘土代） 500 g ・ 音楽療法 教養娯楽活動費 ・ 手芸 ・ 革細工参加費 ・ 革細工材料費	・ 103 円 ・ 523 円 ・ 実費 ・ 105 円 ・ 実費	税込	可・否
入浴に係る光熱水費	・ 220 円	非課税	可・否
タオル・リネン費	・ 52 円	税込	可・否
利用者の選択に基づく外出活動に係る費用	・ 実費	税込	可・否

利用料金・費用のお支払い方法

前記（１）、（２）の料金・費用は１ヶ月ごとに計算し、ご請求致しますので、当月分を翌月末日までに以下のいずれかの方法でお支払い下さい。（１ヶ月に満たない期間のサービスに関する利用料金は、利用日数に基づいて計算した金額をご請求いたします。）

ア・金融機関口座からの自動引き落とし

ご利用できる金融機関： 銀行・信用金庫・郵便局・農協

イ・下記指定口座への振り込み

遠州信用金庫 本店 普通預金 １１０７６３３

シャカイフクシホウジンセイレイフクシギョウダシ ワゴウセイレイノサト リジチョウ

社会福祉法人聖隷福祉事業団 和合せいれいの里 理事長 青木 善治

ウ・窓口での現金によるお支払い

同意書

指定障害者支援施設みるとす

生活介護第2単位

施設長 宮崎 弘光 殿

障害者支援施設みるとすを利用するにあたり、介護給付費対象外サービス費用について担当者より説明を受け、これらを十分に理解したうえで選択による利用をした際、下記の諸費用の負担について承諾いたします。

年 月 日

利用者氏名
