

重要事項説明書(別紙)

○認知症対応型通所介護

○(介護予防)認知症対応型通所介護

(1回当たり)

	単位/回	利用料金	自己負担1割	自己負担2割	自己負担3割
要支援1	684/回	8,545円	855円	1,709円	2,564円
要支援2	762/回	9,516円	952円	1,904円	2,855円
要介護1	790/回	9,864円	987円	1,973円	2,960円
要介護2	876/回	10,919円	1,092円	2,184円	3,276円
要介護3	960/回	11,963円	1,197円	2,393円	3,589円
要介護4	1042/回	12,976円	1,298円	2,596円	3,893円
要介護5	1127/回	14,031円	1,404円	2,807円	4,210円

★上記の表には、基本料金にサービス提供体制強化加算(Ⅲ)、介護職員等処遇改善加算(Ⅱ)の上乗せが含まれています。

※サービス提供体制強化加算(Ⅲ) 6単位

※介護職員等処遇改善加算(Ⅱ) 【1か月の加算を含む総単位数に対して、17.4%】

○その他加算

★上記の表とは別途、利用状況に応じ下記のサービス利用料金が発生いたします。

(1日当たり)

	単位/日	利用料金	自己負担(1割)	自己負担(2割)	自己負担(3割)
入浴介助加算(Ⅰ)	40/日	422円	43円	85円	127円
入浴介助加算(Ⅱ)	55/日	580円	58円	116円	174円
若年性認知症利用者受入加算	60/日	633円	64円	127円	190円

(1月当たり)

	単位/月	利用料金	自己負担(1割)	自己負担(2割)	自己負担(3割)
科学的介護推進体制加算	40/月	422円	43円	85円	127円
感染症等対応加算	基本報酬の合計に3%乗じた単位数を算定		左記利用料金の1割	左記利用料金の2割	左記利用料金の3割

(6月に1回)

	単位/回	利用料金	自己負担(1割)	自己負担(2割)	自己負担(3割)
口腔・栄養スクリーニング加算(Ⅰ)	20/回	211円	22円	43円	64円
口腔・栄養スクリーニング加算(Ⅱ)	5/回	52円	6円	11円	16円

利用料金について説明を受け、その内容を理解したので同意いたします。

令和 年 月 日

契約者氏名 _____ 印

署名代行者氏名 _____ 印