

【別表】

2021年4月1日改訂版

1. 利用料金

(1) 利用料

①介護予防通所事業 利用料

| 対象 | 利用料 | 一割負担額 |
|---|-----------|-----------|
| | | 二割負担額 |
| | | 三割負担額 |
| 要支援1（事業対象者） 要支援2（事業対象者） （月に4回程度ご利用の方） | 18,224円/月 | 1,823円/月 |
| | | 3,646円/月 |
| | | 5,469円/月 |
| 要支援2（事業対象者） （月に8回程度ご利用の方） | 37,365円/月 | 3,737円/月 |
| | | 7,474円/月 |
| | | 11,211円/月 |

※事業対象者としてサービスを利用していた方の要介護認定結果が「非該当」または「要支援」となった場合は、要介護認定等の申請期間中のサービス利用については、介護予防通所事業の利用になります。認定結果が「非該当（自立）」となった場合は、サービスは終了となります。

※事業対象者としてサービスを利用していた方の認定結果が「要介護（1から5）」となった場合は、要介護認定申請期間中のサービス利用については、以下のとおりになります。

- a. 介護給付サービスと介護予防通所事業を併用している場合は、要介護認定申請日に遡って要介護として取り扱います。介護給付を適用し、通所介護の利用になります。
- b. 介護予防通所事業のみ利用している場合は、要介護認定申請日から認定日の前日まで事業対象者として取り扱います。介護予防通所事業の利用になります。

②同一建物減算

| 内容 | 利用料 | 一割負担額 |
|--------------------------|--|-----------|
| | | 二割負担額 |
| | | 三割負担額 |
| 同一建物に居住する利用者がサービスを利用した場合 | 要支援1（事業対象者） 要支援2（事業対象者） （月に4回程度ご利用の方） —4,098円/月 | —410円/月 |
| | | —820円/月 |
| | | —1,230円/月 |
| | 要支援2（事業対象者） （月に8回程度ご利用の方） —8,196円/月 | —820円/月 |
| | | —1,640円/月 |
| | | —2,460円/月 |

③サービス提供体制強化加算

| 内容 | 利用料（介護保険適用外） | 一割負担 |
|--|------------------------------|--------|
| | | 二割負担 |
| | | 三割負担 |
| サービス提供体制強化加算（Ⅰ） 介護職員のうち70%以上が介護福祉士である、または勤続10年以上の介護福祉士が25%以上いる場合 | 要支援1（事業対象者） | 96円/月 |
| | 要支援2（事業対象者） （月に4回程度ご利用の方） | 192円/月 |
| | 959円/月 | 288円/月 |
| | 要支援2（事業対象者） | 192円/月 |
| | （月に8回程度ご利用の方） | 384円/月 |
| | 1,918円/月 | 576円/月 |
| サービス提供体制強化加算（Ⅱ） 介護職員のうち50%以上が介護福祉士の資格取得者である場合 | 要支援1（事業対象者） | 79円/月 |
| | 要支援2（事業対象者） （月に4回程度ご利用の方） | 158円/月 |
| | 784円/月 | 237円/月 |
| | 要支援2（事業対象者） | 157円/月 |
| | （月に8回程度ご利用の方） | 314円/月 |
| | 1,569円/月 | 471円/月 |
| サービス提供体制強化加算（Ⅲ） 介護職員のうち40%以上が介護福祉士 または勤続7年以上の職員が 30%以上である場合 | 要支援1（事業対象者） | 27円/月 |
| | 要支援2（事業対象者） （月に4回程度ご利用の方） | 54円/月 |
| | 261円/月 | 81円/月 |
| | 要支援2（事業対象者） | 53円/月 |
| | （月に8回程度ご利用の方） | 106円/月 |
| | 523円/月 | 159円/月 |

④介護職員処遇改善加算

| 内容 | 自己負担額 |
|---|--------------------------|
| 介護職員処遇改善加算Ⅰ 介護職員の給与改善を目的とした基準に適切な措置を講じている場合。 | 所定単位数（利用料の総合計）の5.9%/月の金額 |
| 介護職員処遇改善加算Ⅱ 介護職員の給与改善を目的とした基準に適切な措置を講じている場合。 | 所定単位数（利用料の総合計）の4.3%/月の金額 |

⑤介護職員等特定処遇改善加算

| 内容 | 自己負担額 |
|--|--------------------------|
| 介護職員等特定処遇改善加算Ⅰ 介護職員の給与改善を目的とした基準に適切な措置を講じている場合。 | 所定単位数（利用料の総合計）の1.2%/月の金額 |
| 介護職員等特定処遇改善加算Ⅱ 介護職員の給与改善を目的とした基準に適切な措置を講じている場合。 | 所定単位数（利用料の総合計）の1.0%/月の金額 |

※ここに示した単価は目安です。実際の費用は1か月分の利用料を合算したうえで1円未満の端数を処理します。

⑥食費

| | |
|------|--------|
| 昼食代 | 750円/回 |
| おやつ代 | 150円/回 |
| 合計 | 900円/回 |

※外出行事等の際のレストラン等の食事代やお茶代は、各自実費を負担していただきます。

(2) その他の利用料金

| 名称 | 金額 | 説明 |
|-------------------------------------|---|---|
| 行事・レクリエーション参加費 | 実費相当額 | 納涼祭や忘年会等、特別な行事に参加される場合は、実費相当額を行事参加費として負担していただきます。 |
| 行事食費 | 実費相当額 | 敬老の日や忘年会等に提供する行事食では、通常の食材料費を超える食材を用いることがあります。 通常の食材料費を超える食事を希望される場合は、その差額について、その実費相当額を行事食費として負担していただきます。 |
| 外食・外注食費 | 実費 | 希望者に対して、外食・外注食を実施します。参加される場合は、外食・外注食費として実費を負担していただきます。 |
| 材料費 | 実費 | 手工芸、折り紙、絵画、絵手紙、編み物、陶芸、書道、茶道、華道、音楽等のプログラムやクラブ活動に参加されたとき、その材料費相当額を負担していただきます。 |
| 理髪・美容サービス利用料 | 実費 | 定期的に理髪・美容サービスを実施しています。希望される場合は理髪・美容サービス利用料実費として実費を負担していただきます。 |
| その他の物品等の実費 (ふれあいの家のものを使用した場合の金額) | 実費 | 排泄用品、口腔ケア用品、整容用品、医療品、補助食品等の日用品は、原則として利用者に持参していただきます。ふれあいの家のものを使用した場合は、その他の実費として負担していただきます。 |
| コピー代 | (A4、A3) | 10円/枚 |
| 延長サービス代 | 60分未満 800円 60分以上90分未満 1,600円 以降30分増すごとに、800円を加算します。 | 利用者の都合により、予定時間前に滞在を開始した場合、または予定時間後に滞在を継続した場合。 ※原則として事業時間内。事業時間外は、所長が許可した場合のみ利用できます。 |

| | | | |
|--------|-------|----------|--|
| 持ち帰り弁当 | 1食あたり | 800円（税込） | 原則、通所サービスを利用する日に限ってご利用可能です。食事はお持ち帰り後2時間以内に喫食をお願いいたします。 |
|--------|-------|----------|--|

（3）キャンセル料

『高齢者在宅サービスセンター和泉ふれあいの家介護予防通所事業サービス（介護予防デイサービス）利用契約書』第8条2項にもとづくキャンセル料は、以下のとおりです。

| | |
|---|------|
| 利用日前日の午後5時までにご連絡いただいた場合 ※前日が休業日の場合は、その前日までとなります。 | 無料 |
| それ以降にご連絡いただいた場合 | 900円 |

（4）軽減制度

介護保険利用者負担額について、当法人による生計困難者に対する利用者負担軽減事業や高額介護サービス費の軽減制度があります。詳しくは、生活相談員にご相談ください。

2. 支払い方法

毎月末締めで、翌月15日までに請求書を送付いたします。請求があった月の25日（集金代行システムを利用する場合には26日）までにお支払ください。ただし、請求日・支払日が土・日曜日、祝日または休日にあたる場合は、その翌日になります。

（例）4月1日から4月30日までの利用料は、5月15日までに請求書を発送しますので、5月25（26）日までにお支払いください。

※ふれあいの家では、①ゆうちょ銀行からの自動引き落とし、②ゆうちょ銀行への払込をお願いしています（振込手数料は利用者負担となります）。

※集金代行システムの利用も可能ですので、ご相談ください。

私は、本書面により、和泉ふれあいの家から和泉ふれあいを家の通所介護サービス利用料金等について説明を受け、これを了承しました。

年 月 日

(説明者) 職 名 _____

氏 名 _____

(利用者) 住 所 _____

氏 名 _____ 印

(利用者の家族等) 住 所 _____

氏 名 _____ 印

利用者との続柄・関係 _____