

# デイサービスセンターグリーンライフ湘南台

## ＜通所介護 料金表＞1単位 1-1

＜重要事項説明書 別紙＞ 1 割負担の方

### 3. サービス利用料金(1日あたり)(契約書第5条参照)

下記の料金表によって、ご利用者の要介護度に応じたサービス利用料金から介護保険給付費額を除いた金額(介護保険利用者負担額)と食費の合計金額をお支払い下さい。

◇ 2 割負担・3 割負担の方はお問い合わせください ◇

2019年10月1日

4 時間以上 5 時間未満	法定 単位数	費用全額	介護保険 給付費額	介護保険 利用者負担額	食費	利用者負 担計
要介護1の方	356	3,752 円	3,376 円	3,76 円	890 円	1,266 円
要介護2の方	408	4,300 円	3,870 円	430 円		1,320 円
要介護3の方	461	4,858 円	4,372 円	4,86 円		1,376 円
要介護4の方	513	5,407 円	4,866 円	541 円		1,431 円
要介護5の方	566	5,965 円	5,368 円	597 円		1,487 円
6 時間以上 7 時間未満						
要介護1の方	535	5,638 円	5,074 円	5,64 円	890 円	1,454 円
要介護2の方	632	6,661 円	5,994 円	667 円		1,557 円
要介護3の方	729	7,683 円	6,914 円	769 円		1,659 円
要介護4の方	827	8,716 円	7,844 円	872 円		1,762 円
要介護5の方	925	9,749 円	8,774 円	975 円		1,865 円
7 時間以上 8 時間未満						
要介護1の方	598	6,302 円	5,671 円	631 円	890 円	1,521 円
要介護2の方	706	7,441 円	6,696 円	745 円		1,635 円
要介護3の方	818	8,621 円	7,758 円	863 円		1,753 円
要介護4の方	931	9,812 円	8,830 円	982 円		1,872 円
要介護5の方	1043	10,993 円	9,893 円	1,100 円		1,990 円
サービス提供 体制加算	18	189 円	170 円	19 円		19 円

☆入浴、個別機能訓練、口腔機能向上指導をご利用いただく場合につきましては、別途下記料金をお支払い下さい。

	法定 単位数	費用全額	介護保険 給付費額	介護保険 利用者負担額
入浴加算	50	527 円	474 円	53 円
個別機能訓練加算Ⅱ	56	590 円	531 円	59 円
口腔機能向上加算	150	1,581 円	1,422 円	159 円
若年性認知症加算	60	632 円	568 円	64 円

☆利用者負担額(1割)の算定方法

1ヶ月のサービスの合計単位数×10.54＝〇〇円(1円未満切り捨て)  
〇〇円－(〇〇円×0.9(1円未満切り捨て))＝△△円(利用者負担額)  
※10.54は藤沢市の地域加算

☆法改正に伴い介護職処遇改善加算Ⅰを算定させていただきます。

※介護職員の処遇改善を目的とした加算です。月々のご利用単位数に5.9%を乗じた単位数を加算し請求させていただきます。

☆また、2019年10月1日より新加算として介護職員等特定処遇改善加算Ⅰが上記の加算に加えて加算されます。月々のご利用単位数に1.2%を乗じた単位数を加算し、請求させていただきます。

法改正に伴い、ご利用者の方にも利用者負担額と同様に1割を負担していただくようになりました。

☆ご利用者がまだ要介護認定を受けていない場合には、サービス利用料金の全額をいったんお支払いいただきます。要介護の認定を受けた後、自己負担額を除く金額が介護保険から払い戻されます(償還払い)。償還払いとなる場合、ご契約者が保険給付の申請を行うために必要となる事項を記載した「サービス提供証明書」を交付します。

☆介護保険からの給付額に変更があった場合、変更された額に合わせて、ご契約者の負担額を変更します。

## デイサービスセンターグリーンライフ湘南台

### ＜藤沢市介護予防・日常生活支援総合事業第一号通所介護料金＞

1 単位 1-1

2019年10月1日

＜重要事項説明書 別紙＞ 1 割負担の方

◇ 2 割負担・3 割負担の方はお問い合わせください ◇

#### 3. サービス利用料金（1日あたり）（契約書第5条参照）

下記の料金表によって、ご利用者の要介護度に応じたサービス利用料金から介護保険給付費額を除いた金額（介護保険利用者負担額）と食費の合計金額をお支払い下さい。

	法定単位数	費用全額	介護保険給付費額	介護保険利用者負担額	食費
要支援1の方	1655	17,443円	15,698円	1,745円/月	890円/1回 あたり
要支援2の方	3393	35,762円	32,185円	3,577円/月	

☆運動器機能訓練、または口腔機能向上指導をご利用いただく場合につきましては、別途下記料金をお支払い下さい。

	法定単位数	費用全額	介護保険給付費額	介護保険利用者負担額
① 運動器機能訓練	225	2,371円	2,133円	238円/月
② 口腔機能向上指導	150	1,581円	1,422円	159円/月
③ 選択的複数サービス実施加算	480	5,059円	4,553円	506円/月
④ サービス提供枠加算I11	72	758円	682円	76円/月
⑤ サービス提供枠加算I12	144	1,517円	1,365円	152円/月
⑥ 処遇改善加算 I	ひと月の単位数に5.9%乗じた金額を頂きます			
⑦ 特定処遇改善加算 I	ひと月の単位数に1.2%乗じた金額を頂きます			

※①と②をあわせてご利用の場合は③の単位数となります。(①+②の単位数とはなりません)

#### ☆利用者負担額（1割）の算定方法

1ヶ月のサービス合計単位数×10.54＝〇〇円（1円未満切り捨て）

〇〇円－（〇〇円×0.9（1円未満切り捨て））＝△△円（利用者負担額）

※10.54は藤沢市の地域加算

☆法改正に伴い介護職処遇改善加算Iを算定させていただきます。

介護職員の処遇改善を目的とした加算です。月々のご利用単位数に5.9%乗じた単位数を加算し請求させていただきます。

☆また、2019年10月1日より新加算として介護職員等特定処遇改善加算Iが上記の

加算に加えて加算されます。月々のご利用単位数に1.2%を乗じた単位数を加算し、請求させていただきます。

法改正に伴い、ご利用者の方にも利用者負担額と同様に1割を負担していただくようになりました。

☆ご利用者がまだ要介護認定を受けていない場合には、サービス利用料金の全額をいったんお支払いいただきます。要介護の認定を受けた後、自己負担額を除く金額が介護保険から払い戻されます（償還払い）。償還払いとなる場合、ご契約者が保険給付の申請を行うために必要となる事項を記載した「サービス提供証明書」を交付します。

☆介護保険からの給付額に変更があった場合、変更された額に合わせて、ご契約者の負担額を変更します。