

通所介護重要事項説明書の変更同意書

私は(利用者・家族)は消費税増税に伴い、重要事項説明担当者により重要事項説明の一部変更になった旨の説明を受け、介護給付サービス基本料金の介護保険負担割合証に準じた額の負担及び自己負担等について下記の料金を支払うことに同意します。

記

利用料金

(1) 利用料

介護保険からの給付サービスを利用する場合は、それぞれの負担割合に応じた料金となります。介護保険給付の限度を超えた利用は、全額自己負担となります。

事業対象者 要支援		1ヶ月の 利用日 数	保険給付サービス基本料金		
			1割負担	2割負担	3割負担
総合 事業	事業対象者	3日まで	4 1 3 円/日	8 2 6 円/日	1, 2 3 9 円/日
	要支援1	4日以上	1, 6 5 5 円/月	3, 3 1 0 円/月	4, 9 6 5 円/月
	事業対象者	7日まで	4 2 4 円/日	8 4 8 円/日	1, 2 7 2 円/日
	要支援2	8日以上	3, 3 9 3 円/月	6, 7 8 6 円/月	1 0, 1 7 9 円/月
要介護		利用 時間	保険給付サービス基本料金 (1日あたり)		
			1割負担	2割負担	3割負担
介護 給付	要介護 1	4 時間	3 8 2 円	7 6 4 円	1, 1 4 6 円
	要介護 2	以上	4 3 8 円	8 7 6 円	1, 3 1 4 円
	要介護 3	～	4 9 5 円	9 9 0 円	1, 4 8 5 円
	要介護 4	5 時間	5 5 1 円	1, 1 0 2 円	1, 6 5 3 円
	要介護 5	未満	6 0 8 円	1, 2 1 6 円	1, 8 2 4 円
	要介護 1	5 時間	5 6 1 円	1, 1 2 2 円	1, 6 8 3 円
	要介護 2	以上	6 6 3 円	1, 3 2 6 円	1, 9 8 9 円
	要介護 3	～	7 6 5 円	1, 5 3 0 円	2, 2 9 5 円
	要介護 4	6 時間	8 6 7 円	1, 7 3 4 円	2, 6 0 1 円
	要介護 5	未満	9 6 9 円	1, 9 3 8 円	2, 9 0 7 円
	要介護 1	6 時間	5 7 5 円	1, 1 5 0 円	1, 7 2 5 円
	要介護 2	以上	6 7 9 円	1, 3 5 8 円	2, 0 3 7 円
	要介護 3	～	7 8 4 円	1, 5 6 8 円	2, 3 5 2 円
	要介護 4	7 時間	8 8 8 円	1, 7 7 6 円	2, 6 6 4 円
	要介護 5	未満	9 9 3 円	1, 9 8 6 円	2, 9 7 9 円
	要介護 1	7 時間	6 4 8 円	1, 2 9 6 円	1, 9 4 4 円
	要介護 2	以上	7 6 5 円	1, 5 3 0 円	2, 2 9 5 円
	要介護 3	～	8 8 7 円	1, 7 7 4 円	2, 6 6 1 円
	要介護 4	8 時間	1, 0 0 8 円	2, 0 1 6 円	3, 0 2 4 円
	要介護 5	未満	1, 1 3 0 円	2, 2 6 0 円	3, 3 9 0 円

*介護給付の方で、施設の送迎以外で来られる方（家族送迎 等）は下記の通り減額となります。

負担割合が1割の方は47円／片道・2割の方は94円／片道・3割の方は141円／片道

(2) 各種加算

各種加算		1 割負担	2 割負担	3割負担
介護職員処遇改善加算（Ⅰ）	b	(基本料金+a)×5.9%		
介護職員等特定処遇改善加算(Ⅱ)		(基本料金+a)×1.0%		

(3) 実費

食事代	700円／食
おむつ代（リハビリパンツ等）	100円／1枚
行事参加費	行事によって異なる
通常の利用時間を越える利用	通常の利用時間を越えて500円／30分 (最大延長午後5:30まで・送迎は原則家族送迎)
自費利用の場合	基本料の10割

※食事代は、午前8時30分までに申し出がない限り、特別な事情があり昼食を食べられない場合も請求させていただきます。

※上記各種自費は、サービスを受けられた方が対象となります。

令和元年10月1日

事業者

東京都江戸川区平井5-6-14

株式会社 ケアレジデンス

デイサービスハートランド平井

管理者 木村 佳代

重要事項説明書

年 月 日

利用者

(印)

代理人

(印)