

料金表

利用料に係る同意書

様

令和5年4月1日改定

(1)介護保険サービス利用料金

(円)

サービス内容略称	1割負担	2割負担	3割負担	備考
予小規模多機能11	3,438	6,876	10,314	1ヶ月につき(要支援1)
予小規模多機能12	6,948	13,896	20,844	1ヶ月につき(要支援2)
小規模多機能11	10,423	20,846	31,269	1ヶ月につき(要介護1)
小規模多機能12	15,318	30,636	45,954	1ヶ月につき(要介護2)
小規模多機能13	22,283	44,566	66,849	1ヶ月につき(要介護3)
小規模多機能14	24,593	49,186	73,779	1ヶ月につき(要介護4)
小規模多機能15	27,117	54,234	81,351	1ヶ月につき(要介護5)
初回加算	30	60	90	1日につき
認知症加算(1)	800	1,600	2,400	1ヶ月につき
認知症加算(2)	500	1,000	1,500	1ヶ月につき
総合マネジメント体制強化加算(注)	1,000	2,000	3,000	1ヶ月につき
看護職員配置加算Ⅲ	480	960	1,440	1ヶ月につき
科学的介護推進体制加算	40	80	120	1ヶ月につき
サービス提供体制加算Ⅱ(注)	640	1,280	1,920	1ヶ月につき
介護職員処遇改善加算Ⅰ(注)	10.2%	10.2%	10.2%	1ヶ月につき
介護職員等特定処遇改善加算Ⅱ(注)	1.2%	1.2%	1.2%	1ヶ月につき
介護職員等ベースアップ等支援加算(注)	1.7%	1.7%	1.7%	1ヶ月につき

(注)総合マネジメント体制強化加算及びサービス提供体制加算、処遇改善加算は、支給限度額管理の対象外です。

(2)介護保険対象外サービス費

内容	食事代	宿泊代	その他
金額	朝食 250円	1,500円/1泊	おむつ代や理美容代は 実費
	昼食 550円		
	夕食 500円		

利用料について、上記の内容に同意します。本書を2部作成し事業所、ご契約者様が署名の上、各一部を保有するものとします

令和 年 月 日

事業所

医療法人 誠井会 小規模多機能ホーム陽だまり

理事長 井料 幸 ㊞

ご契約者

ご契約者(利用者名)

代筆者(続柄)