

## 重要事項説明書別紙 訪問介護利用料金表

(2024年6月時点)

サービスを利用した場合の「基本利用料」は以下のとおりであり、お支払いいただく「お客様負担金」は、原則として、各サービスに応じた基本利用料にお客様ごとに定められた負担割合を乗じた額です。ただし、介護保険給付の支給限度額を超えてサービスを利用する場合、超えた額の全額をご負担いただきます。

地域区分	1級地
適用される特定事業所加算	加算（Ⅰ）

時間帯	
通常	午前8時～午後6時
早朝夜間	午前6時～午前8時
	午後6時～午後10時
深夜	午後10時～午前6時

### ■ 訪問介護利用料金

#### 【基本利用料】

身体介護中心型	時間帯	ご利用料金			1割負担			2割負担			3割負担		
		通常	早朝夜間	深夜	通常	早朝夜間	深夜	通常	早朝夜間	深夜	通常	早朝夜間	深夜
		20分未満	2,229円	2,787円	3,344円	223円	279円	335円	446円	558円	669円	669円	837円
20分以上30分未満	3,337円	4,172円	5,006円	334円	418円	501円	668円	835円	1,002円	1,002円	1,252円	1,502円	
30分以上1時間未満	5,294円	6,617円	7,941円	530円	662円	795円	1,059円	1,324円	1,589円	1,589円	1,986円	2,383円	
1時間以上1時間30分未満	7,756円	9,695円	11,634円	776円	970円	1,164円	1,552円	1,939円	2,327円	2,327円	2,909円	3,491円	
1時間30分以上30分ごと加算	1,121円	1,402円	1,682円	113円	141円	169円	225円	281円	337円	337円	421円	505円	

生活援助中心型	時間帯	ご利用料金			1割負担			2割負担			3割負担		
		通常	早朝夜間	深夜	通常	早朝夜間	深夜	通常	早朝夜間	深夜	通常	早朝夜間	深夜
		20分以上45分未満	2,448円	3,060円	3,673円	245円	306円	368円	490円	612円	735円	735円	918円
45分以上	3,009円	3,762円	4,514円	301円	377円	452円	602円	753円	903円	903円	753円	1,355円	

身体介護中心型の訪問介護に引き続いて所要時間20分以上の生活援助中心型の訪問介護を提供する場合は、下記の金額が加算されます。

身体+生活	時間帯	ご利用料金			1割負担			2割負担			3割負担		
		通常	早朝夜間	深夜	通常	早朝夜間	深夜	通常	早朝夜間	深夜	通常	早朝夜間	深夜
		20分以上45分未満	889円	1,111円	1,333円	89円	112円	134円	178円	223円	267円	267円	334円
45分以上70分未満	1,778円	2,223円	2,667円	178円	223円	267円	356円	445円	534円	534円	667円	801円	
70分以上	2,667円	3,334円	4,001円	267円	334円	401円	534円	667円	801円	801円	1,001円	1,201円	

お客様の身体的理由等により、1人の従事者による介護が困難と認められる場合には、お客様又はそのご家族の同意を得た上で、同時に2人の従事者により訪問介護を提供します。この場合、2倍の料金がかかります。

#### 【加算項目】

	単位数	算定単位	ご利用料金	1割負担	2割負担	3割負担
初回加算	200単位	1回につき	2,280 円	228 円	456 円	684 円
緊急時訪問介護加算	100単位	1回につき	1,140 円	114 円	228 円	342 円
生活機能向上連携加算(Ⅰ)	100単位	1月につき	1,140 円	114 円	228 円	342 円
生活機能向上連携加算(Ⅱ)	200単位	1月につき	2,280 円	228 円	456 円	684 円
認知症専門ケア加算(Ⅰ)	3単位	1日につき	34 円	4 円	7 円	11 円
認知症専門ケア加算(Ⅱ)	4単位	1日につき	45 円	5 円	9 円	14 円

#### 《処遇改善加算》

介護職員の処遇改善に資する費用として、所定単位数に右記の料率を乗じた単位数を加算します。	処遇改善加算Ⅰ
	24.5%

※上記に関してはあくまで目安となります。実際の請求では端数処理の関係で多少の誤差が発生します。

■主な利用料金・加算／減算項目に関するご説明

初回加算	新規の訪問介護計画書を作成したお客様に対して、初回に実施した訪問介護と同月内に、サービス提供責任者が、自ら訪問介護を行った場合又は他の訪問介護員が訪問介護を行った際に同行訪問した場合に加算することができます。
緊急時訪問介護加算	お客様又はそのご家族等からの要請に基づき、サービス提供責任者が介護支援専門員と連携し、介護支援専門員が必要と認めた場合に、当事業所の訪問介護員が居宅サービス計画において計画的に訪問することとなっていない訪問介護（身体介護）を緊急に行った場合に加算することができます。
口腔連携強化加算	訪問系サービス及び短期入所系サービスにおいて、職員による利用者の口腔の状態の確認によって、歯科専門職による適切な口腔管理の実施につなげる観点から、事務所と歯科専門職の連携の下、介護職員等による口腔衛生状態及び口腔機能の評価の実施並びに利用者の同意の下の歯科医療機関及び介護支援専門員への情報提供を評価する新たな加算をすることが出来ます。
認知症専門ケア加算（Ⅰ）	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 認知症高齢者の日常生活自立度Ⅱ以上の者が利用者の2分の1以上</li> <li>2. 認知症介護実践リーダー研修修了者を、認知症高齢者の日常生活自立度Ⅱ以上の者が20名未満の場合は1名以上20名以上の場合には1に、当該対象者の数が19を超えて10又は端数を増すごとに1を加えて得た数以上配置</li> <li>3. 認知症高齢者の日常生活自立度Ⅱ以上の者に対して、専門的な認知症ケアを実施した場合</li> <li>4. 当該事業所の従業員に対して、認知症ケアに関する留意事項の伝達または技術的指導に係る会議を定期的に行う介護サービスにおける認知症対応力を向上させていく観点から、訪問系サービスについて認知症専門ケア加算を算定することができます。</li> </ol>
認知症専門ケア加算（Ⅱ）	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 認知症専門ケア加算（Ⅰ）の2.4要件を満たすこと</li> <li>2. 認知症高齢者の日常生活自立度Ⅲ以上の者が利用者の100分の20以上</li> <li>3. 認知症高齢者の日曜生活自立度Ⅲ以上の者に対して専門的な認知症ケアを実施した場合</li> <li>4. 認知症介護指導者養成研修修了者を1名以上配置し事業所全体の認知症ケアの指導等を実施</li> <li>5. 介護、看護職員ごとの認知症ケアに関する研修計画を作成し、実施または実施を予定</li> </ol> <p>介護サービスにおける認知症対応力を向上させていく観点から、訪問系サービスについて、認知症専門ケア加算を算定することができます。</p>
特定事業所加算	当事業所が厚生労働大臣が定める基準に適合し、都道府県知事等に届出をした場合には、その基準で規程されている区分に従い、上記の割合で利用料金に加算することができます。

算定要件

算定要件		特定事業所加算				
		I	II	III	IV	V
体制要件	①訪問介護員・サービス提供責任者ごとに作成された研修計画に基づく研修を実施 ②利用者に関する情報またはサービス提供に当たっての留意事項の伝達等を目的とした会議を定期的に開催 ③利用者情報を文書等による伝達、訪問介護員等からの報告 ④健康診断等の定期的な実施 ⑤緊急時等における対応方法を明示	○	○	○	○	○
	⑥病院、診療所又は訪問看護ステーションの看護師との連携により、24時間連絡できる体制を確保しており、かつ、必要に応じて訪問介護を行うことができる体制の整備、看取り期における対応方針の策定、看取りに関する職員研修の実施等	○		○		
	⑦通常の事業の実施地域内であって中山間地域等に居住する者に対して、継続的にサービスを提供していること					○
	⑧利用者の心身の状況又はその家族等を取りまます環境の変化に応じて、訪問介護事業所のサービス提供責任者等が起点となり、随時、介護支援専門員、医療関係職員等と共同し、訪問介護計画の見直しを行っていること					○
人材要件	⑨訪問介護員等のうち介護福祉士の占める割合が100分の30以上、又は介護福祉士、実務者研修修了者、並びに介護職員基礎研修課程修了者及び1級課程修了者の占める割合が100分の50以上	○	いずれか ○			
	⑩全てのサービス提供責任者が3年以上の実務経験を有する介護福祉士、又は5年以上の実務経験を有する実務者研修修了者若しくは介護職員基礎研修課程修了者若しくは1級課程修了者	○				
	⑪サービス提供責任者を常勤により配置し、かつ、基準を上回る数の常勤のサービス提供責任者を1人以上配置していること				いずれか ○	いずれか ○
	⑫訪問介護員の総数の内、勤続年数7年以上の者の占める割合が100分の30以上であること					
重度者対応要件	⑬利用者の内、要介護4、5である者、日常生活自立度（Ⅲ、Ⅳ、Ⅴ）である者、たんの吸引等を必要とする者の占める割合が20%以上	いずれか ○		いずれか ○		
	⑭看取り期の利用者への対応実績が1人以上であること（併せて体制要件⑥の要件を満たすこと）					

(※)：加算（Ⅰ）・（Ⅲ）については、重度者等対応要件を選択式とし、（13）または（14）を満たす場合に算定できることとする。また、（14）を選択する場合には（6）を併せて満たす必要がある。

## ■実費について

実費 項目	通常の事業の実施地域を越えて行う交通費	無料
	買い物や薬受けのサービスを行った場合の交通費	無料
	実施記録の複写物交付	無料

## ●その他の留意事項

訪問介護を提供する際に使用する水道・電気・ガス、日常に使われている物を使用させていただきます。

法定代理受領の場合は、前述の金額の1割～3割（ただし、経過措置、利用者負担の減免、公費負担がある場合などは、その負担金額による）が自己負担金となります。

介護保険適用分の自己負担額の計算方法は以下のとおりです。

1ヶ月に利用したサービスの合計単位数（介護職員処遇改善加算分を含む）・・・①

① × 11.40円（介護給付費1単位に対する地域別単価）＝ ②（1円未満切捨）・・・介護報酬

② × （0.90円または負担割合により異なる）＝ ③（1円未満切捨）・・・保険給付

② - ③ = 自己負担金

訪問介護の利用について、介護保険給付対象の場合には、非課税となります。

（介護保険給付対象外のサービスをご希望される場合は、別途消費税をいただきます）

お客様が保険料の滞納等の理由により給付制限を受け、ケアパートナー株式会社が法定代理受領をすることができない場合又はお客様が要介護認定を受けていない場合、居宅サービス計画が作成されていない場合には、利用料金金額をお支払いいただきます。この場合には、お客様は後日サービス提供証明書及び領収証をお客様の住所のある市区町村の窓口へ提示すると、訪問介護の利用料金金額又は自己負担額を除く金額が払い戻しされます（償還払い）。

### 【サービスのキャンセル】

ご利用予定のサービスをキャンセルする際には、サービス予定日の前日営業時間内までに当事業所（03-6805-3963）までにご連絡をください（その場合、キャンセル料は無料です）。なお、以下の条件全てを満たした場合、予定されていたサービスの介護報酬額の1割-2割（消費税別）をキャンセル料として申し受けます。

①居宅サービス計画において計画されているサービスであること

②前日営業時間内までにサービスのキャンセルを当事業所へ伝達していない場合(1割)又訪問先へ訪問した際に不在だった場合(2割)

契約の有効期間中、介護保険法その他の関係法令の改定により、訪問介護の利用料金又は利用者負担額の改定が必要となった場合には、法令改定後速やかにお客様に対し、改定の施行時期及び改定後の金額を通知します。

### 【支払方法】

利用料、その他の費用の請求

利用月ごとの計算で請求し、請求書を翌月15日までにお送り致します。

利用料、その他の費用のお支払い

下記のいずれかの方法によりお支払いください。

ア) 株式会社SMBCの銀行口座引き落とし（ゆうちょ銀行含む）

毎月26日（金融機関休業日の場合は翌営業日）に口座引落としとなります。

イ) 事業者指定口座への振り込み（手数料はお客様負担となります）

#### 【指定口座】

三井住友銀行 ラベンダー支店 普通預金 口座番号 7701022

口座名義 ケアパートナー（カ

毎月25日までにお支払ください。（手数料はお客様負担となります。）

ケアパートナーは、サービス提供開始にあたり、本書面に基づいて利用料金の説明を行いました。  
本書2通を作成し、ケアパートナー及びお客様（またはその代理人様）は、署名の上、各1通を保管するものとします。

事業者所在地 東京都港区港南2丁目16番1号  
品川イーストワンタワー21F

名称 ケアパートナー株式会社

事業者名 代表取締役 ●●●●

サービス事業所所在地 東京都世田谷区駒沢4丁目23番地18号  
加瀬ビル166-3F

名称 さくらケア駒沢訪問介護事業所

説明者 \_\_\_\_\_

私は重要事項説明書に基づいて、サービス内容および重要事項の説明を受け、その説明を受けた内容について同意します。

2025年 月 日

お客様

住所 世田谷区 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_

代理人・ 立会人 または  署名代行人 （お客様との続柄： \_\_\_\_\_）

※該当する項目に  を入れてください。

住所 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_

（注1）

「立会人様」欄には、ご本人とともに契約内容を確認し、緊急時などにお客様の立場に立って事業者との連絡調整等を行う方がいる場合に記載してください。

（注2）

「署名代行人様」欄には、ご本人が身体上の理由等により、署名ができない場合において、ご本人に代わって署名をされる場合に記載してください。

（注3）

「立会人様」および「署名代行人様」は、契約上の法的な義務等を負うものではありません。

確認者

（事業所控）

確認者



## 重要事項説明書別紙 訪問介護利用料金表

(2024年6月時点)

サービスを利用した場合の「基本利用料」は以下のとおりであり、お支払いいただく「お客様負担金」は、原則として、各サービスに応じた基本利用料にお客様ごとに定められた負担割合を乗じた額です。ただし、介護保険給付の支給限度額を超えてサービスを利用する場合、超えた額の全額をご負担いただきます。

地域区分	1級地
適用される特定事業所加算	加算（Ⅰ）

時間帯	
通常	午前8時～午後6時
早朝夜間	午前6時～午前8時 午後6時～午後10時
深夜	午後10時～午前6時

### ■ 訪問介護利用料金

#### 【基本利用料】

身体介護中心型	時間帯	ご利用料金			1割負担			2割負担			3割負担		
		通常	早朝夜間	深夜	通常	早朝夜間	深夜	通常	早朝夜間	深夜	通常	早朝夜間	深夜
	20分未満	2,229円	2,787円	3,344円	223円	279円	335円	446円	558円	669円	669円	837円	1,004円
	20分以上30分未満	3,337円	4,172円	5,006円	334円	418円	501円	668円	835円	1,002円	1,002円	1,252円	1,502円
	30分以上1時間未満	5,294円	6,617円	7,941円	530円	662円	795円	1,059円	1,324円	1,589円	1,589円	1,986円	2,383円
	1時間以上1時間30分未満	7,756円	9,695円	11,634円	776円	970円	1,164円	1,552円	1,939円	2,327円	2,327円	2,909円	3,491円
	1時間30分以上30分ごと加算	1,121円	1,402円	1,682円	113円	141円	169円	225円	281円	337円	337円	421円	505円

生活援助中心型	時間帯	ご利用料金			1割負担			2割負担			3割負担		
		通常	早朝夜間	深夜	通常	早朝夜間	深夜	通常	早朝夜間	深夜	通常	早朝夜間	深夜
	20分以上45分未満	2,448円	3,060円	3,673円	245円	306円	368円	490円	612円	735円	735円	918円	1,102円
	45分以上	3,009円	3,762円	4,514円	301円	377円	452円	602円	753円	903円	903円	753円	1,355円

身体介護中心型の訪問介護に引き続いて所要時間20分以上の生活援助中心型の訪問介護を提供する場合は、下記の金額が加算されます。

身体＋生活	時間帯	ご利用料金			1割負担			2割負担			3割負担		
		通常	早朝夜間	深夜	通常	早朝夜間	深夜	通常	早朝夜間	深夜	通常	早朝夜間	深夜
	20分以上45分未満	889円	1,111円	1,333円	89円	112円	134円	178円	223円	267円	267円	334円	400円
	45分以上70分未満	1,778円	2,223円	2,667円	178円	223円	267円	356円	445円	534円	534円	667円	801円
	70分以上	2,667円	3,334円	4,001円	267円	334円	401円	534円	667円	801円	801円	1,001円	1,201円

お客様の身体的理由等により、1人の従事者による介護が困難と認められる場合には、お客様又はそのご家族の同意を得た上で、同時に2人の従事者により訪問介護を提供します。この場合、2倍の料金がかかります。

#### 【加算項目】

	単位数	算定単位	ご利用料金	1割負担	2割負担	3割負担
初回加算	200単位	1回につき	2,280 円	228 円	456 円	684 円
緊急時訪問介護加算	100単位	1回につき	1,140 円	114 円	228 円	342 円
生活機能向上連携加算(Ⅰ)	100単位	1月につき	1,140 円	114 円	228 円	342 円
生活機能向上連携加算(Ⅱ)	200単位	1月につき	2,280 円	228 円	456 円	684 円
認知症専門ケア加算(Ⅰ)	3単位	1日につき	34 円	4 円	7 円	11 円
認知症専門ケア加算(Ⅱ)	4単位	1日につき	45 円	5 円	9 円	14 円

#### 《処遇改善加算》

介護職員の処遇改善に資する費用として、所定単位数に右記の料率を乗じた単位数を加算します。	処遇改善加算Ⅰ
	24.5%

※上記に関してはあくまで目安となります。実際の請求では端数処理の関係で多少の誤差が発生します。

■主な利用料金・加算／減算項目に関するご説明

初回加算	新規の訪問介護計画書を作成したお客様に対して、初回に実施した訪問介護と同月内に、サービス提供責任者が、自ら訪問介護を行った場合又は他の訪問介護員が訪問介護を行った際に同行訪問した場合に加算することができます。
緊急時訪問介護加算	お客様又はそのご家族等からの要請に基づき、サービス提供責任者が介護支援専門員と連携し、介護支援専門員が必要と認めた場合に、当事業所の訪問介護員が居宅サービス計画において計画的に訪問することとなっていない訪問介護（身体介護）を緊急に行った場合に加算することができます。
口腔連携強化加算	訪問系サービス及び短期入所系サービスにおいて、職員による利用者の口腔の状態の確認によって、歯科専門職による適切な口腔管理の実施につなげる観点から、事務所と歯科専門職の連携の下、介護職員等による口腔衛生状態及び口腔機能の評価の実施並びに利用者の同意の下の歯科医療機関及び介護支援専門員への情報提供を評価する新たな加算をすることが出来ます。
認知症専門ケア加算 (Ⅰ)	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 認知症高齢者の日常生活自立度Ⅱ以上の者が利用者の2分の1以上</li> <li>2. 認知症介護実践リーダー研修修了者を、認知症高齢者の日常生活自立度Ⅱ以上の者が20名未満の場合は1名以上20名以上の場合は1に、当該対象者の数が19を超えて10又は端数を増すごとに1を加えて得た数以上配置</li> <li>3. 認知症高齢者の日常生活自立度Ⅱ以上の者に対して、専門的な認知症ケアを実施した場合</li> <li>4. 当該事業所の従業員に対して、認知症ケアに関する留意事項の伝達または技術的指導に係る会議を定期的に開催介護サービスにおける認知症対応力を向上させていく観点から、訪問系サービスについて認知症専門ケア加算を算定することができます。</li> </ol>
認知症専門ケア加算 (Ⅱ)	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 認知症専門ケア加算(Ⅰ)の2.4要件を満たすこと</li> <li>2. 認知症高齢者の日常生活自立度Ⅲ以上の者が利用者の100分の20以上</li> <li>3. 認知症高齢者の日曜生活自立度Ⅲ以上の者に対して専門的な認知症ケアを実施した場合</li> <li>4. 認知症介護指導者養成研修修了者を1名以上配置し事業所全体の認知症ケアの指導等を実施</li> <li>5. 介護、看護職員ごとの認知症ケアに関する研修計画を作成し、実施または実施を予定</li> </ol> <p>介護サービスにおける認知症対応力を向上させていく観点から、訪問系サービスについて、認知症専門ケア加算を算定することができます。</p>
特定事業所加算	当事業所が厚生労働大臣が定める基準に適合し、都道府県知事等に届出をした場合には、その基準で規程されている区分に従い、上記の割合で利用料金に加算することができます。

算定要件

算定要件		特定事業所加算				
		I	II	III	IV	V
体制要件	①訪問介護員・サービス提供責任者ごとに作成された研修計画に基づく研修を実施 ②利用者に関する情報またはサービス提供に当たっての留意事項の伝達等を目的とした会議を定期的に開催 ③利用者情報を文書等による伝達、訪問介護員等からの報告 ④健康診断等の定期的な実施 ⑤緊急時等における対応方法を明示	○	○	○	○	○
	⑥病院、診療所又は訪問看護ステーションの看護師との連携により、24時間連絡できる体制を確保しており、かつ、必要に応じて訪問介護を行うことができる体制の整備、看取り期における対応方針の策定、看取りに関する職員研修の実施等	○		○		
	⑦通常の事業の実施地域内であって中山間地域等に居住する者に対して、継続的にサービスを提供していること					○
	⑧利用者の心身の状況又はその家族等を取りまます環境の変化に応じて、訪問介護事業所のサービス提供責任者等が起点となり、随時、介護支援専門員、医療関係職員等と共同し、訪問介護計画の見直しを行っていること					○
人材要件	⑨訪問介護員等のうち介護福祉士の占める割合が100分の30以上、又は介護福祉士、実務者研修修了者、並びに介護職員基礎研修課程修了者及び1級課程修了者の占める割合が100分の50以上	○	いずれか ○			
	⑩全てのサービス提供責任者が3年以上の実務経験を有する介護福祉士、又は5年以上の実務経験を有する実務者研修修了者若しくは介護職員基礎研修課程修了者若しくは1級課程修了者	○				
	⑪サービス提供責任者を常勤により配置し、かつ、基準を上回る数の常勤のサービス提供責任者を1人以上配置していること				いずれか ○	いずれか ○
	⑫訪問介護員の総数の内、勤続年数7年以上の者の占める割合が100分の30以上であること					
重度者対応要件	⑬利用者の内、要介護4、5である者、日常生活自立度（Ⅲ、Ⅳ、Ⅴ）である者、たんの吸引等を必要とする者の占める割合が20%以上	いずれか ○		いずれか ○		
	⑭看取り期の利用者への対応実績が1人以上であること（併せて体制要件⑥の要件を満たすこと）					

(※)：加算（Ⅰ）・（Ⅲ）については、重度者等対応要件を選択式とし、(13)または（14）を満たす場合に算定できることとする。また、(14)を選択する場合には（6）を併せて満たす必要がある。

## ■実費について

実費 項目	通常の事業の実施地域を越えて行う交通費	無料
	買い物や薬受けのサービスを行った場合の交通費	無料
	実施記録の複写物交付	無料

## ●その他の留意事項

訪問介護を提供する際に使用する水道・電気・ガス、日常に使われている物を使用させていただきます。

法定代理受領の場合は、前述の金額の1割～3割（ただし、経過措置、利用者負担の減免、公費負担がある場合などは、その負担金額による）が自己負担金となります。

介護保険適用分の自己負担額の計算方法は以下のとおりです。

1ヶ月に利用したサービスの合計単位数（介護職員処遇改善加算分を含む）・・・①

① × 11.40円（介護給付費1単位に対する地域別単価）＝ ②（1円未満切捨）・・・介護報酬

② × （0.90円または負担割合により異なる）＝ ③（1円未満切捨）・・・保険給付

② - ③ = 自己負担金

訪問介護の利用について、介護保険給付対象の場合には、非課税となります。

（介護保険給付対象外のサービスをご希望される場合は、別途消費税をいただきます）

お客様が保険料の滞納等の理由により給付制限を受け、ケアパートナー株式会社が法定代理受領をすることができない場合又はお客様が要介護認定を受けていない場合、居宅サービス計画が作成されていない場合には、利用料金金額をお支払いいただきます。この場合には、お客様は後日サービス提供証明書及び領収証をお客様の住所のある市区町村の窓口へ提示すると、訪問介護の利用料金金額又は自己負担額を除く金額が払い戻しされます（償還払い）。

### 【サービスのキャンセル】

ご利用予定のサービスをキャンセルする際には、サービス予定日の前日営業時間内までに当事業所（03-6805-3963）までにご連絡をください（その場合、キャンセル料は無料です）。なお、以下の条件全てを満たした場合、予定されていたサービスの介護報酬額の1割-2割（消費税別）をキャンセル料として申し受けます。

①居宅サービス計画において計画されているサービスであること

②前日営業時間内までにサービスのキャンセルを当事業所へ伝達していない場合（1割）又訪問先へ訪問した際に不在だった場合（2割）

契約の有効期間中、介護保険法その他の関係法令の改定により、訪問介護の利用料金又は利用者負担額の改定が必要となった場合には、法令改定後速やかにお客様に対し、改定の施行時期及び改定後の金額を通知します。

### 【支払方法】

利用料、その他の費用の請求

利用月ごとの計算で請求し、請求書を翌月15日までにお送り致します。

利用料、その他の費用のお支払い

下記のいずれかの方法によりお支払いください。

ア) 株式会社SMBCの銀行口座引き落とし（ゆうちょ銀行含む）

毎月26日（金融機関休業日の場合は翌営業日）に口座引落としとなります。

イ) 事業者指定口座への振り込み（手数料はお客様負担となります）

#### 【指定口座】

三井住友銀行 ラベンダー支店 普通預金 口座番号 7701022

口座名義 ケアパートナー（カ）

毎月25日までにお支払ください。（手数料はお客様負担となります。）

ケアパートナーは、サービス提供開始にあたり、本書面に基づいて利用料金の説明を行いました。  
本書2通を作成し、ケアパートナー及びお客様（またはその代理人様）は、署名の上、各1通を保管するものとします。

事業者所在地 東京都港区港南2丁目16番1号  
品川イーストワンタワー21F

名称 ケアパートナー株式会社

事業者名 代表取締役 ●●●●

サービス事業所所在地 東京都世田谷区駒沢4丁目23番地18号  
加瀬ビル166-3F

名称 さくらケア駒沢訪問介護事業所

説明者

私は重要事項説明書に基づいて、サービス内容および重要事項の説明を受け、その説明を受けた内容について同意します。

2025年 月 日

お客様

住所 世田谷区

氏名

代理人・ 立会人 または  署名代行人 （お客様との続柄： ）

※該当する項目に  を入れてください。

住所

氏名

（注1）

「立会人様」欄には、ご本人とともに契約内容を確認し、緊急時などにお客様の立場に立って事業者との連絡調整等を行う方がいる場合に記載してください。

（注2）

「署名代行人様」欄には、ご本人が身体上の理由等により、署名ができない場合において、ご本人に代わって署名をされる場合に記載してください。

（注3）

「立会人様」および「署名代行人様」は、契約上の法的な義務等を負うものではありません。

（お客様控）

