

重要事項説明書別紙 認知症対応型共同生活介護利用料金表

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
サービス内容	認知症対応型共同生活介護費（Ⅱ）

【基本利用料（1ヶ月あたり目安）】

	単位数	ご利用料金	1割負担	2割負担	3割負担
要支援2	749単位	244,923 円	24,493 円	48,985 円	73,477 円
要介護1	753単位	246,231 円	24,624 円	49,247 円	73,870 円
要介護2	788単位	257,676 円	25,768 円	51,536 円	77,303 円
要介護3	812単位	265,524 円	26,553 円	53,105 円	79,658 円
要介護4	828単位	270,756 円	27,076 円	54,152 円	81,227 円
要介護5	845単位	276,315 円	27,632 円	55,263 円	82,895 円

【加算】 要件を満たした場合、以下の料金が加算されます。

	単位数	算定単位	ご利用料金	1割負担	2割負担	3割負担
医療連携加算Ⅰ（ハ）	37単位	／日	403 円	41 円	81 円	121 円
看取り介護加算（1）	72単位	（死亡日前31日以前～45日	784 円	79 円	157 円	236 円
看取り介護加算（2）	144単位	（死亡日前4日以前～30日	1,569 円	157 円	314 円	471 円
看取り介護加算（3）	680単位	（死亡日前3日以前～3日以	7,412 円	742 円	1,483 円	2,224 円
看取り介護加算（4）	1280単位	（死亡日）	13,952 円	1,396 円	2,791 円	4,186 円
入院時費用	246単位	／日（月6日を限度）	2,681 円	269 円	537 円	805 円
初期加算	30単位	／日	327 円	33 円	66 円	99 円
認知症専門ケア加算（Ⅰ）	3単位	／日	32 円	4 円	7 円	10 円
生活機能向上連携加算（Ⅱ）	200単位	／月	2,180 円	218 円	436 円	654 円
栄養管理体制加算	30単位	／月	327 円	33 円	66 円	99 円
口腔衛生管理体制加算	30単位	／月	327 円	33 円	66 円	99 円
退去時情報提供加算	250単位	／回	2,725 円	273 円	545 円	818 円
若年性認知症加算	120単位	／日	1,308 円	131 円	262 円	393 円
高齢者施設等感染対策向上加算（Ⅱ）	5単位	／月	54 円	6 円	11 円	17 円

《処遇改善加算》

2024年4～5月分

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	特定処遇改善加算Ⅱ	ベースアップ等支援加算
	11.1%	2.3%	2.3%

2024年6月以降

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。	介護職員等処遇改善加算（Ⅱ）
	17.8%

※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。

【その他の費用】

家賃（月額）	99500円（生活保護受給者の場合 53,700円）
食事の提供に要する費用（1日あたり）	1300円 （朝食350円 昼食500円（おやつ込み） 夕食450円）
水光熱費（月額）	21000円 1ヶ月あたり30日分の日割（1日/700円）を実施。不在日数分は減額
運営管理費（月額）	25000円 入居月、退居月のみ日割り計算を実施（1日/833円）

敷金	199,000円
----	----------

協力医療機関を受診する際の送迎費用	*退居時に発生経費を精算し返還 費用負担はありません。
レクリエーション、クラブ活動	内容によっては、材料費等の実費をいただく場合があります。

【支払方法】

利用料、その他の費用の請求

利用料、その他の費用のお支払い

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。

下記のいずれかの方法によりお支払いください。

ア) SMBCファイナンスサービス株式会社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 ひなぎく支店 普通預金 口座番号8801763

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、署名捺印の上、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2-16-1
品川イーストワンタワー21階

名称 ケアパートナー株式会社
事業者名 代表取締役 高山 尚弥 ㊞

サービス事業所 所在地 東京都杉並区下井草2-15-19

名称 カームガーデン下井草
管理者 梶本 英樹 ㊞

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。

20 年 月 日

お客様ご住所

お客様お名前 ㊞

☐代理人・☐立会人 または ☐署名代行人 （お客様との続柄： ）

ご住所

お名前 ㊞

（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、署名捺印ができない場合において、ご本人に代わって署名捺印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。