

重要事項説明書別紙 通所介護利用料金表

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 | 4級地 |
| 事業所規模 | 大規模（Ⅱ） |
| サービス提供時間 | 7時間以上8時間未満 |

【基本利用料（1回あたり）】

| | 単位数 | ご利用料金 | 1割負担 | 2割負担 | 3割負担 |
|------|--------|----------|---------|---------|---------|
| 要介護1 | 607単位 | 6,397 円 | 640 円 | 1,280 円 | 1,920 円 |
| 要介護2 | 716単位 | 7,546 円 | 755 円 | 1,510 円 | 2,264 円 |
| 要介護3 | 830単位 | 8,748 円 | 875 円 | 1,750 円 | 2,625 円 |
| 要介護4 | 946単位 | 9,970 円 | 997 円 | 1,994 円 | 2,991 円 |
| 要介護5 | 1059単位 | 11,161 円 | 1,117 円 | 2,233 円 | 3,349 円 |

※感染症又は災害の発生を理由とする利用者数の減少が一定以上生じている場合 上記に3%加えた額となります。

【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 |
|-------------|-------|------|--------|-------|-------|--------|
| 入浴介助加算Ⅰ | 40単位 | ／日 | 421 円 | 43 円 | 85 円 | 127 円 |
| 入浴介助加算Ⅱ | 55単位 | ／日 | 579 円 | 58 円 | 116 円 | 174 円 |
| 中重度者ケア体制加算 | 45単位 | ／日 | 474 円 | 48 円 | 95 円 | 143 円 |
| 科学的介護推進体制加算 | 40単位 | ／月 | 421 円 | 43 円 | 85 円 | 127 円 |
| 送迎減算 | -47単位 | 片道 | -495 円 | -50 円 | -99 円 | -149 円 |
| | | | 円 | 円 | 円 | 円 |
| | | | 円 | 円 | 円 | 円 |
| | | | 円 | 円 | 円 | 円 |
| | | | 円 | 円 | 円 | 円 |

《処遇改善加算》

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。 | 処遇改善加算Ⅱ |
| | 9.0% |

※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】

食事の提供に要する費用
おむつ代等

1食（昼食及び3時食） 500円
尿取りパッド50円、おむつ100円
リハビリパンツ150円

通常の事業実施地域を越える送迎費用
レクリエーション、クラブ活動
お楽しみ夕食

費用負担はありません。
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。
1食 540円（内、消費税40円）

【利用の変更・中止】

キャンセル料 550円（内、消費税50円） ※利用予定日の前日までに申し出がなかった場合

【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) 三井住友カード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) コンビニ収納でのお支払い(※別途請求書と一緒にお渡しします)
- ウ) 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 8801030
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 東京都港区港南二丁目16番1号品川イーストワントワー21階 名称 ケアパートナー株式会社
事業者名 代表取締役社長 ●●●●

サービス事業所 所在地 兵庫県神戸市西区伊川谷町有瀬797-1 名称 ケアパートナー伊川谷
管理者 ●●●●

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。

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 |
| |

重要事項説明書別紙 通所介護利用料金表

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 | 4級地 |
| 事業所規模 | 大規模（Ⅱ） |
| サービス提供時間 | 7時間以上8時間未満 |

【基本利用料（1回あたり）】

| | 単位数 | ご利用料金 | 1割負担 | 2割負担 | 3割負担 |
|------|--------|----------|---------|---------|---------|
| 要介護1 | 607単位 | 6,397 円 | 640 円 | 1,280 円 | 1,920 円 |
| 要介護2 | 716単位 | 7,546 円 | 755 円 | 1,510 円 | 2,264 円 |
| 要介護3 | 830単位 | 8,748 円 | 875 円 | 1,750 円 | 2,625 円 |
| 要介護4 | 946単位 | 9,970 円 | 997 円 | 1,994 円 | 2,991 円 |
| 要介護5 | 1059単位 | 11,161 円 | 1,117 円 | 2,233 円 | 3,349 円 |

※感染症又は災害の発生を理由とする利用者数の減少が一定以上生じている場合 上記に3%加えた額となります。

【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 |
|-------------|-------|------|--------|-------|-------|--------|
| 入浴介助加算Ⅰ | 40単位 | ／日 | 421 円 | 43 円 | 85 円 | 127 円 |
| 入浴介助加算Ⅱ | 55単位 | ／日 | 579 円 | 58 円 | 116 円 | 174 円 |
| 中重度者ケア体制加算 | 45単位 | ／日 | 474 円 | 48 円 | 95 円 | 143 円 |
| 科学的介護推進体制加算 | 40単位 | ／月 | 421 円 | 43 円 | 85 円 | 127 円 |
| 送迎減算 | -47単位 | 片道 | -495 円 | -50 円 | -99 円 | -149 円 |
| | | | 円 | 円 | 円 | 円 |
| | | | 円 | 円 | 円 | 円 |
| | | | 円 | 円 | 円 | 円 |
| | | | 円 | 円 | 円 | 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Ⅱ |
| | 9.0% |

※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】

食事の提供に要する費用
おむつ代等

1食（昼食及び3時食） 500円
尿取りパッド50円、おむつ100円
リハビリパンツ150円

通常の事業実施地域を越える送迎費用
レクリエーション、クラブ活動
お楽しみ夕食

費用負担はありません。
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。
1食 540円（内、消費税40円）

【利用の変更・中止】

キャンセル料 550円（内、消費税50円） ※利用予定日の前日までに申し出がなかった場合

【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) 三井住友カード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) コンビニ収納でのお支払い（※別途請求書と一緒にお渡しします）
- ウ) 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8801030
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 | 東京都港区港南二丁目16番1号品川イーストワシタワー21階 | 名称 | ケアパートナー株式会社 |
| | | 事業者名 | 代表取締役社長 ●●●● |

| | | | |
|-------------|---------------------|-----|------------|
| サービス事業所 所在地 | 兵庫県神戸市西区伊川谷町有瀬797-1 | 名称 | ケアパートナー伊川谷 |
| | | 管理者 | ●●●● |

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。

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。

(お客様控え)