

1. 介護老人福祉施設の利用料金（平成27年4月1日～平成27年7月31日）

(1) 利用料金（1日につき）

※単位は円

| （多床室） | 要介護1 | 要介護2 | 要介護3 | 要介護4 | 要介護5 |
|------------------|-------|-------|-------|-------|-------|
| 1日当りの利用料 | 6,260 | 6,966 | 7,683 | 8,389 | 9,074 |
| 介護保険適用時の自己負担(1割) | 626 | 697 | 769 | 839 | 908 |

(2) 介護福祉施設介護サービス加算（退所、経口維持、口腔衛生加算以外は1日につき）

| 加算項目 | 利用料 | 自己負担(1割) | 備考 |
|-----------------|--------|----------|-------|
| 個別機能訓練 | 126 | 13 | |
| 日常生活継続支援 | 379 | 38 | |
| 看護体制(I) | 42 | 5 | |
| 看護体制(II) | 84 | 9 | |
| 夜勤職員配置(I) | 137 | 14 | |
| 若年性認知症入所者受入 | 1,264 | 127 | |
| 精神科医師配置 | 52 | 6 | |
| 外泊時費用 | 2,592 | 260 | |
| 初期加算 | 316 | 32 | |
| 退所前後訪問相談援助 | 4,848 | 485 | 月/1回 |
| 退所時相談援助 | 4,216 | 422 | 月/1回 |
| 退所時連携 | 5,270 | 527 | 月/1回 |
| 栄養マネジメント | 147 | 15 | |
| 経口移行 | 295 | 30 | |
| 経口維持(I) | 4,216 | 422 | 1月につき |
| 経口維持(II) | 1,054 | 106 | 1月につき |
| 口腔衛生管理体制 | 316 | 32 | 1月につき |
| 口腔衛生管理 | 1,159 | 116 | 1月につき |
| 療養食 | 189 | 19 | |
| 看取り介護 4-30 | 1,517 | 152 | |
| 看取り介護 2-3 | 7,167 | 717 | |
| 看取り介護 1 | 13,491 | 1,350 | |
| 在宅復帰支援機能 | 105 | 11 | |
| 在宅・入所相互利用 | 421 | 43 | |
| 認知症専門ケア(I) | 31 | 4 | |
| 認知症専門ケア(II) | 42 | 5 | |
| サービス提供体制強化(I)イ | 191 | 20 | |
| サービス提供体制強化(I)ロ | 126 | 13 | |
| サービス提供体制強化(II) | 63 | 7 | |
| サービス提供体制強化(III) | 63 | 7 | |

(3) 介護職員処遇改善加算

基本サービス費に各種加算減算を加えた総単位数×0.059

(4)実費負担（日用品・タオル代を削除）

※単位は円

| | | |
|----------|--------------|-------------------|
| 滞在費（多床室） | 0～370／日額 | 所得に応じて補足給付が適用されます |
| 食事代 | 300～1,380／日額 | 所得に応じて補足給付が適用されます |
| 預かり金管理料 | 1,500／月額 | |
| 通帳管理料 | 300／月額 | |
| 行事食 | 500～1,000／回 | |
| テレビ使用料 | 300／月額 | |
| 文書作成料 | 200／回 | |
| 切手、用紙等 | 実費 | |
| 理美容 | 実費 | |

2. 介護老人福祉施設の利用料金（平成 27 年 8 月 1 日～）

(1) 利用料金（1 日につき）

※単位は円

| （多床室） | 要介護 1 | 要介護 2 | 要介護 3 | 要介護 4 | 要介護 5 |
|-------------------|--------|--------|--------|--------|--------|
| 1 日当りの利用料 | 5, 765 | 6, 471 | 7, 188 | 7, 894 | 8, 579 |
| 介護保険適用時の自己負担(1 割) | 577 | 648 | 719 | 790 | 858 |
| 介護保険適用時の自己負担(2 割) | 1, 153 | 1, 295 | 1, 438 | 1, 579 | 1, 716 |

(2) 介護福祉施設介護サービス加算（退所、経口維持、口腔衛生加算以外は 1 日につき）

| 加算項目 | 利用料 | 自己負担(1 割) | 自己負担(2 割) | 備 考 |
|-----------------|---------|-----------|-----------|-------|
| 個別機能訓練 | 126 | 13 | 26 | |
| 日常生活継続支援 | 379 | 38 | 76 | |
| 看護体制(I) | 42 | 5 | 9 | |
| 看護体制(II) | 84 | 9 | 17 | |
| 夜勤職員配置(I) | 137 | 14 | 28 | |
| 若年性認知症入所者受入 | 1, 264 | 127 | 253 | |
| 精神科医師配置 | 52 | 6 | 11 | |
| 外泊時費用 | 2, 592 | 260 | 519 | |
| 初期加算 | 316 | 32 | 64 | |
| 退所前後訪問相談援助 | 4, 848 | 485 | 970 | 月/1回 |
| 退所時相談援助 | 4, 216 | 422 | 844 | 月/1回 |
| 退所時連携 | 5, 270 | 527 | 1, 054 | 月/1回 |
| 栄養マネジメント | 147 | 15 | 30 | |
| 経口移行 | 295 | 30 | 59 | |
| 経口維持(I) | 4, 216 | 422 | 844 | 1月につき |
| 経口維持(II) | 1, 054 | 106 | 211 | 1月につき |
| 口腔衛生管理体制 | 316 | 32 | 64 | 1月につき |
| 口腔衛生管理 | 1, 159 | 116 | 232 | 1月につき |
| 療養食 | 189 | 19 | 38 | |
| 看取り介護 4-30 | 1, 517 | 152 | 304 | |
| 看取り介護 2-3 | 7, 167 | 717 | 1, 434 | |
| 看取り介護 1 | 13, 491 | 1, 350 | 2, 699 | |
| 在宅復帰支援機能 | 105 | 11 | 21 | |
| 在宅・入所相互利用 | 421 | 43 | 85 | |
| 認知症専門ケア(I) | 31 | 4 | 7 | |
| 認知症専門ケア(II) | 42 | 5 | 9 | |
| サービス提供体制強化(I)イ | 191 | 20 | 39 | |
| サービス提供体制強化(I)ロ | 126 | 13 | 26 | |
| サービス提供体制強化(II) | 63 | 7 | 13 | |
| サービス提供体制強化(III) | 63 | 7 | 13 | |

(3) 介護職員処遇改善加算

| |
|-------------------------------|
| 基本サービス費に各種加算減算を加えた総単位数×0. 059 |
|-------------------------------|

(4)実費負担（平成27年8月1日～）

※単位は円

| | | |
|----------|--------------|-------------------|
| 滞在費（多床室） | 0～840/日額 | 所得に応じて補足給付が適用されます |
| 食事代 | 300～1,380/日額 | 所得に応じて補足給付が適用されます |
| 預かり金管理料 | 1,500/月額 | |
| 通帳管理料 | 300/月額 | |
| 行事食 | 500～1,000/回 | |
| テレビ使用料 | 300/月額 | |
| 文書作成料 | 200/回 | |
| 切手、用紙等 | 実費 | |
| 理美容 | 実費 | |

(5)キャンセル料

利用者の都合でサービスの利用を中止する場合、キャンセル料をいただきます。

| | |
|-----------------------|--------|
| 午前9時00分を過ぎて利用中止となった場合 | 当日の昼食代 |
| 午後3時00分を過ぎて利用中止となった場合 | 当日の夕食代 |
| 午後5時30分を過ぎて利用中止となった場合 | 翌日の朝食代 |

3. 利用料金の支払い方法

毎月、15日頃までに前月分の請求をいたします。

下記のいずれかの方法でお支払いください。

①口座自動振替（郵便貯金）

当月20日の引き落としになります。

②口座自動振替（郵便局以外）

当月22日の引き落としになります。

③郵便振替

請求書に同封する郵便振替用紙を使って当月末日までにお支払いください。

④事業者へ持ち込み

当月末日までに利用料を請求書に同封する郵便振替用紙と一緒に事業者にお渡しください。郵便振替を代行いたします。

上記の契約を証するために、本書2通を作成し、利用者、事業者が署名押印の上、1通ずつ保有することとします。

契約締結日 平成 年 月 日

事業者 東京都指定 介護保険事業者番号
1373400041

<事業者名> 社会福祉法人 弥生会
くにたち苑

<住所> 東京都国立市泉3丁目1番地の6

<代表者名> 苑長 林 瑞 哉 印

利用者

<住所> _____

<氏名> _____ 印

代理人

<住所> _____

<氏名> _____ 印

契約書別紙の説明者

くにたち苑

<氏名> _____ 印

契約書整理番号

| | |
|-----------------|---|
| 平成27年度・介老福施・01版 | 号 |
|-----------------|---|