

## 1. 介護老人福祉施設の利用料金

## (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	5,970	6,696	7,443	8,170	8,885
介護保険適用時の自己負担(1割)	597	670	745	817	889
介護保険適用時の自己負担(2割)	1,194	1,340	1,489	1,634	1,777
介護保険適用時の自己負担(3割)	1,791	2,009	2,233	2,451	2,666

## (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、療養食以外は1日につき）

加算項目	利用料	自己負担 (1割)	自己負担 (2割)	自己負担 (3割)	備 考
個別機能訓練	128	13	26	39	
日常生活継続支援	384	39	77	116	
看護体制(I)	42	5	9	13	
看護体制(II)	85	9	17	26	
夜勤職員配置(I)	138	14	28	42	
若年性認知症入所者受入	1,281	129	257	385	
精神科医師配置	53	6	11	16	
外泊時費用	2,627	263	526	789	
初期加算	320	32	64	96	
再入所時栄養連携	4,272	428	855	1,282	1回限り
退所前後訪問相談援助	4,912	492	983	1,474	月/1回
退所時相談援助	4,272	428	855	1,282	月/1回
退所時連携	5,340	534	1,068	1,602	月/1回
栄養マネジメント	149	15	30	45	
低栄養リスク改善	3,204	321	641	962	1月につき
経口移行	299	30	60	90	
経口維持(I)	4,272	428	855	1,282	1月につき
経口維持(II)	1,068	107	214	321	1月につき
口腔衛生管理体制	320	32	64	96	1月につき
口腔衛生管理	961	97	193	289	1月につき
療養食	64	7	13	20	1回につき
看取り介護 4-30	1,537	154	308	462	
看取り介護 2-3	7,262	727	1,453	2,179	
看取り介護 1	13,670	1,367	2,734	4,101	
在宅復帰支援機能	106	11	22	32	
在宅・入所相互利用	427	43	86	129	
認知症専門ケア(I)	32	4	7	10	
認知症専門ケア(II)	42	5	9	13	
サービス提供体制強化(I)イ	192	20	39	58	
サービス提供体制強化(I)ロ	128	13	26	39	
サービス提供体制強化(II)	64	7	13	20	
サービス提供体制強化(III)	64	7	13	20	

(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×0.083
------------------------------

(4)介護職員等特定処遇改善加算

基本サービス費に各種加算減算を加えた総単位数×0.027
------------------------------

(5)実費負担

※単位は円

滞在費（多床室）	0～855/日額	所得に応じて補足給付が適用されず
食事代	0～1,480/日額	所得に応じて補足給付が適用されず
預かり金管理料	1,500/月額	
通帳管理料	300/月額	
特別行事食費等	200～1,000/回	特別な行事のおやつ、昼食費
テレビ使用料	300/月額	
文書作成料	200/回	各種証明書類
切手、用紙等	実費	
理美容	実費	

※おやつ代について

おやつは個人の希望による提供とし、食費の他別途1日70円を徴収させていただきます。

希望する方にチェックをご記入ください。
<input type="checkbox"/> おやつを希望します <input type="checkbox"/> おやつは希望しません

(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・おやつ代 (行事食の場合は相当分を加算)
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

2. 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 \_\_\_\_\_ 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

2019年度・介老福施・05版

号