

契約書別紙

【利用者氏名】 _____

契約 No. _____

■利用（サービス）料金について（契約書第6条第1項関係）

利用者は、サービスの対価として下記に定める利用料金をもとに計算された自己負担額を、事業者にお支払いいただきます。

- ① 介護保険からの給付サービスを利用する場合は、原則として基本料金・各種利用料金（下表参照）の1割または2割が自己負担となります。ただし、介護保険の給付の範囲を超えたサービス利用額は、全額自己負担となります。
- ② 下表の料金設定の基礎となる時間は、利用者の居宅サービス計画及び通所サービス計画に定められた標準的に必要が見込まれる所要時間です。

■料金表（基本料金・各種利用料金が1割負担の方の場合）

通所介護事業			
	対象者	基本料金 (日額)	自己負担 額 (日額)
標準 時間 5~7 時間	要介護1	5,720円	572円
	要介護2	6,760円	676円
	要介護3	7,800円	780円
	要介護4	8,840円	884円
	要介護5	9,880円	988円
標準 時間 7~9 時間	要介護1	6,560円	656円
	要介護2	7,750円	775円
	要介護3	8,980円	898円
	要介護4	10,210円	1,021円
	要介護5	11,440円	1,144円
■時間延長サービス (9時間以降12時間まで)			
	1時間あたり	500円	50円
■その他の項目 (日額)			
	入浴介助加算 (対象者のみ)	500円	50円
	個別機能訓練加算 (対象者のみ)	560円	56円
	中重度加算ケア体制 加算 (全員)	450円	45円
	認知症加算 (対象者のみ)	600円	60円
	◎サービス提供体制 加算 (日額 全員)	60円	6円
	◎介護職員処遇改善 加算 (Ⅱ)	※上記の料金月額 (各加算も算定後) に 4.3% 乗じた金額。	
なお◎印の加算 2 項目は、区分支給限度額の算定対象外です			

介護予防通所事業			
対象者	回数	基本利用 料 (月額)	自己負担額 (月額)
要支援1 事業対象者	週1回 程度	16,470円	1,647円
要支援2 事業対象者	週2回 程度	33,770円	3,377円
■その他加算項目 (月額) 区分支給限度額の算定対象外です			
◎サービス提供加算 (全員)			
要支援1・事業対象者		240円	24円
要支援2・事業対象者		480円	48円
◎介護職員処遇改善加算Ⅱ			
※上記の料金月額 (各加算も算定後) に 4.3% を乗じた金額。			
第1号通所事業			
		基本料金 (1回)	自己負担額 (1回)
要支援1・要支援2 事業対象者		3,040円	304円

契約書別紙

【利用者氏名】 _____

契約 No. _____

■その他の費用の額/全額が自己負担となります	
○食事の提供に要する費用 利用者に提供する食事等の材料にかかる費用。 但し、食事が1日2回以上にわたる場合は、別途協議します。	1日あたり750円
○日常生活上必要となる諸費 日常生活に要する費用で利用者に負担いただくのが適当であるものにかかる費用。	1日あたり100円（予防は50円） （*上限1ヶ月500円、予防は250円） 事業対象者は1ヶ月100円
○複写物の交付費・個別利用の材料費等 利用者の希望により個別に提供されるサービスにかかる費用	実費負担
○預かりサービス費 利用者の希望により、居宅サービス計画等に定める所要時間を超える場合、並びにサービス提供時間外の介護保険給付対象外サービスの費用	30分あたり250円
○おむつ代 利用日に持参がなく、介護上必要となった場合のおむつにかかる費用	実費負担（市価による）
■キャンセル料/急なサービス利用キャンセルの場合は、下記の料金をいただきます。	
利用当日の朝（8時30分まで）にご連絡がなかった場合	750円（キャンセル料として）

注1 利用者がまだ要介護認定を受けていない場合には、サービス利用料金の全額をいったんお支払いいただきます。要支援又は要介護の認定を受けた後、自己負担額を除く金額が、介護保険から払い戻されます（償還払い）。また、居宅サービス計画が作成されていない場合、保険料の滞納等により、保険給付金が直接事業者を支払われない場合も償還払いとなります。更に、居宅サービス計画等の変更をしないままの、サービス利用の大幅な変更についても、償還払いの取り扱いとなる場合があります。また、償還払いとなる場合は、利用者が市長村窓口に保険給付の申請を行うために必要となる事項を記載した「サービス提供証明書」を交付します。

■利用（サービス）料金お支払い方法（契約書第6条第3項関係）

基本料金・各種利用料金の通所介護利用料の自己負担額（その他の費用の額含む。）について、毎月20日までに前月分の請求をしますので、次の方法のうち1つをお選びいただき、お支払い下さい。

支払いの方法 を選択します。	①金融口座振込	毎月25日（土日祝祭日の場合は、その直後の金融機関営業日）までに山形村社協振込指定口座へ振込みいただきます（手数料自己負担）。 山形村社協振込指定口座 松本ハイランド農協山形支所（普通）6076491
	②金融口座自動引き落とし	毎月27日（土日祝祭日の場合は、その直後の金融機関営業日）に、ご指定の口座から引き落とします。（※前日26日までに同口座に利用料金をご準備下さい） なお、別途自動引き落としのための手続きをさせていただきます。
	③現金払い	山形村社協事務局にお支払いいただきます。 （この場合は、詳細を別途協議させていただきます。）

通所介護・介護予防通所介護・第1号通所事業契約書に関わる別紙事項は、上記のとおりです。

事業者 所在地 長野県東筑摩郡山形村 4520 番地 1
 法人名 社会福祉法人 山形村社会福祉協議会
 代表者 会長 中村 一 博

上記内容の説明を受け、了承しました。

平成 年 月 日

利用者 氏 名

印

〔代理人〕 氏 名

印