

◇ふらっと湯河原 通所介護 料金表◇

□通所介護 地域単価 その他 1単位 10.00円

区分	サービス内容		単位/回	1割負担(円)	2割負担(円)	3割負担(円)
介護	①	要介護1	658単位/回	658円/回	1,316円/回	1,974円/回
	②	要介護2	777単位/回	777円/回	1,544円/回	2,331円/回
	③	要介護3	900単位/回	900円/回	1,800円/回	2,700円/回
	④	要介護4	1,023単位/回	1,023円/回	2,046円/回	3,069円/回
	⑤	要介護5	1,148単位/回	1,148円/回	2,296円/回	3,444円/回
加算	①	個別機能訓練加算Ⅰ(口)	76単位/回	加算は事業所の特色、状況、利用者の状況に応じ、該当する場合のみ加算されます。いずれも金額表記は料金全額であり、自己負担割合に応じた保険給付がされます。		
	②	個別機能訓練加算Ⅱ	20単位/月			
	③	入浴介助加算Ⅰ	40単位/回			
	④	口腔機能向上加算Ⅱ(※1)	160単位/回			
	⑤	科学的介護推進体制加算	40単位/月			
	⑥	ADL維持等加算Ⅰ(※2)	40単位/月			
	⑦	ADL維持等加算Ⅱ(※2)	60単位/月			
	⑧	介護職員等処遇改善加算Ⅱ	総単位数 ×9.0%			

※1 口腔機能向上加算は対象の方のみ、算定いたします(月2回まで)

※2 ADL維持等加算は判定結果により、算定いたします

□自費料金(介護保険適用外)

自費	①	交通費		100円/km	運営規程に定めた実施地域を超えた場合のみ
	②	昼食代		700円/回	おやつ代含む
	③	教養娯楽費		実費	希望者のみ
	④	日常生活費	バスタオル	50円/回	使用した場合のみ
			レンタルタオル	70円/セット	
			おむつ	200円/枚	
			おむつ(パンツタイプ)	150円/枚	
			尿取りパッド	30円/枚	
			傷パット	400円/枚	
			洗濯代	300円/枚	
⑤	キャンセル料		1回利用相当	前営業日17:30以降のキャンセルの場合のみ (運営規程参照)	

□利用者負担額の算出方法

1割負担	地域単価(10.00円)×単位数=〇〇円	〇〇円－{〇〇円×0.9(1円未満切り捨て)}＝△△円
2割負担		〇〇円－{〇〇円×0.8(1円未満切り捨て)}＝△△円
3割負担		〇〇円－{〇〇円×0.7(1円未満切り捨て)}＝△△円

あなたの自己負担金額は毎月約_____円です。(月__回利用で算出)

上記の利用者負担額について説明しました。

令和_____年_____月_____日

上記の説明と交付を受けました。

説明者_____

利用者_____

代筆者_____

◇ふらっと湯河原 日常生活支援総合事業 料金表◇

□日常生活支援総合事業 地域単価 その他 1単位 10.00円

区分	サービス内容		単位/回	1割負担(円)	2割負担(円)	3割負担(円)
介護	①	要支援1(月4回までのご利用)	436単位/回	436円/回	872円/回	1,308円/回
	②	要支援1(月5回以上のご利用)	1,798単位/月	1,798円/月	3,596円/月	5,394円/月
	③	要支援2(月8回までのご利用)	447単位/回	447円/回	894円/回	1,341円/回
	④	要支援2(月9回以上のご利用)	3,621単位/月	3,621円/月	7,242円/月	10,863円/月
加算	①	生活機能向上グループ活動加算	100単位/月	加算は事業所の特色、状況、利用者の状況に応じ、該当する場合のみ加算されます。いずれも金額表記は料金全額であり、自己負担割合に応じた保険給付がされます。		
	②	口腔機能向上加算Ⅱ(※1)	160単位/月			
	③	科学的介護推進体制加算	40単位/月			
	④	事業所評価加算	120単位/月			
	⑤	一体的サービス提供加算	480単位/月			
	⑥	介護職員等処遇改善加算Ⅱ	総単位数 ×9.0%			

※1 口腔機能向上加算は対象の方のみ、算定いたします(月2回まで)

※2 一体的サービス提供加算は対象の方のみ、算定いたします

□自費料金(介護保険適用外)

自費	①	交通費		100円/km	運営規程に定めた実施地域を超えた場合のみ
	②	昼食代		700円/回	おやつ代含む
	③	教養娯楽費		実費	希望者のみ
	④	日常生活費	バスタオル	50円/回	入浴時毎回算定
			レンタルタオル	70円/セット	使用した場合のみ
			おむつ	200円/枚	
			おむつ(パンツタイプ)	150円/枚	
			尿取りパッド	30円/枚	
			傷パット	400円/枚	
			洗濯代	300円/枚	
⑤	キャンセル料		1回利用相当	前営業日17:30以降のキャンセルの場合のみ (運営規程参照)	

□利用者負担額の算出方法

1割負担	地域単価(10.00円)×単位数=〇〇円	〇〇円－{〇〇円×0.9(1円未満切り捨て)}=△△円
2割負担		〇〇円－{〇〇円×0.8(1円未満切り捨て)}=△△円
3割負担		〇〇円－{〇〇円×0.7(1円未満切り捨て)}=△△円

あなたの自己負担金額は毎月約_____円です。(月__回利用で算出)

上記の利用者負担額について説明しました。

令和_____年_____月_____日

上記の説明と交付を受けました。

説明者_____

利用者_____

代筆者_____

ふらっと湯河原（予防・日常生活支援総合事業）通所介護 料金表

○介護保険該当部分

サービス内容		単位	10 割負担
総合事業	要支援 1(月 5 回以上のご利用)	1,798 単位/月	17,980 円/月
	“ (月 4 回までのご利用)	436 単位/回	4,360 円/回
	要支援 2(月 9 回までのご利用)	3,621 単位/月	36,210 円/月
	“ (月 8 回までのご利用)	447 単位/回	4,470 円/回
介護	要介護 1	658 単位/回	6,580 円/回
	要介護 2	777 単位/回	7,770 円/回
	要介護 3	900 単位/回	9,000 円/回
	要介護 4	1,023 単位/回	10,230 円/回
	要介護 5	1,148 単位/回	11,480 円/回

○介護保険適用外料金(使用時のみ追加でかかる費用)

共通	日常生活費	バスタオル※入浴時毎回算定	50 円/回
		レンタルタオル	70 円/セット
		おむつ	200 円/枚
		おむつ(パンツタイプ)	150 円/枚
		尿取りパッド	30 円/枚
	教養娯楽費		実費
	昼食代(おやつ代含む)		700 円/回
	傷パット		400 円/枚
	洗濯代		300 円/回

*キャンセル料は、運営規程のとおりです。

あなたの自己負担金額は、毎月約_____円です。(月__回利用で算出)

年 月 日

上記の利用者負担額について、説明しました。
地域リハビリテーションセンター ふらっと湯河原

説明者: _____

上記の説明と交付を受けました。

利用者: _____

(署名代行者(又は法定代理人)) _____

立会人: _____