

5. 利用料等 【別表】

【訪問介護】 通常時間帯(午前8時～午後6時) 1回あたり

項目	利用時間	単位数	利用料	利用者負担額		
			10割	1割	2割	3割
身体介護	20分未満	163	¥1,858	¥185	¥371	¥557
	20分以上30分未満	244	¥2,781	¥278	¥556	¥834
	30分以上1時間未満	387	¥4,411	¥441	¥882	¥1,323
	1時間以上1時間30分未満	567	¥6,463	¥646	¥1,292	¥1,938
	1時間30分以上 (30分増す毎)	82	¥934	¥93	¥186	¥280
生活支援	20分以上45分未満	179	¥2,040	¥204	¥408	¥612
	45分以上	220	¥2,508	¥250	¥501	¥752

※上表は、訪問介護員等1人による場合の料金であり、2人の場合は倍額の料金となる。

※夜間(午後6時～午後10時)または早朝(午前6時～午前8時)は1回につき所定単位数の25%を加算した料金となる。

【加算】

項目	利用時間	単位数	利用料	利用者負担額		
			10割	1割	2割	3割
初回加算 ※1	—	200	¥2,280	¥228	¥456	¥684
生活機能向上連携加算 ※2	—	100	¥1,140	¥114	¥228	¥342
緊急指定訪問介護加算 ※3	1回につき	100	¥1,140	¥114	¥228	¥342
介護職員等処遇改善加算 (Ⅱ)	1月につき	所定単位数×22.4%				

※1 新規に訪問介護計画を作成した利用者に対して、サービス提供責任者が初回若しくは初回の指定訪問介護を行った日の属する月に指定訪問介護を行った場合又はその他の訪問介護員等が初回若しくは初回の指定訪問介護を行った日の属する月に指定訪問介護を行った際にサービス提供責任者が同行した場合は、1月につき加算する。

本加算は、利用者が過去2月間(暦月)に、指定訪問介護の提供を受けていない場合に算定される。

※2 指定訪問リハビリテーション事業所または指定通所リハビリテーション事業所の理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士が、そのリハビリテーションの一環として利用者の居宅を訪問する際にサービス提供責任者が同行する等により、それらの者と連携し、訪問介護計画に基づく指定訪問介護を行ったときは、初回の訪問介護が行われた日の属する月以降3月の間、1月につき加算する

※3 身体介護について、利用者又はその家族等からの要請に基づき、サービス提供責任者が介護支援専門員と連携し、当該介護支援専門員が必要と認めた場合に、訪問介護員等が利用者の居宅サービス計画において計画的に訪問することとなっていない指定訪問介護を緊急に行った場合に加算する。

【介護予防・日常生活支援総合事業】

(豊島区の被保険者について適応します。)通常時間帯(午前8時～午後6時)介護予防訪問介護に相当し、要支援者または基本チェックリストにより事業対象者となった方

項目	利用時間	単位数	利用料	利用者負担額		
			10割	1割	2割	3割
訪問型独自サービス 21	要支援 1、2 週 1 回程度(月 4 回まで)	287	¥3,271	¥327	¥654	¥981
	要支援 1、2 週 2 回程度(月 5～8 回まで)					
	要支援 2 週 2 回を超える程度					
訪問型独自短時間サービス	短時間の身体介護	163	¥1,858	¥185	¥370	¥555

※上記の基本利用料は、豊島区で定める金額です。なお、金額の改定があった場合は、事前に新しい基本利用料を書面でお知らせします。

【加算】

項目	利用時間	単位数	利用料	利用者負担額		
			10割	1割	2割	3割
訪問型独自サービス 初回加算	1月につき	200	¥2,280	¥228	¥456	¥684
訪問型独自サービス 生活機能向上連携加算(Ⅰ)	1月につき	100	¥1,140	¥114	¥228	¥342
訪問型独自サービス 介護職員等処遇改善加算(Ⅱ)	1月につき	所定単位数×22.4%				

【交通費】

第1項の「通常の事業の実施地域」以外の地域においてサービス提供をした場合は、それに要した交通費の実費をいただきます。

交通手段	交通費
電車等の公共交通機関の場合	実費(総所要額—230円(往復の場合460円))
タクシー	実費(総所要額—730円(往復の場合1,460円))

事業所の車両使用の場合

通常の事業の実施地域を越えて 1Kmにつき380円

※ 移動経路については、原則として所要時間の最短としますが、事業所の選択した経路(高速道路利用を含む。)とさせていただきます。

(通常の事業の実施区域以外の場合のみ、氏名を記入し、下記の何れかに○を付し、他を2線で消去する。)

※ _____様宅への交通手段は、原則として 公共交通機関・タクシー・事業所車両とします。(ただし、荒天時(降雨時等)等その他やむを得ない場合は、事業所の選択した手段とします。)

【キャンセル料】

サービス提供をキャンセルした場合は、以下のとおりキャンセル料をいただく場合があります。ただし、利用者の病状の急変など、やむを得ない事情がある場合は、キャンセル料は不要とします。また、介護予防訪問介護は、利用料が月単位の定額のため、キャンセル料は不要とします。

キャンセルの時期	キャンセル料
前営業日の17時以降の連絡	1,000円(2人派遣の場合は2,000円)
前営業日の17時までの連絡	無料

※ 交通費が発生した場合は、上記の【交通費】の額を併せていただきます。

【支払い方法】

上記の利用料(利用者負担分の金額)は、原則として1ヶ月ごとにまとめて利用翌月の中旬に請求します。次のいずれかの方法によりお支払いください。

支払い方法	支払い要件等
銀行振り込み	請求月の末日までに、下記の口座にお振り込みください。 三井住友銀行 下高井戸支店 普通口座 0526829
現金払い	請求月の末日(休業日の場合は直前の営業日)までに、現金でお支払いください。

※支払いに係る振込手数料等の費用は、利用者負担となります

令和 年 月 日

事業者及び事業所は、ご利用料金について説明いたしました。

事業者 所在地 : 東京都豊島区南池袋 4-5-1
 事業者名 : 社会福祉法人櫻灯会
 事業所名 : 指定訪問介護事業所 ほほえみケアサービス

説明者氏名 : 須永 かおる 印

私は、事業者及び事業所より上記の利用料について説明を受け、同意しました。

利用者氏名 : _____ 印

代理人氏名 : _____ 印

※利用者本人が記入困難な場合には、代理人が利用者欄の両方をご記入ください。