

「介護老人福祉施設あじさい」

重要事項説明書別紙

☆基本料金 (1日当たり) (契約書第6条参照)

・ユニット型介護福祉施設サービス費 (介護保険負担割合: 1割の場合)

要介護度	1日当たりの利用料金 (介護報酬額)	1日当たりの自己負担額
要介護3	8,459円	845円
要介護4	9,189円	918円
要介護5	9,919円	991円

・介護報酬加算料金等 (介護保険負担割合: 1割の場合)

加算項目	1日当たりの利用料金 (介護報酬額)	1日当たりの自己負担額
個別機能訓練加算	131円	13円
精神科医療養指導加算	55円	5円
栄養マネジメント加算	153円	15円
療養食加算	66円 (回)	6円 (回)
外泊時費用	2,682円	268円
初期加算	327円	32円
日常生活継続支援加算Ⅱ	502円	50円
夜勤職員配置加算Ⅱ	197円	19円
看護体制加算Ⅰ	44円	4円
看護体制加算Ⅱ	88円	8円
口腔衛生管理体制加算	327円 (月)	32円 (月)
口腔衛生管理加算	981円 (月)	98円 (月)
経口維持加算Ⅰ	4,360円 (月)	436円 (月)
経口維持加算Ⅱ	1,090円 (月)	109円 (月)
経口移行加算	305円	30円
退所前訪問相談援助加算	5,014円 (回)	501円 (回)
退所後訪問相談援助加算	5,014円 (回)	501円 (回)
退所時相談援助加算	4,360円 (回)	436円 (回)
退所前連携加算	5,450円 (回)	545円 (回)
在宅・入所相互利用加算	436円	43円
再入院時栄養連携加算	4,360円 (回)	436円 (回)
認知症専門ケア加算Ⅰ	38円	3円
認知症専門ケア加算Ⅱ	44円	4円
若年性認知症受入加算	1,308円	130円
排泄支援加算	1,090円 (月)	109円 (月)
認知症行動・心理症状緊急 対応加算	2,180円	218円
褥瘡マネジメント加算	109円 (月)	10円 (月)
配置医師緊急時対応加算	7,085円 (回) 14,170円 (回)	708円 (回) 1,417円 (回)

- ☆介護保険負担割合が2割の場合は上記自己負担額の2倍となります。3割の場合は上記自己負担額の3倍となります。
- ☆施設の職員体制や取り組み等により該当項目をお支払い頂く料金です。小数点以下端数処理をしているため、加算・利用日数により多少誤差が生じますので予めご了承下さい。
- ☆上記の他に介護職員処遇改善加算（Ⅰ）として8.3%を、介護職員特定処遇改善加算（Ⅰ）として2.7%を乗じた金額を介護保険負担割合に応じてご負担頂きます。
- ☆看取りをご希望の方は介護保険に定める所定の加算がかかります。
- ☆その他、必要に応じて法に定める加算がかかる場合がございます。（生じる場合は御契約者に説明いたします）
- ☆介護保険からの給付額に変更があった場合、変更された額に合わせて、ご契約者の負担額を変更します。

・介護保険の給付対象とならないサービス（契約書第4条、第5条参照）

食費	2,036 円/日（朝食 611 円、昼食 763 円、夕食 662 円） （一食計算ではなく、利用一日単位でお支払い頂きます）
居住費（滞在費）	1,970 円/日
嗜好品代	80 円/日

- ☆食費・居住費に関しまして、介護負担限度額認定証を受けている場合には、認定証に記載されている金額が1日にお支払い頂く食費及び居住費の上限となります。
（但し、外泊された場合は介護保険の給付対象外となり、居住費 1,970 円をお支払いいただきます。（契約書第19条第2項）
- ☆その都度実費を頂くことがございます。

年 月 日 説明しました。

事業者 住所 東京都江東区東砂4丁目20番15号
 事業者名 社会福祉法人 愛郷会
 代表者氏名 竹川 勝治 ⑩

年 月 日 説明を受け同意しました。

利用者 住所 _____

氏名 _____ ⑩

契約者 住所 _____

氏名 _____ ⑩

続柄 ()

電話番号 _____