重要事項説明書別紙《令和6年8月1日改定》

＜指定介護老人福祉施設サービス利用料金＞

1．介護保険基準サービス

☆ご契約者の要介護度に応じたサービス利用料金から介護保険給付額を除いた金額（自己負担額）と、居室と食費に係る自己負担額の合計金額をお支払いください。

①介護サービス費　　**※一定以上の所得者の場合は、2割から3割負担です。**

	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
1．利用者ご本人の要介護度とサービス利用料金	6,940 円	7,620 円	8,350 円	9,030 円	9,680 円
②．サービス利用料金自己負担額（1の1割）	694 円	762 円	835 円	903 円	968 円
③．日常生活継続支援加算	1日につき　36円				
④．介護職員等処遇改善加算（Ⅰ）	1日につき ②＋③の 14,0%				
サービス利用に係る１日の自己負担額	1日につき ②＋③＋④				

※初期加算（1 日につき 30 円）…入所日から起算して 30 日以内の期間について入院・外泊期間を除き加算となります。

②食費・居住費（1日の基準額）

食　　費　：1,445円

介護保険負担限度額認定証の発行を受けている方については、その認定証に記載された食費の金額（1日当たり）のご負担となります。

認定証の発行を受けている方				認定証の発行を受けていない方
第1段階	第2段階	第3段階①	第3段階②	第4段階
300 円／日	390 円／日	650 円／日	1，360 円／日	1，445　円／日

居住費：多床室（2人、4人部屋）　915円　　従来型個室　1,231円

	認定証の発行を受けている方			認定証の発行を受けていない方
	第1段階	第2段階	第3段階	第4段階
多床室	0 円／日	430 円／日	430 円／日	915 円／日

☆居住費・食費の負担額軽減について（負担限度額認定）

世帯全員が市町村民税非課税の方(市町村民税世帯非課税者)や生活保護を受けておられる方の場合は、施設利用の居住費(滞在費)・食費の負担が軽減されます。負担限度額認定には保険者(市町村)への申請が必要です。

☆ご契約者が、1か月に6日以内(複数の月にまたがる場合は 12 泊)の入院又は外泊をされた場合にお支払いいただく利用料金は下記のとおりです(契約書第18条、第21条参照)。

1、サービス利用料金(外泊時費用 2, 460 円)の自己負担割合額

2、居住費(915 円)にかかる自己負担額

◎ 自己負担額合計(1＋ 2)となります。

注･･･外泊(入院)期間中、利用者が当該居室を短期入所生活介護に活用することに同意し、かつ居室が使用された場合には、上記利用料金を支払う必要はありません。

2．1以外のサービス

〈サービスの概要と利用料金〉

①特別な食事(酒を含みます。)

ご契約者のご希望に基づいて特別な食事を提供します。利用料金:要した費用の実費

②理髪・美容

[理髪サービス]

月に2回、理容師の出張による理髪サービス(調髪、散髪)をご利用いただけます。　利用料金:1 回あたり1,500円

③貴重品の管理

貴重品はご契約者又はご家族で管理をお願いいたします。

④複写物の交付

ご契約者は、サービス提供についての記録をいつでも閲覧できますが、複写物を必要とする場合には実費をご負担いただきます。

10枚まで無料。10枚以上は1枚につき　10円

⑤日常生活上必要となる諸費用実費

日常生活品の購入代金等ご契約者の日常生活に要する費用で、ご契約者に負担いただくことが適当であるものにかかる費用を負担いただきます(医療費、お菓子や衣類の購入等)。おむつ代は介護保険給付対象となっていますのでご負担の必要はありません。

令和　　年　　月　　日

指定介護老人福祉施設サービスの提供の開始に際し、本書面に基づき重要事項（サービス利用料金）の説明を行いました。

指定介護老人福祉施設　特別養護老人ホームひとつばたご

説明者職名

氏　　名　　印

私は、本書面に基づいて事業者から重要事項（サービス利用料金）の説明を受け、指定介護老人福祉施設サービスの提供開始に同意しました。

契約者住所

契約者氏名　　印

代理人住所

代理人氏名　　印　（続柄:　　）