

【介護/介護予防 医和生会小規模多機能型すばる料金表】

様

2020/4/1

○支払い方法

□座引き落とし（郵便局・銀行・農協）

□振込み

□現金

◇予防給付の方

項目	基本料金 (1月)	サービス提供 体制強化加 算Ⅰ(イ) (1月)	初期加算 利用開始か ら30日間	総合マネジ メント加算 (1月)	介護職員処 遇改善加算 Ⅰ (1月)	介護職員 等特定処 遇改善加 算Ⅰ	合計
要支援1	3,418	640	30×30	1,000	10.20%	1.50%	
要支援2	6,908						

◇介護給付の方

項目	基本料金 (1月)	看護職員 配置加算Ⅱ (1月)	認知症 加算(Ⅰ) (1月)	認知症 加算(Ⅱ) (1月)	サービス提供 体制強化 加算Ⅰ (イ)	総合マネジ メント加算 (1月)	初期加算 利用開始か ら30日間	介護職員処 遇改善加算 Ⅰ (1月)	介護職員等 特定処遇改 善加算Ⅰ (1月)	合計
要介護1	10,364	700	800	500	640	1,000	30×30	10.20%	1.50%	
要介護2	15,232									
要介護3	22,157									
要介護4	24,454									
要介護5	26,964									

※上記は1割での介護保険給付となっております。年間所得によっては2割又は3割でのご負担となる場合がございますのでご了承下さい。

負担率については介護保険負担割合証の確認をお願い致します。

3. 実費を要するもの

項目	料金	項目	料金
食事代	1,600円 (朝食500円・昼食600円(飲料代・おやつ 込み)・夕食500円)	連絡手帳代	100円/1冊
		手帳入れ	100円/1袋
宿泊費	2,500/1泊	テレビ 使用料	150円/1日
タオル類	バスタオル・30円/1枚 フェイスタオル・15円/1枚	※コンセント 使用料	30円/1日
オムツ代	オムツ・リハビリパンツ150円 尿取りパット75円	洗濯代	250円/1回
その他	医療費・理美容代・趣味活動費等		

※医療用器具を除く

ご本人・ご家族への説明と同意： 年 月 日

ご本人サイン：

ご家族サイン：

説明者サイン：