

【小規模多機能型すばる料金表】

様

平成29年 11月 1日より

支払い方法

口座引き落とし(郵便局・銀行・農協)

振込み

現金

1. 予防給付 1割負担の場合 (注意・2割負担の方は介護保険対象料金が増加します)

項目	基本料金 (1月)	サービス提供体制強化加算Ⅱ (1月)	初期加算 (1日につき) 利用開始から30日間	介護職員 処遇改善 加算	合計
要支援1	3,403	350	30	10.20%	
要支援2	6,877				

2. 介護給付 1割負担の場合 (注意・2割負担の方は介護保険対象料金が増加します)

項目	基本料金 (1月)	看護職員配置加算Ⅰ (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Ⅲ (1月)	初期加算 (1日につき) 利用開始から30日間	総合マネジメント体制強化加算	介護職員 処遇改善 加算	合計
要介護1	10,320									
要介護2	15,167									
要介護3	22,062	900	700	800	500	350	30	1,000	10.20%	
要介護4	24,350									
要介護5	26,849									

3. 短期利用居宅介護費 1割負担の場合 (注意・2割負担の方は介護保険対象料金が増加します)

項目	基本料金 (日)	サービス提供体制強化加算Ⅲ (日)	介護職員 処遇改善 加算	合計
要介護1	565			
要介護2	632			
要介護3	700	12	10.20%	
要介護4	767			
要介護5	832			

4. 実費を要するもの

食事代	1,600円	朝食500円・昼食600円(おやつ込み)・夕食500円
宿泊費(1泊)	2,200円	
オムツ代	実費	一枚あたり→オムツ150円 尿取りパット代75円
その他	実費	洗濯一回 250円(概ね週2回程度実施)、医療費・理美容代・趣味活動費等

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: