

# 【医和生会小規模多機能型さらい料金表】

様

<input type="radio"/> 支払い方法	<input type="checkbox"/> 口座引き落とし(郵便局・銀行・農協)	<input type="checkbox"/> 振込み	<input type="checkbox"/> 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 (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 メント加算	介護職員 処遇改善 加算	合計
要支援1	3,403	640	30	1,000	10.20%	
要支援2	6,877					

## ◇介護給付の方

項目	基本料金 (1月)	看護職員 配置加算Ⅱ (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 (1月)	総合マネジ メント加算 (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 Ⅰ (月)	合計
要介護1	10,320	700	800	500	640	1,000	30×30	10.20%	
要介護2	15,167								
要介護3	22,062								
要介護4	24,350								
要介護5	26,849								

※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(円)	備考
食事代	1,500	朝食400円・昼食650円(おやつ込み)・夕食450円
宿泊費(1泊)	2,200	
タオル類	実費	バスタオル・30円/1枚 フェイスタオル・13円/1枚
オムツ代	実費	オムツ150円 尿取りパット代75円
その他	実費	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: