

【保険者：高石市】

【別紙】介護予防・日常生活支援総合事業
第1号訪問事業（訪問介護相当）利用料及び概算見積

| | |
|------|--|
| 事業所名 | <input type="checkbox"/> NPO 法人せかんど ケアセンター高石 |
|------|--|

(1) 提供するサービスの利用料、利用者負担額について

高石市地域区分：10.70

【1割負担の場合】

2025年6月

| サービス提供区分 | 週1回程度 要支援1・2・事業対象者 | | 週2回程度 要支援1・2・事業対象者 | | 週2回以上 要支援2・事業対象者 | |
|--------------------|--|-----------|--------------------------|-----------|--------------------------|-----------|
| | 利用料 | 利用者負担額 | 利用料 | 利用者負担額 | 利用料 | 利用者負担額 |
| 現行相当 | 287 単位/回 3,070 円/回 | 307 円/回 | 287 単位/回 3,070 円/回 | 307 円/回 | 287 単位/回 3,070 円/回 | 307 円/回 |
| 上限 | 1,176 単位/月 12,583 円/月 | 1,259 円/月 | 2,349 単位/月 25,134 円/月 | 2,514 円/月 | 3,727 単位/月 39,878 円/月 | 3,988 円/月 |
| 口腔連携強化加算 | 一月当たり 50 単位 | | | | | |
| 初回加算（1ヶ月） | 200 単位/月 | 2,140 円/月 | 利用者負担額：214 円/月 | | | |
| 生活機能向上連携加算 | 100 単位/回 | 1,070 円/回 | 利用者負担額：107 円/回 | | | |
| 介護職員等処遇改善加算 （Ⅱ） | 利用料・・・1月の所定単位数×1000分の224×10.7 利用者負担・・・1月の所定単位数×1000分の224×10.7×10分の1 | | | | | |

【2割または3割負担の場合】は上記1割負担の料金表を参考にしてください。

※一円の単位での端数に誤差が生じる場合がございます。

※利用予定日当日のキャンセルの場合1,000円を頂きます。（1割負担・2割負担・3割負担の方共通）

サービス内容の見積もりについて

○このサービス内容の見積もりは、あなたの居宅サービス計画に沿って、事前にお伺いした日常生活の状況や利用の意向に基づき作成したものです。

(2) 提供予定のサービスの内容と利用料、利用者負担額

| 曜日 | 訪問時間帯 | サービス内容 | 利用料 (月額) | 利用者負担額 (月額) |
|----|-------|--------|-------------|----------------|
| 月 | | | 円 | 円 |
| 火 | | | | |
| 水 | | | | |
| 木 | | | | |
| 金 | | | | |
| 土 | | | | |
| 日 | | | | |

1か月当りのお支払い額（利用料、利用者負担額とその他の費用の合計）の目安

| | |
|----------|---|
| お支払い額の目安 | 円 |
|----------|---|

※ ここに記載した金額は、この見積もりによる概算のものです。実際のお支払いは、サービス内容の組み合わせ、ご利用状況などにより変動します。

※ この見積もりの有効期限は、説明の日から1ヵ月以内とします。

【請求例】

| | | |
|----|---|----------|
| 例1 | 週1回程度の利用者に、1月4回提供の場合 | 287単位×4回 |
| 例2 | 週1回程度の利用者に、1月5回提供の場合 | 1,176単位 |
| 例3 | 週2回程度の利用者に、1月8回提供の場合 | 287単位×8回 |
| 例4 | 週2回程度の利用者に、1月9回提供の場合 | 2,349単位 |
| 例5 | 週2回程度の利用者に対し、5週ある月で1月に9回提供予定していた場合に、プラン上は月包括報酬で請求予定が体調不良で1月に3回の提供 | 287単位×3回 |

原則として、サービス提供回数に基づき、当初介護予防ケアプランにて予定していた各提供頻度の1回当たりの単位により請求します。

5週ある月は月額包括報酬単位での請求をします。

ケアプランによる提供頻度で各請求の段階（週〇回程度）は決定し、月の利用実績回数を確定する。