重要事項説明書　別紙

利用料金

保険者が定める基準により算定した第１号事業支給費の額として設定します。

□第１号事業支給額（１か月あたり）

			事業対象者・要支援１	要支援２
介護保険適用部分	基本料金	第１号通所事業費	１，７９８円	３，６２１円
	加算料金	栄養改善加算	２００円（月２回まで・原則として３ヶ月）	
		口腔機能向上加算（Ⅰ）	１５０円（月２回まで・原則として３ヶ月）	
		一体的サービス提供加算	４８０円	
		サービス提供体制強化加算（Ⅰ）	８８円	１７６円
		科学的介護推進体制加算	４０円（月１回まで）	
		介護職員等処遇改善加算（Ⅰ）	１月あたりの基本料金の自己負担額に加算料金の自己負担額を足して、その額に９．２％を乗じた金額	
介護保険適用外		食費	６５０円	

※　上記は旭川市の被保険者及び旭川市に居住する住所地特例適用者に適用されるものです。

※　当事業所の実施地域は、旭川市内としておりますが、通常の実施地域を越えて中山間地域等（旭川市以外の道内全域）に居住される方のサービスを提供した場合には所定単位数の５％が加算されます。

※　介護保険適用部分については、各市区町村から交付される介護保険負担割合証の利用者負担割合の欄に記載されている割合に応じた額のご負担となります。

※「介護予防サービス計画等」に基づいて、医療系サービス（訪問看護・訪問リハビリテーション・居宅療養管理指導・通所リハビリテーション・短期入所療養介護）と併せて利用する場合の居宅サービス費に係る自己負担額は医療費控除の対象となります。当事業所で発行している領収書は高額療養費、確定申告等の証明に必要となります。再発行はできませんので大切に保管して下さい。

上記の内容に同意致します。

同意日　令和　　年　　月　　日

同意者　　㊞

（続柄　　）