

指定介護予防通所サービスにかかる費用について

自己負担額1割

介護度	要支援1・要支援2(週1回程度)				要支援2(週2回程度)			
	運動	×	運動	○	運動	×	運動	○
単位	1798		1798		3621		3621	
運動器機能向上加算	0		0		0		0	
合計単位	1798		1798		3621		3621	
地域加算(×10.54)	18950		18950		38165		38165	
保険支給額	17055		17055		34348		34348	
自己負担額	1895		1895		3817		3817	

食事代 850円×利用回数
 科学的介護推進体制加算 1月につき40単位(×10.54) うち1割が自己負担
 介護職員等処遇改善加算Ⅰ 一か月の利用合計単位の12.0% うち1割が自己負担
 サービス提供体制加算Ⅱ
 要支援1・要支援2(週1回程度) 72単位 (1月) うち1割が自己負担
 要支援2(週2回程度) 144単位 (1月)

自己負担額2割

介護度	要支援1・要支援2(週1回程度)				要支援2(週2回程度)			
	運動	×	運動	○	運動	×	運動	○
単位	1798		1798		3621		3621	
運動器機能向上加算	0		0		0		0	
合計単位	1798		1798		3621		3621	
地域加算(×10.54)	18950		18950		38165		38165	
保険支給額	15160		15160		30532		30532	
自己負担額	3790		3790		7633		7633	

食事代 850円×利用回数
 科学的介護推進体制加算 1月につき40単位(×10.54) うち2割が自己負担
 介護職員等処遇改善加算Ⅰ 一か月の利用合計単位の12.0% うち2割が自己負担
 サービス提供体制加算Ⅱ
 要支援1・要支援2(週1回程度) 72単位 (1月) うち2割が自己負担
 要支援2(週2回程度) 144単位 (1月)

令和 年 月 日

説明者 社会福祉法人 秀幸福祉会 高槻エルダーセンター
 生活相談員

印

以上の説明に同意します。

利用者(本人) 住所 _____
 氏名 _____ 印

代理人(代筆者)(本人との関係 _____)
 住所 _____
 氏名 _____ 印