

## (介護予防)小規模多機能型居宅介護ジロール麹町 ご利用料金表

## (1) 介護保険対象となるサービス利用料金

## ●介護保険サービス費 (1ヶ月あたりの料金)

(単位:円)

	要支援1	要支援2	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
保険サービス費	37,939円	76,678円	115,040円	169,075円	245,942円	271,439円	299,300円
自己負担額(1割)	3,794円	7,668円	11,504円	16,908円	24,595円	27,144円	29,930円
自己負担額(2割)	7,588円	15,336円	23,008円	33,815円	49,189円	54,288円	59,860円
自己負担額(3割)	11,382円	23,003円	34,512円	50,722円	73,783円	81,432円	89,790円

※ 利用料金は1ヶ月ごとの包括費用(定額)です。

※ ご利用者の体調や状態変化等により(介護予防)小規模多機能型居宅介護計画書に定めた予定回数に変動があった場合でも利用料の変動はありません。

※ 月途中から登録または終了した場合には、期間に応じて、日割りした料金をお支払いいただきます。なお、この場合の「登録日」及び「登録終了日」とは下記の事を指します。

登録日 … ご利用者が当事業所の、通い・訪問・宿泊サービスのいずれかを利用開始した日

登録終了日 … ご利用者と当事業所の利用契約が終了した日

※ ご利用者がまだ要介護認定申請中の方については、月遅れでの請求とさせていただきます。

※ 新型コロナウイルス感染症に対応するための特例的として、2021年9月末までの間、基本報酬に0.1%上乘せされます

## ●加算費用(負担割合額に応じて、又は要支援の方は加算項目が異なります。)

	加算名	加算単位	算定要件等	
該 当 時 算 定	初期加算	30単位/日	登録(利用開始)から30日以内の期間加算。30日以上入院後の再登録(利用開始)も同様に加算	
	認知症加算	I	800単位/月	日常生活自立度のランク III、IV 又はM に該当する者
		II	500単位/月	要介護2であり、日常生活自立度のランク II に該当する方
	市町村独自報酬	6	300単位/月	認知症やサービス提供体制強化に係る区市町村独自の加算 (千代田区が設定した要件に該当する者)
12		600単位/月		
全 利 用 者 加 算	看護師配置加算 I	900単位/月	常勤専従の看護師を1名配置していることに対する加算	
	サービス提供体制強化加算 II	640単位/月	介護職員の継続勤務年数や介護福祉士割合など、職員体制等が厚生労働大臣が定める基準に該当している事業所に対して加算	
	訪問体制強化加算	1,000単位/月	訪問サービスを担当する常勤の従業者を2名以上配置し、事業所における1月あたり延べ訪問回数が200回以上ある事業所に対して加算	
	総合マネジメント体制強化加算	1,000単位/月	多職種協働による小規模多機能型居宅介護計画の随時適切な見直し、地域等との連携や環境に併せた計画の見直しに対する加算	
	介護職員処遇改善加算 I	各月総単位数の 10.2%/月	介護サービスに従事する職員の処遇改善を目的とした加算	
	介護職員等特定処遇改善加算 II	各月総単位数の 1.2%/月	経験・技能のある介護職員の処遇を重点的に改善することを目的とした加算	

## (2) 介護保険対象外となるサービス料金

以下のサービスは、利用料金の全額がご利用者の負担となります。

〈サービスの概要及び利用料金〉

- ・ 介護保険対象外となるサービス料金として、利用者は以下の料金を必要に応じて事業者を支払うものとします。
  - ① 通常の事業の実施地域以外の利用者に対する送迎費及び交通費
  - ② 食事の提供に要する費用(下記参照)
  - ③ 宿泊にかかわる費用(下記参照)
  - ④ 小規模多機能型居宅介護サービスの中で、日常生活においても通常必要となるものに係わる費用で、利用者に負担させることが適当と認められる費用（おむつ代等）

### ●介護保険対象外

1泊あたりの 宿泊料金	1食あたりの食費（食材料費、調理費）		
	（朝食）	（昼食）	（夕食）
5,000円	300円	600円	600円

## 小規模多機能型居宅介護 ジロール麹町 利用申込書

〈申込者〉 年 月 日

氏 名	対象者との続柄	
住 所	〒	
連絡先	(電話)	(携帯)
	(FAX)	

〈対象者〉

ふりがな		性 別	生 年 月 日
氏 名		<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	大正・昭和 年 月 日
住 所	〒		
介護認定	電話番号		
	<input type="checkbox"/> 申請済(要介護度 ) <input type="checkbox"/> 申請していない <input type="checkbox"/> 申請中( 月 日)		
居宅介護支援事業所 (在宅介護支援センター)	(事業所名) (担当ケアマネージャー)		(電話)
かかりつけの病院	病院	科	先生(電話)
	病院	科	先生(電話)
既往歴			
認知症の診断	<input type="checkbox"/> アルツハイマー性 <input type="checkbox"/> 脳血管性 <input type="checkbox"/> その他( ) <small>※認知症の診断を受けている方のみご記入ください</small>		
入所入院中の施設	(施設・病院名) (担当者名)		(電話)
生活保護の受給	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有( ) 福祉事業所 担当者名( )		
他事業の利用申込	<input type="checkbox"/> 希望しない / <input type="checkbox"/> 希望する( <input type="checkbox"/> GHジロール麹町 <input type="checkbox"/> GHジロール神田佐久間町 )		
備 考			

サービス開始にあたってのご要望等

受付日	
受付者	
面接日	/

(お問い合わせ先)  
 社会福祉法人 新生寿会 ジロール麹町  
 (電話)03-3222-8752 (FAX)03-3222-9680